

Материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов “Здоровье населения и развитие”

Конференция проводилась в Национальном исследовательском университете Высшая Школа Экономики (г. Москва) 24 апреля 2015 года.

Оглавление

Медико-организационные аспекты системы раннего выявления и мониторинга первичной открытоугольной глаукомы	2
Продвижение товара на рынке лекарственных средств. Рекламирывать или нет?	6
Применение современных методов управления персоналом (аутстаффинга и аутсорсинга) для повышения конкурентоспособности компании на примере ООО «Медсервис»	15
Законодательное регулирование и социальная политика в сфере защиты прав инвалидов в России	23
Возможности использования профессиональных социальных сетей в практической и научной работе медиков	29
Роль миграции в динамике населения региона в период 1989-2010 гг.	34
Возможности Social Media Marketing (SMM) для фармацевтического бизнеса.....	43
Оценка затрат на лечение и уход за тяжелобольными родственниками в семейных бюджетах	46
Анализ и оценка фактического питания студентов (на примере Белорусского государственного медицинского университета)	50
Восприятие российскими разработчиками лекарственных препаратов барьеров и проблем при регистрации лекарственных средств	60
Фармакоэкономическое обоснование назначения лекарственных средств для лечения сочетанной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) по ретроспективным данным	65
Проблемы продвижения платных медицинских услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях в городе Рязани	72
Разработка отечественных инновационных медицинских препаратов в условиях импортозамещения. ...	79

Медико-организационные аспекты системы раннего выявления и мониторинга первичной открытоугольной глаукомы

Линденбратен А.Л., д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья РАМН»

Аливердиева М.А., аспирант кафедры офтальмологии, ГБОУ ДПО РМАПО
aliverdieva@mail.ru

Соколов И.М., студент медицинского факультета РУДН

Актуальность. Глаукома является одним из тяжелейших заболеваний глаза, которое при отсутствии раннего выявления, своевременного лечения и динамического наблюдения неминуемо приводит к необратимой слепоте. Это связано с тем, что наиболее распространенной является открытоугольная форма глаукомы, протекающая в большинстве случаев незаметно для самого человека на начальных стадиях. Высокий уровень не диагностированных случаев, прогрессирующее течение заболевания, значительные расходы на лечение на поздних стадиях больного и государства в целом - позволяют говорить о глаукоме как о медико-социальной болезни, в связи с чем становится очевидной необходимость качественного диспансерного наблюдения за больными первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Цель исследования: оценить медико-организационные аспекты системы раннего выявления и мониторинга первичной открытоугольной глаукомы в рамках всеобщей диспансеризации взрослого населения

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 3668 амбулаторных карт (а/б) всех пациентов, обратившихся в 1 филиал ГКБ им.Боткина в 2013 год; разработана анкета для врачей-офтальмологов амбулаторно-поликлинического звена, включающая 38 вопросов; проведено анонимное анкетирование всех врачей-офтальмологов первичного амбулаторно-поликлинического звена, проходящих курсы повышения квалификации на базе кафедры «Офтальмологии» ГБОУ ДПО РМАПО (2014-2015 годы). Общее количество врачей-респондентов - 62 человека.

Результаты. В ходе анализа 3668 а/б нами было выявлено 392 карты пациентов, направленных с подозрением на глаукому (11% от общего числа просмотренных а/к). Диагноз «впервые выявленная ПОУГ» подтвердился в 39% (153 а/б карт), и, соответственно, в 61% (239 а/б карт) диагноз ПОУГ не подтвердился. Дальнейший анализ относится лишь к пациентам с впервые выявленной ПОУГ: средний возраст пациентов составил 73 ($\pm 6,7$) года; на I стадии ПОУГ выявлено 94 пациента (62%), на II- 34 пациента (22%), на III-20 пациентов (13%) и на IV-5 пациентов (3%), то есть в 84% случаев глаукома была выявлена на ранней стадии.

Кроме того, было проведено анкетирование 62 врачей-офтальмологов, из которых: 39 врачей работают в Москве, 5 - в Московской области, 18 - в других регионах. Средний стаж

работы врачом-офтальмологом составил 20 лет (от 5 до 54 лет). В результате анкетирования врачей установлено, что на данный момент чаще глаукома в их клинической практике выявляется на ранней стадии (20 отметили I стадию, 39- I-II и 3 врача-респондента- II-III стадию), что соответствует полученным нами данным в ходе ретроспективного анализа амбулаторных карт. Большинство респондентов (42 врача, 68%) отметили, что в клинической практике выявляют глаукому чаще при самостоятельном обращении пациентов по поводу снижения зрения, а в ходе диспансеризации чаще выявляют глаукому 20 врачей (32%). Вместе с тем, 35 врачей (56%) отмечают, что введение пневмотонометрии в рамках всеобщей диспансеризации позволило увеличить выявление глаукомы на ранней стадии в их клинической практике; 13 врачей (21%), что глаукома выявляется чаще, но на поздних стадиях; 14 врачей (23%) считают, что введение пневмотонометрии в рамках всеобщей диспансеризации не повлияло на выявление глаукомы в их клинической практике. В целом эффективной существующую систему диспансеризации считают 24 врача (39%), неэффективной-39 (61%).

В анкете было предложено расположить в порядке значимости недостатки существующей системы диспансеризации больных глаукомой от 1 до 8: на 1 место практически все врачи поставили недостаток времени для полноценного обследования пациентов; на 2 место- формальность системы диспансеризации в государственных учреждениях; практически одинаковое число баллов набрали - отсутствие необходимого оборудования для постановки диагноза (3 место) и недостаток врачей-офтальмологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (4 место); на 5 место - недостаточную информированность населения о проведение диспансеризации; на 6 место - акцент на выявление глаукомы, без должного обеспечения остальных этапов диспансеризации; на 7 - отсутствие ответственности и заинтересованности в результатах диспансеризации врачей; наименее значимый недостаток - отсутствие должного контроля эффективности диспансеризации и оценки этапных результатов (8 место).

Показательно, что 57 из 62 врачей (92%) считают недостаточным время, выделенное на осмотр пациентов с подозрением на глаукому: чтобы полноценно обследовать пациента 14 врачам (23%) необходимо 30 мин, 38 врачам(61%) - 45 мин, 10 врачам (16%) - 1 час. При этом среднее время, которое они реально могут выделить на приеме составило 14,5 минуты (от 7 до 20 минут). На вопрос «Как Вы решаете проблему нехватки времени для полноценного осмотра?» 13 врачей (21%) выбрали из предложенных ответов, что проводят только те обследования, на которые хватает времени; 19 врачей (31%) - направляют в консультативно-диагностический центр (КДЦ); 30 врачей (48%)- проводят обследование в несколько приемов. В среднем 15 врачам необходимо 2 приема для обследования пациента, 35 врачам- 3 приема, 12 врачам – больше 3 приемов; ни один врач не выбрал ответ - 1 прием. Врачи также должны были

отметить те методы исследования, которые реально проводят при обследовании пациентов с подозрением на глаукому. В результате анализа ответов, установлено, что 54 врача (87%) не выполняют все регламентированные манипуляции, включенные в стандартный протокол обследования. Мы также просили отметить то оборудование, которое имеется у них на рабочем месте и то оборудование, которое им хотелось бы иметь. Во всех анкетах было отмечено как имеющееся базовое оборудование, необходимое для полноценного обследования пациентов с подозрением на глаукому. Из недостающего оборудования отмечали компьютерный периметр (при имеющемся ручном периметре Ферстера) и высокотехнологичное оборудование (HRT, OCT). При этом считают, что оборудование, которое имеется в медицинской организации, в которой работает врач-респондент, достаточно для полноценного обследования пациента с подозрением на глаукому на уровне амбулаторно-поликлинического звена - 36 врачей (58%); недостаточным считают 26 врачей (42%).

В следующем вопросе, где нужно было отметить, в каких случаях врач-респондент направляет пациента на углубленное обследование в консультативно-диагностический центр (КДЦ), были предложены следующие ответы: сомнения в диагнозе – отметили 18 врачей (29%); всех пациентов с подозрением на глаукому/с впервые выявленной открытоугольной глаукомой – 20 врачей (32%), из-за нехватки времени для полноценного осмотра - 15 врачей (24%), из-за недостатка оборудования для постановки диагноза- 9 врачей (15%). При этом, 37 врачей-респондентов считают, что в КДЦ в среднем в 75-100% подтверждается диагноз ПОУГ; 20 врачей, что подтверждается в 50-75%, ответ 25-50% выбрали 5 врачей.

Динамическое наблюдение пациентов с глаукомой 4 раза в год проводят 39 врачей; 3 раза в год-17 врачей; 2 раза в год - 6 врачей, однако чаще проводится лишь визометрия и тонометрия. Важно, что 29 врачей отметили, что медсестра связывается по телефону с пациентами, не являющихся на динамические осмотры, 5 врачей связываются сами.

Выводы. Задачами диспансеризации являются раннее выявление, своевременное лечение и динамическое наблюдение за глаукоматозным процессом. Если рассматривать медицинские аспекты, выявленные в ходе исследования, среди положительных следует выявить то, что глаукома чаще диагностируется на ранней стадии, то есть существуют большие шансы на сохранение зрения; пациенты проходят повторные осмотры 3-4 раза в год и при этом есть механизм связи с пациентами, которые не приходят на повторные осмотры. Полученные данные в определенной степени являются обнадеживающими, учитывая, что чем раньше выявлена ПОУГ и назначено лечение, тем благоприятнее прогноз заболевания. Однако, есть и негативные факторы. В первую очередь, следует отметить низкое качество первичных и, особенно, повторных осмотров. Данный аспект связан с организационными аспектами: врачи могут выделить на своем приеме лишь от 7 до 20 мин., что недостаточно для полноценного

осмотра и влияет не только на качество осмотра (практически во всех анкетах осмотр не соответствует стандартному протоколу обследования), но и приводит к нерациональному перераспределению нагрузки на 3 уровень оказания медицинской помощи, об этом свидетельствуют как данные анкетирования врачей, так и данные ретроспективного анализа а/к, где лишь в 31% случаев подтвердился диагноз ПОУГ. Для примера, в КДЦ 1 филиала ГKB им. Боткина запись ведется на 4 месяца вперед, то есть с момента первичного осмотра до установления окончательного диагноза и, соответственно, начала лечения проходит около полугодия и это в том случае, если пациент согласен приходить повторно и ждать обследования, а при глаукоме время - дорого, так как потерянное зрение восстановить уже невозможно. Таким образом, можно дать положительную оценку 1 этапу диспансеризации-скринингу, но при этом не стоит забывать, что диспансеризация, помимо скрининга, должна также включать и своевременное углубленное обследование пациента с подозрением на глаукому, динамическое своевременное и качественное наблюдение за глаукоматозным процессом, что в комплексе позволяет сохранить зрение пациенту с глаукомой.

Продвижение товара на рынке лекарственных средств. Рекламирывать или нет?

Болдина Л., студентка магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ; специалист отдела Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО Департамента развития физической культуры и спорта Минспорта России Zli.mila@yandex.ru

Савина В., студентка магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ savina.valeria@mail.ru

В настоящий момент рынок фармацевтики находится в стадии активного роста. Основным его отличием является высокий уровень конкуренции между известными брендами всеми доступными способами.

Реклама является одним из важнейших способов продвижения товаров, особенно на этапе выхода на рынок. Фактически на начальном этапе выхода нового продукта на любой рынок нужно заявить о его основных плюсах. На сегодняшний день рекламный рынок довольно велик и охватывает все возможные информационные источники: радио, телевиденье, печатная продукция, интернет и т.д.

В Российской Федерации основным правовым актом, устанавливающим требования к рекламе, является Федеральный закон от 13.03.2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе». В соответствии с законодательством под рекламой понимают любое распространение информации адресованное определенному кругу лиц и направленное на привлечение внимания к объекту рекламы, с целью продвижения его на рынке и/или формированию интереса к товару.

Более того, в соответствии с законодательством нашей страны публичную рекламу (радио, телевиденье, печатные СМИ и т.д.) можно осуществлять только для лекарственных средств, продающихся без рецепта. Для продукции, продающейся по рецепту необходимо применять иные способы рекламы, например продвижение товаров на выставках, форумах фармацевтических компаний. К тому же, при продаже данной продукции большую роль играет влияние врача на конечного потребителя, т.к. именно врач выписывает то или иное лекарство. В связи с этим, на этом этапе производитель должен направлять всю информации именно на медицинских работников, т.е. основные аспекты должны делаться на клинические свойства.

В своем исследовании мы хотим рассмотреть основные способы рекламы продукции и способы рекламы лекарственных средств в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В своем исследовании мы использовали следующие методы:

- сбор и анализ теоретической информации о видах рекламы;
- сбор и анализ информации по рекламе лекарственных средств;
- анализ статистической информации о рекламном рынке в целом, и уровне рекламы лекарственных средств в частности;
- анализ законодательной базы

- анализ рекламного видеоролика в соответствии с законодательной базой

По данным этой Ассоциации мы видим следующее распределение рекламы по источникам информации



На 2013 год Россия стала 7-ым по объему рынком в мире по данным «DSM group» (мониторинг фармацевтического рынка <http://www.dsm.ru>) с объемом около 1045 млрд. руб. (Федеральная служба государственной статистики <http://www.gks.ru>) В 2013 году наша страна стала третьей по темпу роста фармацевтического рынка в мире.

Что же касается рекламы, то на нее ежегодно тратится порядка 30 млрд. руб. в год. Данная цифра включает в себя различные виды рекламы. Непосредственно об этом и пойдет речь в данной работе.

Согласно данным Фонда Общественного Мнения (<http://fom.ru>), около 70% граждан нашей страны, при выборе лекарственных средств руководствуются рекламой и советами знакомых. Данный факт говорит о том, что реклама оказывает свое влияние на выбор покупателей.

Так же, нельзя оспорить и тот факт, что россияне предпочитают посещать врача только в том случае, если серьезно заболеют (80% граждан, посещают врача, только в случае заболевания). Кроме того, около 58% населения предпочитают самолечение.

Итак, на основе анализа информации, примеров рекламы лекарственных средств, а также консультаций со специалистами в области медицины и фармацевтики было выявлено, что реклама лекарственных средств имеет совершенно иной «стиль» продвижения продукции: не визуальный, а содержательный. Данный аспект, заставляет большинство фирм отказаться от наружной рекламы и рекламы в СМИ (исключения составляют специализированные медицинские и фармацевтические журналы).

На рекламном рынке безрецептурных препаратов применяются стандартные рекламные подходы, а именно:

Телереклама активно используется иностранными производителями лекарственных средств, имеет высокую цену, часто не соответствует нормам законодательства, так как создает впечатление ненужности идти к врачу.

Радиореклама используется значительно реже, в основном используется для рекламы медклиник.

Пресса наиболее часто используется для рекламы ЛС, БАДов, медицинских учреждений. В этом виде рекламы имеются те же проблемы, что и в рекламе на телевиденье.

Наружная реклама используется только уже утвердившимися компаниями с большим влиянием на рынке, так как она направлена на поддержание интереса потребителей к уже популярному продукту.

Интернет все чаще используется крупными фармацевтическими компаниями для поддержания постоянных клиентов, но в связи с тем, что интернет - это свободное пространство, там очень часто встречается реклама, не только не отвечающая нормам законодательства, но и содержащая заведомо ложную информацию.



На схеме представлены виды рекламы подходящие для рецептурных и безрецептурных средств. В соответствии с этой моделью необходимо понять, какой товар мы продвигаем: рецептурный или нет, сложность в применении препарата, круг лиц.

Подробнее остановимся на плюсах и минусах того или иного способа рекламы продукции. Проанализировав информацию по рекламе не рецепторных лекарственных средств, мы составили следующую модель для решения вопросов по продвижению продукции для фармацевтических фирм.

Рассмотрим подробно в таблице плюсы минусы и на кого конкретно ориентирована та или иная реклама.

Средство	Вид рекламы	Плюсы	Минусы	Целевая аудитория
Лекарственное средство отпускаемое без рецепта	Телереклама	Широкий охват аудитории Визуальная и содержательная подача информации Быстрый отклик потребителей	Не отвечает всем нормам Российского законодательства Есть шанс продвижение на рынок некачественного продукта и продукта с завышенной ценой	Все возрастные группы (конечные потребители)
	Интернет реклама	Широкий охват аудитории Визуальная и содержательная подача информации Быстрый отклик потребителей	Не отвечает всем нормам Российского законодательства Есть шанс продвижение на рынок некачественного продукта и продукта с завышенной ценой Высокий процент нелегальной (ложной)рекламы	Активные пользователи сети Интернет (от 12 до 50 лет) (конечные потребители)
	Реклама в печатных СМИ	Охват по специальным группам населения (возможность выбора свой социальной аудитории) Визуальная подача информации	Нет содержательного аспекта (искл. мед. журналы) Не отвечает всем нормам Российского законодательства	Охват по социальным группам (конечные потребители, работники системы здравоохранения, дистрибьюторы)
	Наружная реклама	Визуальная подача информации	Нет содержательного аспекта (искл. мед.журналы) Не отвечает всем нормам Российского законодательства	Все возрастные группы (конечные потребители)
	Радио	Визуальная и содержательная подача информации Возможность выбора свой социальной аудитории	Нет содержательного аспекта (искл. мед.журналы) Не отвечает всем нормам Российского законодательства	Все возрастные группы (увеличивается процент молодежи) (конечные потребители)

Лекарственное средство отпускаемое по рецепту	Телефонная горячая линия	в консультации врача не выходя из дома обратная связь формирует позитивный образ препарата	Высокие потребности в оборудовании Низкая целевая аудитория	конечные потребители, работники системы здравоохранения
	Горячая линия в сети Интернет	в консультации врача не выходя из дома обратная связь формирует позитивный образ препарата	Недоверие граждан к информации в сети Интернет	конечные потребители
	Привлечение известных специалистов в медицине	формирует позитивный образ препарата	Не работает как один механизм, только в совокупности с иными средствами продвижения	работники системы здравоохранения, дистрибьюторы
	Реклама через заболевание, а не через товар	формирует позитивный образ препарата направление на лечение болезни, а не симптом	Долго ожидать обратного отклика	работники системы здравоохранения
	Промоакции в аптеках	Высокий отклик Направленно на потребителей	Сложность системы проведения	конечные потребители

Если рассматривать количество продаж по группам, то на первых позициях будут такие группы как: препараты для лечения пищеварительного тракта и нормализации обмена веществ, препараты для лечения респираторной системы и препараты для лечения заболеваний сердечно сосудистой системы, а так же препараты для лечения заболеваний нервной системы. Это все известные по рекламам на телевидении препараты, такие как Мезим, Гевискон, Новопассит, Називин, Тизин и другие.

По данным «DSM group» Терафлю является 10-м по объему продаж на фармацевтическом рынке. Далее проанализируем рекламу Терафлю на соответствии нормам закона.

Данный продукт позиционируется как средство от простуды и гриппа. Охватывает широкий круг лиц и реклама значительно повышает продажи компании. Для анализа нами были просмотрены 6 роликов Терафлю. Все они сделаны по одному шаблону. В соответствии с ФЗ о "Рекламе" реклама лекарственных средств должна соответствовать следующим пунктам (Федеральный закон "О рекламе" Глава 3 Статья 24):

Реклама лекарственных средств не должна:

	Выполняется ли запрет
1) обращаться к несовершеннолетним;	+
2) содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний, улучшения состояния здоровья человека в результате применения объекта рекламирования;	+
3) содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования;	+
4) создавать представление о преимуществах объекта рекламирования путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации объекта рекламирования;	-
5) содержать утверждения или предположения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья;	-
6) способствовать созданию у здорового человека впечатления о необходимости применения объекта рекламирования;	+
7) создавать впечатление ненужности обращения к врачу;	-
8) гарантировать положительное действие объекта	-

рекламирования, его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий;	
9) представлять объект рекламирования в качестве биологически активной добавки и пищевой добавки или иного не являющегося лекарственным средством товара;	+
10) содержать утверждения о том, что безопасность и (или) эффективность объекта рекламирования гарантированы его естественным происхождением.	+

При этом рекламные видеоролики Терафлю не отвечают 4 из 10 пунктов законодательства. На этом примере ярко видно, что рынок рекламы лекарственных средств довольно серьезно пренебрегает законодательными нормами.

В заключение, стоит отметить, что рынок рекламы в нашей стране - это очень быстро развивающаяся отрасль. За последние 10 лет применение тех или иных средств рекламы сильно изменилось. Это же касается и рекламы лекарственных средств. Реклама лекарств, в сравнении с другими рекламными компаниями имеет ряд ограничений. Ограничения на рекламу лекарственных средств наибольшее влияние указали на рецептурные препараты (фактически рекламы в СМИ нет). Реклама безрецептурных препаратов, несмотря на запреты, очень часто не отвечает нормам закона. В результате, в обществе формируется скептическое, а порой неадекватно негативное и пренебрежительное отношение к рекламе препаратов в целом.

Более того, с точки зрения государства следует ужесточить выход такой рекламы для общероссийской аудитории. В целом, нельзя сказать, что нужно ввести жесткий запрет на рекламу лекарственных средств, т.к. он приведет к ряду весьма негативных последствий как для пациентов, так и для государства в целом. Во-первых, при жестком запрете рекламы лекарств, конкурентный рынок станет рынком монополистическим или олигополистическим. Это в свою очередь приведет к резкому росту цен на препараты и снижению их качества.

Во-вторых, такой жесткий подход со стороны государства, приведет к значительному росту коррупционной составляющей на фармацевтическом рынке.

Итак, на наш взгляд рекламоделателям при продвижении товара следует больше внимания уделять содержательной части рекламы и следовать нормам закона. Мы также считаем, что для рекламы препаратов, выпускаемых без рецепта, следует использовать не только стандартные подходы к рекламе, но и так называемую «неявную» рекламу, направленную не на прямых потребителей. Иначе говоря, применение стандартных

маркетинговых схем для продвижения товаров на рынке лекарственных средств не даст сильного отклика в сравнении с иными сферами экономики.

Список используемой литературы

1. «DSM group» - мониторинг фармацевтического рынка (<http://www.dsm.ru>)
2. Дремова Н.Б., Соломка С.В., Дзюба В.Ф., Холявина М.М. Маркетинговые исследования потребителей медицинских и фармацевтических товаров и услуг // Новая аптека. – 2001. – № 4. – С. 34-41
3. Фармацевтический рынок России: расстановка сил 2000: Аналитический обзор / Под ред. А.Ю. Юданова и С.А. Лагунова. - М.: Классик-Консалтинг, 2000. - 220 с.
4. Федеральный закон от 13.03.2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе»
5. <http://www.apteka.ua/article/231322>
6. <http://fom.ru>
7. <http://www.gks.ru>

Применение современных методов управления персоналом (аутстаффинга и аутсорсинга) для повышения конкурентоспособности компании на примере ООО «Медсервис»

Войтова А.С., студентка магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ voytova.arina@mail.ru
Сидоренко Н.В., студент магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ
nikolayv.sidorenko@gmail.com

Актуальность исследования. В настоящее время деятельность современной организации в области кадрового планирования нельзя сводить лишь к ведению кадрового делопроизводства. Она должна включать планирование кадровой работы. Современные инновационные технологии менеджмента, такие как аутсорсинг (outsourcing), аутстаффинг (outstaffing), позволяют достичь реальных конкурентных преимуществ в сфере медицинского обслуживания.

Проблема исследования. Аутсорсинг является популярным инструментом управления современной компанией. Однако, как показывает практика, процент успешно реализованных проектов невысок. Освещение вопросов использования концепции: причин обращения к аутсорсингу, его разновидностей, современного состояния теории, проблем внедрения и их возможных решений, а также иных аспектов – должно помочь достижению компанией цели по повышению эффективности функционирования посредством аутсорсинга.

Проблема исследования аутстаффинга заключается в том, что данный инструмент не зависит от масштаба предприятия, он больше зависит от наличия компетентности как у собственников, так и у штата юристов, понимающих Законы РФ (безопасность, легальность) и финансовых работников (экономия).

Законодательно аутстаффинг никак не регулируется, однако законодательно он никак и не запрещён.

Сторонней фирме можно доверить функции, не относящиеся к основному направлению деятельности предприятия. Некоторые из них очевидны: информационные системы, автоматизирующие управление кадрами, финансы, сбыт, административные задачи. Сложнее с обязанностями, требующими определенной глубины знаний особенностей бизнеса компании или важных для ее деятельности технологий.

Гипотеза исследования: применение в практике медицинского учреждения аутстаффинга и аутсорсинга способствует экономии финансовых средств, и как следствие, более эффективному функционированию медицинского учреждения.

Цель данной работы заключается в разработке мер по повышению эффективности деятельности персонала на основе использования технологий аутстаффинга (на примере ООО «Медсервис»).

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- выявить особенности применения аутстаффинга и аутсорсинга на конкретном примере;
- дать характеристику деятельности персонала ООО «Медсервис» (30 человек в штате);
- обосновать рациональность использования аутстаффинга и аутсорсинга в ООО «Медсервис».

Примененные методы исследования: изучение теоретической литературы по теме исследования, финансовый анализ, математический анализ, статистические и графические методы анализа.

Параметры выборки: 40 % от количества сотрудников ООО «Медсервис».

Результаты исследования:

Ранее средняя заработная плата на одного работника в организации увеличивалась на 6%, при этом фонд заработной платы в целом по организации в рассматриваемом периоде возрастал на 32,3%.

Разные темпы роста средней заработной платы работников организации и общего фонда заработной платы говорит о неравномерном увеличении заработной платы отдельных категорий работников. Рост заработной платы руководителей превышает рост заработной платы специалистов.

Затраты на обучение персонала возрастали на 53%, на предоставление льгот - на 22,4%.

Организация системы управления персоналом в ООО «Медсервис» мало эффективна, так как при наиболее детализированном ее анализе выясняется, собственно в ходе управления персоналом организации случается дублирование различных функций, в соответствии с этим, случается бесполезная растрата рабочего времени и сил руководящего состава, также малое внимание иным функциям и сферам управления персоналом, этим, к примеру, как изучение и становление персонала, его стимулирование.

В связи с реализацией процессов аутстаффинга и аутсорсинга в организации оценивается численность персонала.

Процесс планирования количественной потребности в ООО «Медсервис» рассматривается так: на совещании у гендиректора главы отделов (такие как главный бухгалтер) характеризуют состав экспертной комиссии, в состав которой входят основные эксперты фирмы или руководящий персонал.

Система стимулирования труда в ООО «Медсервис» состоит из последующих составляющих:

- общественное стимулирование труда;
- административное стимулирование труда;
- стимулирование труда через оплату труда.

К стимулированию можно отнести последующие события, проводимые в ООО «Медсервис»:

- увеличение квалификации служащих компании, их обучение осуществляется с помощью компании;
- предложение помощи женщинам.

В таблице 1 представлены затраты организации на социальную мотивацию работников в 2014 - 2015 годах.

Таблица 1 - Затраты ООО «Медсервис» в 2014 - 2015 годах

№ п/п	Наименование компонента социальной мотивации	Затраты, руб.		Отклонение, руб.	Отклонение, %	Тенденция
		2014 год	2015 год			
1	Повышение квалификации сотрудников	23789	34567	10778	45,31	↑
2	Оказание помощи женщинам	12345	17896	5551	44,97	↑
	ИТОГО	36134	52463	16329	45,19	↑

Как видно из таблицы 1, в организации в 2015 году наблюдался рост затрат на социальное стимулирование работников в среднем на 45 %, что является положительной тенденцией в плане улучшения социальных условий труда работников, но увеличивает затраты организации.

Таким образом, показанные расчёты свидетельствуют о том, что предприятию необходимо использовать аутстаффинг, так как с учётом существующих должностей, увеличиваются затраты на фонд оплаты труда и социальную мотивацию работников, т. е. более рациональной будет оплата по факту объема выполненной работы.

При анализе кадрового потенциала проведенного в предыдущем пункте затраты на фонд оплаты труда и социальную мотивацию составят $1512000 + 52463 = 1564463$ руб.

При оптимизации персонала и реализации технологии аутстаффинга в организации, можно оставить в штате 10 человек. (в штате 30 человек, аутстаффингу подвергаются только административный и прочий персонал).

Таким образом, 10 человек будут работать по технологии аутстаффинга.

И компании сэкономит в результате социальной мотивации сотрудников: $52463 / 2 = 26231,5$ руб.

И снижение суммы фонда оплаты труда, с учётом того, что по некоторым специальностям оплата будет производиться не ежемесячно, 12 раз в год, это составит экономию порядка 40 % от 1512000 и составит 604800 руб.

Общая экономия: $604800 + 26231,5 = 631031,5$ руб.

Конкретизируем предлагаемые рекомендации по изменениям в системе работы ООО «Медсервис»:

1. Разработка новой системы управления, новых функций, целей и задач в контексте стратегического развития и роста.

2. Разработка стратегии управления трудовыми ресурсами:

- расширять полномочия как менеджеров, так и всего персонала в управленческой деятельности, в стратегическом и бизнес-планировании развития;

- осуществить полный пересмотр системы управления деятельностью персонала и вознаграждения.

3. Формирование и развитие новых услуг на основе синергии знаний, навыков и компетенций медицинского персонала

- комплексная диагностика организации, выработка научно обоснованных и практических рекомендаций по развитию на краткосрочную и долгосрочную перспективу в новых социально-экономических условиях,

- аудит организационных структур, аудит персонала с формированием и адаптацией в организациях и фирмах-заказчиках новых форм управления, формирование карьерограмм, разработка и системное сопровождение с элементами обучения стратегий управления и развития человеческими ресурсами;

Цели внедрения аутстаффинга - оптимизация фонда оплаты труда в ООО «Медсервис».

Задачи внедрения аутстаффинга в компании:

- исследования рынка;

- оптимизации и актуализации корпоративного бизнеса за счет успешной организации кадровых кампаний;

- использование масс-медиа за счет публикаций и комментариев в прессе;

- искусства обеспечения эффективных коммуникаций с целевыми группами сотрудников;

- обучения персонала и проведения тренингов для специалистов.

Аутстаффинг услуг находится в начальной стадии развития и спрос на эти услуги только начинает формироваться. Основными поставщиками услуг аутстаффинга являются консалтинговые (аналитические) компании.

Это, в первую очередь, обусловлено необходимостью выполнения аналитических функций по оценке следующих параметров:

- 1) доли сегмента на рынке; показатель темпов роста сегмента в год;
- 2) доли прибыльности (в динамике за несколько лет);
- 3) интенсивности конкуренции;
- 4) воздействия окружающей среды;
- 5) социальных, политических и правовых аспектов.

Привлечение специализированной компании позволяет сконцентрироваться на основном бизнесе, сократить инвестиции в основные фонды, получить доступ к новым технологическим разработкам, гибко реагировать на рыночные перемены, повысить эффективность дистрибьюции, процессов закупки, сбыта и сервисного обслуживания клиентов.

В целом данная реализация аутстаффинга позволит повысить рыночную стоимость организаций.

Рынок услуг аутстаффинга включает в себя совокупность организаций, которые производят и реализуют комплекс различных услуг в части подготовки персонал для консультирования, маркетинга, консалтинга, бухгалтерского учета и аудита, инжиниринга услуг, автоматизации процесса производства, бизнес-процессов и управления, организация и выполнения строи работ и других направлений.

Современная система управлением включает в себя органическое единство многообразных концепций – концепцию производства, товара, сбыта, маркетинга.

Необходимо отметить, что процесс исполнения аутсорсером кадровых услуг отличается своей трудоемкостью и высокой клиентоориентированностью.

Аутсорсинговые услуги по кадрам предоставляются в основном крупным компаниям.

Аутсорсинг кадровых услуг подразумевает превращение важнейших процессов из неэффективных, ограничивающих конкурентоспособность, в те, что позволяют организации получить значительные преимущества – оптимизация выплат на стимулирование работников для ООО «Медсервис» .

Руководители организаций должны работать с партнером по аутсорсингу, чтобы совместно разрабатывать новые пути создания технологий по кадрам через измененные процессы, технологии и профессиональные кадры.

Выводы

В результате проведенного исследования:

- были выявлены особенности применения аутстаффинга и аутсорсинга;
- дана характеристика деятельности персонала ООО «Медсервис»;
- обоснована рациональность использования аутстаффинга, аутсорсинга в ООО «Медсервис».

Аутстаффинг позволяет увеличивать или сокращать фактическое число сотрудников ООО «Медсервис», не изменяя численность персонала в штате, и экономить средства за счет регрессии единого социального налога.

Что касается остальных сфер аутстаффинга, то тут не существует компаний, которые специализировались лишь на определённой деятельности. Поэтому компаниям приходится выбирать поставщиков услуг, которые зачастую не имеют опыта реализации проектов с учетом специфики.

Рынок услуг в России начал развиваться сравнительно недавно, однако сформировал устойчивый спрос на аутсорсинговые услуги.

Тем не менее, на сегодняшний день существуют небольшие сложности с использованием таких механизмов, так как:

Во – первых, отсутствует единая методология принятия решений о переводе функций на аутсорсинг, адаптированная для различных видов компаний.

Во - вторых, рынок в России является одним из самых закрытых и компании, в том числе и, например, ООО «Медсервис» предпочитают работать своими силами, чем привлекать сторонние организации. Тем не менее, наметилась тенденция передачи на аутсорсинг подбор кадров и маркетинг, проработка общей концепции будущего объекта, подбор персонала.

В свою очередь сами компании, накапливая опыт и компетенции в отдельных сферах бизнеса, начинают предлагать свои услуги в качестве аутсорсеров.

ООО «Медсервис» на базе управления аутсорсинговыми контрактами разрабатывает стратегию своего рыночного участия, которая сводится к сосредоточению всех собственных ресурсов на ключевой компетенции и гибкой передаче остальных функций надежному партнеру. В итоге ООО «Медсервис» планирует применять вышерассмотренные технологии.

Список используемой литературы

1. Аникин Б.А., Рудая И.Л. Аутсорсинг и аутстаффинг: высокие технологии менеджмента : учеб. пособие. - 2е изд. перераб. и доп. - М. : ИНФРА - М., 2013. - С. 289.
2. Аутсорсинг. Под ред. В. А. Карвина. - М. : ИНФРА - М., 2015. - 500 с.
3. Бизюков П.В., Герасимова Е.С., Саурин С.Д. Заемный труд для работников. - М. : АНО «Центр социальнотрудовых прав», 2012. - С. 71-72, 76.
4. Вертаков Ю.В., Кужель С.С. Основы инновационного менеджмента. - Курск: Курск. гос. техн. ун-т. - 2011. - 287 с.
5. Генкин Б.М. Экономика и социология труда. - М.: ИНФРА-М, 2013. - 412 с.
6. Головащенко В. Основные отличия между аутсорсингом и субподрядом [Электронный ресурс] // Интернет бизнес и Экономика. - 2014. - № 30. - Режим доступа: www.8cent-emails.com/osnovnye-razlichijamezhdu-outsorsingom-subpodrjadom-stroitelstve.
7. Дука Б. Аутсорсинг: критерии естественного отбора [Электронный ресурс] // КОМПАС промышленной реструктуризации. - 2014. - Режим доступа: www.uppro.ru/library/strategy/outsourcing/naturalselection.html.
8. Климов С.М. Интеллектуальные ресурсы организации. - СПб.: Лань, 2014. - 300 с.
9. Лафта Д.К. Эффективность менеджмента организации / Д.К. Лафта. - М.: Русская деловая литература, 2013. - 320 с.
10. Плюсы и минусы аутстаффинга. URL: <http://www.profsro.ru/ofitsialnaya>.
11. Портер М.К. Конкурентная стратегия: методика анализа отраслей и конкурентов / М.К. Портер. М.: Альпина Бизнес Букс: Компания XXI век, 2013.
12. Рыбина С.И. Применение аутсорсинга для повышения эффективности деятельности предприятия: зарубежный опыт, российская практика [Электронный ресурс] // Молодёжь и наука: Сборник материалов VIII Все- российской научно-технической конференции студентов, аспирантов и молодых учёных, посвященной 155-летию со дня рождения К.Э. Циолковского. - Красноярск: Сибирский федеральный ун-т, 2012. - Режим доступа: www.conf.sfu-kras.ru/sites/mn2012/section05.html.
13. Смирных Л.И. Заемный труд в России: быть или не быть?: препринт WP15/2012/02 [Текст] / Л.И. Смирных / Нац. исслед. унт «Высшая школа экономики». - М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. - С. 6.
14. Управление персоналом: Энциклопедический словарь. - М.: Академия, 2013. - 290 с.
15. Управление человеческими ресурсами / Под ред. М. Пула, М. Уорнена. - СПб.: Питер, 2014. - 1200 с.
16. Управление человеческими ресурсами: менеджмент и консультирование / Под ред. В.В. Щербины. - М.: Независимый институт гражданского общества, 2014. - 520 с.
17. Шелухин И. Развитие промышленного аутсорсинга в России. Где крупный бизнес может заработать на малом [Электронный ресурс] // КОМПАС промышленной реструктуризации. - 2013. - Режим доступа: www.uppro.ru/library/strategy/outsourcing/promishlennij-aytsorsing.html.
18. Bravar JL , Morgan R. The effective outsourcing. Understanding , planning and use of successful outsourcing relationship. - М.: Balance Business Books , 2013 .
19. J . Brian Heywood . Outsourcing : in search of competitive advantages. - М .: Williams , 2012. - 176 p.

20. Levin middle class, small business and power / Levin // World Economy and International relative wear. - 2006. - № 8. - S. 47-59 ;
21. Mark S. Franchising: addressing development ment business / S. Markov // Problems of theory and practice Key management . - 2006. - № 3. - S. 104-107.
22. World Trade Organization. Annual Report 2009. - Geneva: World Trade Organization (WTO), 2009.

Законодательное регулирование и социальная политика в сфере защиты прав инвалидов в России

Демьянова А. В., аспирант НИУ ВШЭ, аналитик Института занятости и профессий НИУ ВШЭ demyanovaanya21@gmail.com

Проблема инвалидности широко обсуждается в современном мире в связи с высокой численностью инвалидов, слабой защищенностью этой группы на рынке труда, в сфере образования и других сферах жизнедеятельности. Для России актуальность проблемы изучения инвалидности и выработки социальной политики в отношении инвалидов связана, прежде всего, со значительным ростом численности инвалидов за последние 20 лет. Росту численности инвалидов и изменению их демографического состава способствовало не только ухудшение характеристик здоровья населения и демографических показателей, но и экономические кризисы, институциональные изменения в стране и изменения законодательства, регулирующего положение инвалидов.

Целью работы является описание становления институтов социальной поддержки инвалидов в России с начала 1990-х гг. по настоящее время. Мы предлагаем собственную периодизацию этого процесса, основанную на анализе изменений законодательства в части присвоения статуса инвалида и пенсионного обеспечения инвалидов. С этой целью в работе рассматриваются эволюция нормативно-правовой базы и социальной политики по защите прав инвалидов в СССР и современной России по следующим ключевым направлениям:

- а) определение инвалидности и порядок приобретения статуса инвалида;
- б) система выплат по инвалидности, в том числе пенсий, выплачиваемых инвалидам;
- в) система неденежных льгот предоставляемых инвалидам;
- г) меры государственной поддержки занятости инвалидов.

Один из основных показателей включенности инвалидов в жизнь общества – уровень занятости инвалидов. В работе делается акцент на регулировании прав инвалидов трудоспособного возраста, в связи с этим меньше внимание уделяется образованию. Рассматриваются положения федерального законодательства, в рамках которого принимаются меры на региональном и местном уровнях.

С начала 1990-х гг. в России происходил постепенный переход от медицинского подхода к инвалидности, характерного системе социальной защиты инвалидов в СССР, к социальному. С 1990 г. социальная политика в сфере защиты прав инвалидов в России эволюционировала в направлении от мер поддержки уровня жизни инвалидов за счет

пенсий и неденежных льгот к усилению акцента на вопросах реабилитации и абилитации инвалидов, повышения доступности среды и интеграции инвалидов в общество.

В СССР превалировало общественное представление о здоровом населении страны, в связи с тем, что «тяжелобольные инвалиды были помещены в дома инвалидов или были вынуждены находиться в своих квартирах, поскольку городская инфраструктура не позволяла им даже выбраться из дома» (Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2004, с.37). Значительная часть инвалидов была помещена в дома-интернаты. В рамках социальной политики по защите инвалидов в СССР больше внимания уделялось пассивным мерам, поддерживающим жизнедеятельность индивида (пенсии), чем активным, способствующим вовлечению индивида в общественную, трудовую жизнь страны.

Начальным периодом реформирования системы можно считать 1990-1995 гг., когда в контексте рыночных преобразований происходило формирование новой модели институтов социальной защиты и поддержки населения, в том числе инвалидов. Расширение концепции инвалидности стало началом второго периода (1996-2001 гг.). Которое отразилось во вступившем в силу Законе о социальной защите инвалидов (1995), который закрепил основные понятия, права инвалидов в реабилитации, образовании, занятости и др. сферах жизнедеятельности. Закон соответствовал положениям международного законодательства ООН. В 1996 г. был законодательно оформлен переход от назначения инвалидности в зависимости от трудоспособности индивида к присвоению статуса на основе ограничений его жизнедеятельности (Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы, 1996 г.). Третий период (2002-2009 гг.) характеризовался кардинальными изменениями в пенсионной системе (Синявская, 2010) и монетизацией льгот, которые существенным образом отразились на положении инвалидов (Овчаровой и Пишняк, 2006; Тарасенко, 2005, с.528; Всероссийское общество инвалидов 2005, 2007, 2010). В этот период пенсии и денежные выплаты инвалидам выплачивались на основании степени ограничения способности к трудовой деятельности. На последнем этапе (2010-2015 гг.) произошел возврат к выплатам пенсий и пособий на основе группы инвалидности. Меры социальной политики с 2010 г. принимаются в рамках концепции равных прав инвалидов во всех сферах жизни общества в соответствии с обязательствами, взятыми Россией в связи с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов (Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов, 2014).

Система социального обеспечения инвалидов в России на сегодняшний день имеет смешанный характер, и содержит черты обеих парадигм. С одной стороны, сохраняются меры социальной поддержки инвалидов, характерные для медицинского подхода:

отсутствует связь между выплатами и предоставляемыми льготами и программой реабилитацией инвалидов, значительная часть инвалидов обучается в специализированных учебных заведениях и трудится в защищенном сегменте рынка труда (на специализированных предприятиях обществ инвалидов). С другой стороны, в последние годы расширяется реализация мер по адаптации физической среды, в том числе рабочих мест и информационной среды, к потребностям инвалидов, внедряются программы по формированию положительного общественного отношения к людям с ограниченными возможностями.

В результате проведенного анализа выявлено следующее. Во-первых, трансформации системы социальной защиты инвалидов в России в большой степени способствовало не общественное осознание проблемы инвалидности в стране, а развитие международной нормативно-правовой базы ООН. Вместе с тем, рекомендательный характер документов ООН, несогласованность положений нормативно-правовых актов, слабые национальные институты контроля за исполнением законодательства объясняют неисполнение многих принципов на практике и незащищенность инвалидов в России на сегодняшний день.

Во-вторых, понятие «инвалидности» в России всегда было тесно связано с трудоспособностью индивида. До середины 1990-х годов степень ограничения трудоспособности оставалась единственным критерием назначения инвалидности. С 1996 г. степень ограничения трудоспособности утратила свою доминирующую роль при назначении группы инвалидности (используется более широкая концепция ограничения жизнедеятельности), но продолжает играть ключевую роль при назначении пенсий и выплат по инвалидности. Эти изменения в определении критериев инвалидности привели к серьезному росту общей численности инвалидов в 1990-е годы, прежде всего, за счет лиц пенсионного возраста. Вместе с тем, негибкая привязка денежных выплат по инвалидности к ограничениям трудоспособности оказывает на занятость инвалидов : льготы и пенсии по инвалидности рассматриваются инвалидами как альтернатива занятости и снижают стимулы к занятости инвалидов с целью их сохранения.

В-третьих, на численность инвалидов влияет объем и конфигурация форм социальной поддержки, при этом влияние мер изменяется в зависимости от экономической ситуации в стране (Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2004, с.22). Получившие распространение в 1990-е гг. неденежные льготы были эффективным инструментом социальной поддержки населения в условиях высокой инфляции, однако способствовали избыточному росту обращений за оформлением инвалидности и увеличению численности. В результате, в начале 2000-х годов значительная часть этих

льгот носила неадресный характер, была недоступна большинству инвалидов и не подкреплялась достаточным финансированием, становясь «бременем» для государства. Этот дисбаланс был частично снят проведенной в 2005 году монетизацией льгот, которая оказалась выгодной как для государства (снижение общих расходов и издержек, связанных с администрированием льгот), так и для инвалидов, о чем свидетельствует, в частности, рост численности лиц, впервые признанных инвалидами.

В-четвертых, было выявлено, что эффективность мер по поддержке занятости инвалидов в существенной степени зависит от эффективности контроля за исполнением мер законодательства по защите занятости инвалидов, наличия однозначных, объективных положений, определяющих условия занятости инвалидов. Эффективность квотирования рабочих мест для инвалидов была невысокой, как в связи с небольшим размером квоты и ограниченным охватом предприятий, так и из-за недостатков в системе контроля за исполнением квоты, небольшим количеством и низким размером штрафов за её невыполнение. Действующая на сегодняшний день система контроля предусматривает только штрафы, при этом они не контролируют численность трудоустроенных инвалидов согласно квоты, следовательно не мотивирует работодателей нанимать инвалидов. Ещё одна мера стимулирования занятости инвалидов – налоговые льготы используется крайне ограничено. Мера на сегодняшний день распространяется только на организации инвалидов, принадлежащие им предприятия, это связано с высокими рисками «злоупотребления» льготами коммерческими организациями, что также свидетельствует о недостатках контроля за их исполнением.

В целом, подход государственной политики в сфере защиты прав инвалидов можно охарактеризовать как социально-экономический. С одной стороны, в России происходит постепенное включение инвалидов в общество, для этого предпринимаются меры по устранению, как физических, так и социальных и институциональных барьеров для этой группы населения. В первую очередь это связано с адаптацией национальной нормативно-правовой базы с положениями Конвенции о правах инвалидов. С другой стороны, направление мер в большой степени зависит от состояния экономики страны, приоритетов её развития, а также существующих бюджетных ограничений.

Отсутствие систематизированного сбора данных о характеристиках инвалидов, измеряемых критериев оценки мер по защите прав инвалидов, закрытость и разрозненность источников информации снижают эффективность системы контроля за исполнением законодательства и препятствуют формированию понимания проблемы государственными властями, работодателями, гражданами, в том числе самими инвалидами. Перечисленные обстоятельства наложили ограничения и на полноту

освещения отдельных тем в настоящей работе. В силу недостатка информации мы не смогли более детально описать реализацию мер по созданию доступной среды, количественно оценить эффективность мер по квотированию рабочих мест для инвалидов и подробнее остановиться на вопросах выбора инвалидами типа получаемых пенсий. Одним из направлений дальнейшего исследования является рассмотрение реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе их влияния на занятость инвалидов.

Уровень инвалидизации – важный социальный показатель, свидетельствующий о состоянии здоровья населения страны, в то время как интегрированность инвалидов в повседневную жизнь – это показатель благополучия общества. При этом инвалидность является социально и институционально конструируемым понятием. С одной стороны, определение инвалидности и порядок назначения группы инвалидности, перечень и размер пенсий, денежных выплат и льгот устанавливаются национальной законодательной базой. С другой стороны, влияние на инвалидность оказывают общественное восприятие, физическая и информационная среда. В совокупности эти факторы определяют численность и положение инвалидов в обществе. Наше исследование подтверждает, что граждане России реагируют на стимулы, которые задают институциональные и законодательные изменения в сфере защиты прав инвалидов, что указывает на необходимость принимать взвешанные решения при изменении законодательства.

Список используемой литературы

1. Всероссийское общество инвалидов. Анализ результатов мониторинга ситуации в области социальной защиты инвалидов, проведенного Всероссийским обществом инвалидов в 2005 году в связи со вступлением Федерального закона от 22.08.2004 г. №122-ФЗ. [Электронный источник]- Режим доступа: <http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2006.html>

2. Всероссийское общество инвалидов. Анализ результатов мониторинга ситуации в области защиты инвалидов, проведенного ВОИ в 1 полугодии 2007 г. (по состоянию на 1 июня 2007 г.). [Электронный источник]- Режим доступа: <http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2007.html>

3. Всероссийское общество инвалидов. Анализ результатов мониторинга ситуации с обеспечением инвалидов лекарственными средствами по Программе ДЛО в первом полугодии 2010 года. [Электронный источник]- Режим доступа: <http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2010.html>

4. Декларация о правах инвалидов [принята резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 года]
5. Конвенция ООН о правах инвалидов [Конвенция: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи 13 декабря 2006 года]
6. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [фед. закон: принят 24.11.1995 N 181-ФЗ]
7. О страховых пенсиях [фед. закон: принят 28.12.2013 N 400-ФЗ]
8. О трудовых пенсиях в Российской Федерации [фед. закон: принят 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ]
9. Овчарова Л.Н., Пишняк А.И. Социальные льготы: что получилось в результате монетизации? [Электронный источник]- Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2006/0257/analit06.php>
10. Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации». [Электронный источник]- Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/74>
11. Синявская О.В. История пенсионной реформы в России. [Электронный источник]- Режим доступа: <http://www.ru-90.ru/>
12. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов [приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года]
13. Тарасенко Е. А. Предоставление набора социальных услуг: некоторые уроки "закона о монетизации"./ Е.А. Тарасенко.// Журнал исследований социальной политики.- 2005.- Т. 3. № 4.
14. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. Учеб. пособие. Издание 2-е, переработанное и дополненное.-Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2004- с.27

Возможности использования профессиональных социальных сетей в практической и научной работе медиков

Тутурская М. С., старший преподаватель кафедры истории медицины, истории Отечества и культурологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. tutorskaya@mma.ru

Социальные сети – это мощный инструмент, предоставляющий широкий спектр организационных возможностей для взаимодействия специалистов внутри медицинского сообщества, врачей и пациентов, врачей и представителей фармацевтических компаний. Виртуальное взаимодействие помогает искать единомышленников, получать информацию о конференциях и семинарах, планировать и моделировать исследовательский процесс, отслеживать публикации в интересующей области. Впрочем, использование социальных сетей связано также с определенными рисками: несоблюдением врачебной тайны, нарушением профессиональной этики, причинением вреда посредством заочной консультации пациентов. Моя работа – это обзор существующих решений в области взаимодействия профессиональных медиков в научной сфере и возможностей для исследовательской работы, отношений между врачами и представителями фармацевтических компаний, и новых моделей общения между врачами и пациентами.

Взаимодействие как новый способ производства. Развитие профессиональных социальных сетей связано с понятием Веб 2.0 – рядом практических решений, связанных с продвижением пользовательского контента (O'Reilly, 2005). Дон Тапскотт и Энтони Д. Уильямс в книге «Викиномика» (Тапскотт и др., 2009), доказывают, что с появлением Веб 2.0, возникает новый способ производства, который может быть использован практически в любой сфере деятельности. С широким распространением социальных сетей возможности «коллективного производства» стали использоваться в самых различных областях медицины: от медицинских страниц Википедии, до сервисов для проведения онлайн-консилиумов, возможностей для сбора статистических данных и междисциплинарных исследований. Обмен информацией и сотрудничество за пределами отдельных институтов позволяет уменьшить расходы на исследования, ускорить новые разработки и получить прибыль и результаты.

Научная работа и исследования в области медицины. В настоящий момент профессиональный рост медицинских специалистов напрямую связан с публикацией научных статей в журналах и индексами научного цитирования в российских и международных базах данных. Публикации являются своего рода валютой в научном мире (Palmer, 2009). Медики, как и другие ученые, заинтересованы в сотрудничестве с

большим количеством специалистов в своей области, участием в совместных исследованиях и совместной публикации результатов. Специализированные социальные сети, такие как academia.edu, researchgate.net mendeley.com, значительно упрощают поиск соавторов, составление библиографии и доступ к опубликованным работам на интересующую тему. Стоит отметить, что за последние шестьдесят лет среднее количество авторов на научную работу стабильно росло до — 2,22 в области компьютерных наук, 2,66 в области физики твердых тел, 3,35 в области астрофизики, 3,75 в области биомедицины и 8,96 в области ядерной физики больших энергий (Newman, 2000). Специализированные социальные сети значительно упрощают поиск соавторов, а также опубликованных работ на интересующую тему. Несмотря на то, что медицинские профессионалы в целом – это группа, медленнее всего принимающая идеи онлайн-социального нетворкинга, молодое поколение активно их использует, и даже ветераны начинают видеть преимущества в поддержании связей с коллегами, встретившимися им на конференциях (Ших, 2010, с. 125).

Медицинское сообщество и фармацевтические компании. Ведущие мировые фармацевтические компании активно используют популярные социальные сети (Facebook, Twitter, YouTube) для взаимодействия, как с пациентами, так и с медиками. Johnson & Johnson, GlaxoSmithKline и Novo Nordisk – это тройка фармацевтических компаний – лидеров в социальных медиа (Station, 2014).

В России значительное влияние на развитие социальных сетей для врачей оказал закон №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вступил в силу 1 января 2012 года. Закон ограничил коммуникации медицинских представителей фармацевтических компаний и врачей, но не регламентировал их виртуальное общение. Это стало толчком для тесного коммерческого сотрудничества фармацевтических компаний с виртуальными площадками и рост инновационных моделей маркетинговых коммуникаций (Тарасенко, 2014, с. 157). Если в 2011 году E-Detailing сегмента рынка практически не существовало, то в 2013 году его объем составил \$1,5 млн (Wooden, 2013)

На базе сетей «Доктор на работе», «Evrika», «Medpro.ru», «Медтусовка», «Врачи РФ», «iVrach.com» устраиваются онлайн-семинары и проводятся презентации-обучение по использованию новых препаратов. Социальные сети предоставляют широкий спектр маркетинговых возможностей и площадки для размещения информации о самих компаниях, их новостях, возможность проводить рассылки и консилиумы. На них представители фармацевтических компаний проводят социологические опросы,

устраивают конкурсы и вебинары, стараясь привлечь внимание врачей к производимой ими продукции.

Он-лайн консультации и «записки» врачей. Медицинские учреждения создают собственные профили в социальных сетях – это возможность привлечь пациентов, информировать их о местоположении лечебного учреждения, работающих в нем специалистов и оказываемых услугах. Впрочем, виртуальное взаимодействие врачей и пациентов этим не ограничивается.

Все больше значение социальные сети как инструмента, который врачи могут использовать для профилактики болезней и популяризации здорового образа жизни. Внедряемая концепция добровольного информированного согласия предполагает, что пациенты будут принимать более активное участие в своем лечении. Вследствие этого, заболевая, многие люди в первую очередь прибегают к помощи поискового робота.

Пациенты больше не хотят оставаться пассивными. Они ищут информацию о симптомах и заболеваниях в интернете еще до визита к врачу и принимают решение о необходимости профессиональной помощи исходя из полученной информации. После консультации пациенты повторно обращаются к виртуальным ресурсам, чтобы получить более подробную информацию, поддержку или совет (McMullan, 2006, с.26).

Из различных сетевых ресурсов пациенты узнают о симптомах и способах лечения, делятся «историями болезни» с другими пациентами и обращаются за помощью и поддержкой в профильные сообщества и к онлайн-консультантам. Консультирование в сети является одним из способов привлечь новых пациентов и дополнительным источником доходов для врачей и относительно новым механизмом взаимодействия в системе здравоохранения, преимущества и недостатки которого постоянно обсуждаются в медицинском сообществе (Шлионская, 2014). Другим способом привлечь пациентов или внимание к тем или иным медицинским проблемам является ведение блогов – своего рода современных «записок врача». Это помогает в создании репутации, обеспечивает «узнаваемость врача». За последние годы был опубликован ряд книг, созданных на основе блогов: книги Т. Соломатиной по акушерству, М. Малявина по психиатрии, Б. Меско о новых технологиях в медицине и другие. Благодаря подобным блогам, социальные сети помогают врачам сделать шаг в направлении «разговаривающей», нарративной медицины, которая помогает включить в процесс исцеления психику пациента (Лехциер, 2012, с. 5).

Выводы. Следует отметить, что социальные сети являются как мощным инструментом для медицинских специалистов и пациентов, так и полезным ресурсом для изучения для организаторов медицинской помощи. Несмотря на различные «подводные камни», социальные сети являются эффективными инструментами для овладения новыми

знаниями, повышения квалификации, написания научных работ, проведения исследований и расширения медицинской практики, поиска информации и обмена идеями. Социальные сети являются важным фактором, влияющим на развитие государственного и частного здравоохранения и отражающим организационно-экономические механизмы развития отрасли.

Список используемой литературы

1. McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient–health professional relationship //Patient education and counseling. – 2006. – Т. 63. – №. 1. – С. 24-28.
2. Newman M. E. J. Who is the best connected scientist? A study of scientific co-authorship networks// Working Paper. Santa Fe Institute. 2000 // URL: arxiv.org/pdf/condmat/0011144.pdf (дата обращения: 29.10.2014).
3. Palmer J. Science enters the age of Web 2.0 // BBC News: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/technology/8325875.stm> (2009).
4. Station T. The top 10 pharma companies in social media // <http://www.fiercepharmamarketing.com/special-reports/top-10-pharma-companies-social-media>, 2014.
5. Wooden C. Pharmaceutical Promotional Spending: Global Trends // <http://www.rm.imshealth.com/news-events/newsletters/insights/Documents/pharmapromospend.html>?, 2013.
6. Закон Российской Федерации "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 1.10.2011 № 323 // Российская газета. 2011 г. № 263.
7. Как заработать на социальной сети для врачей // Forbes URL: www.forbes.ru/node/82270 (дата обращения: 29.10.2014).
8. На пути к нарративной медицине. Под редакцией Вл. Лехциера. Самара. Издательский дом Самарский университет, 2012.
9. Тапскотт Д., Вильямс Э. Викиномика: как массовое сотрудничество изменяет все. М.: BestBusinessBooks, 2009.
10. Тарасенко Е. А. Medicine 2.0: потенциал социальных медиа для продвижения здорового образа жизни и самоменеджмента хронических заболеваний // В кн.: XIV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: в 4-х книгах. Книга 3 / Отв. ред.: Е. Г. Ясин. М. : Издательский дом НИУ ВШЭ, 2014. С. 708.

11. Тарасенко Е. А. Инновационные модели маркетинговых коммуникаций в фармацевтических компаниях // Вестник Российского государственного гуманитарного университета. Серия: Управление. 2014. № 3(125).
12. Тугорская М.С. Медицинские социальные сети: возможности и риски использования // Менеджер здравоохранения. 2014. № 12. С. 30-38.
13. Что такое Веб 2.0 // Компьютерра Онлайн URL: old.computerra.ru/think/234100/ (дата обращения: 29.10.2014).
14. Ших К. Эра Facebook. Как использовать возможности социальных сетей для развития вашего бизнеса. – Манн, Иванов и Фербер, 2010.
15. Шлионская И. Медицина онлайн: плюсы и минусы // <http://www.medpulse.ru/health/prophylaxis/diagnostics/7894.html> (дата обращения: 20.04.2015).

Роль миграции в динамике населения региона в период 1989-2010 гг.

Доронина К.А., аспирант кафедры Демография НИУ ВШЭ, ks.kitova@gmail.com

Миграционные процессы могут в значительной степени изменять демографические характеристики населения, причем это справедливо как для территорий въезда, так и для территорий исхода. Краткосрочный эффект состоит во влиянии на половозрастную структуру населения, следовательно, на такие характеристики ее, как средний, медианный возраст, соотношение возрастных групп, коэффициент демографической нагрузки. Более отложенное влияние оседающая миграция оказывает на режим воспроизводства, а также на процессы старения населения.

Оценка интенсивности влияния миграционных процессов на формирование населения региона без специального исследования с применением методов прогнозирования проблематична. Текущая статистика миграции в России не дает адекватной оценки миграционного прироста населения [Чудиновских, 2000, 2005], в то время как статистика естественного движения населения признается исследователями более достоверной. Базой для построения исследования являются переписи населения 1989, 2002 и 2010 гг. Данные переписей с точки зрения учета миграции также признаются более достоверными, чем текущая статистика, хотя и они не лишены недостатков [Андреев, 2012]. Однако после каждой переписи Росстатом проводятся корректирующие оценки текущей статистики миграции, поскольку они довольно значительно увеличивают население как России в целом, так и (в особенности) отдельных регионов; интерпретация их не всегда однозначна и вызывает сомнения у исследователей [Зеленская, 2003], [Мкртчян, 2003], [Максудов, 2005], [Мкртчян, 2011].

В качестве примеров взяты наиболее миграционно привлекательные регионы России (вклад миграции в население которых наиболее значительный): Москва, Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область; типичный регион с нулевой нетто-миграцией - Курская область и типичный отдающий население регион - Курганская область.

В работе на основе когортно-компонентного метода (передвижка возрастов) строится прогноз закрытого (без учета миграции) населения от 1989 г. к 2010 г., который сопоставляется с данными переписи, а в результате получают значения нетто-миграции по возрастам. Таким образом, нами получены более приближенные к действительности структурные характеристики населения исходного и мигрантов: интенсивность миграции, ее вклад в рождаемость, смертность и старение населения.

В работе использовались следующие показатели по Москве, Московской области, Санкт-Петербургу, Ленинградской, Курской и Курганской областям:

По данным текущего учета:

- Числа родившихся за год по полу с 1989 г. по 2010 г.;
- Повозрастные коэффициенты рождаемости с 1990 г. по 2010 г. (5-ти летние возрастные группы);
- Числа умерших за год по полу и возрасту (однолетние возрастные группы) с 1989 г. по 2010 г.;

По переписям населения:

- Численности населения по переписи 1989 г., 2002г. и 2010г. по полу и возрасту (однолетние возрастные группы) с пересчетом Росстата на 1 января 1989 г., 1 января 2003г. и 1 января 2011г.
- Все численности взяты для населения без деления на сельское и городское.

В результате исследования получены следующие основные результаты:

- Половозрастные пирамиды по однолетним возрастным интервалам с разделением на исходное население и мигрантов (рис.1);
- Профили миграционного прироста в разрезе однолетних и укрупненных возрастных групп;
- Динамика средних возрастов (средняя, мода, медиана);
- Динамика трудоспособного населения и демографической нагрузки;
- Вклад мигрантов в население детских возрастов: мигранты первого и второго поколений (рис.2);
- Профили смертей мигрантов;

Общее изменение в населении регионов под воздействием миграции. Влияние миграционного прироста можно наблюдать на половозрастных пирамидах населения регионов (рис.1). Наиболее сильно миграция повлияла на население Москвы. За межпереписной период население Москвы изменилось за счет миграции на 43,3% от численности населения по переписи 1989 г., в абсолютных числах – 3,8 млн. чел (в т.ч. дети, рожденные мигрантами в Москве) или 33,3% от населения Москвы на начало 2011 г. Наибольшее увеличение численности населения в интервале 17-40 лет: доля мигрантов в этих возрастах выше 40%, максимум осевших мигрантов в возрасте 42 года – 48, 2%. Вклад миграции в население Московской и Ленинградской областей – 22,7% и 20,8% соответственно, при почти в 5 раз больших масштабах абсолютных значений прироста в Московской области (1,5 млн, против 340 тыс.чел.). Доля мигрантов в населении Московской области на начало 2011 г. – 21,2%, прирост более 30% в возрастах 17-21 и 29-

33 года. В Санкт-Петербурге 12% от населения 1989 г. составили прибывшие за межпереписной период мигранты (почти 600 тыс. чел), в населении на 2011 г их 12,1%. Наибольший вклад в 18-21 год - чуть более 30%. На графике отчетливо виден пик в возрасте 40 лет в мужской части пирамиды, отсутствующий в переписном населении, – армейские контингенты. Та же проблема появится при сопоставлении результатов переписи 2010 г. со следующими переписями. В Курской области миграционный прирост составил всего 4 тыс. чел. или 0,3% от исходной численности 1989 г. Неотрицателен миграционный прирост в возрастах 11-18 и 42-75 лет. Наибольший вклад миграционного прироста - 10% в возрастах 62-64 года. В рабочих и детских возрастах (19-40 и 0-3) Курская область теряет порядка 10% населения, самый большой отток наблюдается в возрасте 27 лет. Курганская область теряет население в трудоспособных и детских возрастах за период 1989-2011 гг. в размере 124 тыс. чел. (11,3% от исходного населения), при этом, более 30% населения теряется в возрастных группах 25-29 и 0-1 (может объясняться также недоучетом переписью детей), потери в школьных возрастах (9-17) – от 14 до 20%.

Вклад миграции в изменении численности населения в трудоспособных возрастах. Во всех рассматриваемых регионах, кроме отдающей население Курганской области, доля оседающих мигрантов в трудоспособном возрасте среди всех мигрантов в независимости от масштабов миграции – более 60%, она, вероятно, носит преимущественно трудовой и учебный характер. В отдающей население Курганской области положительное сальдо миграция наблюдается в пенсионном возрасте, скорее всего, это возвратная миграция (82% из осевшей в регионе миграции). В возрастах до 55 лет наблюдается миграционный отток, особенно значительный в интервале 20-35 лет. Всего на конец рассматриваемого периода регион недосчитался около 90 тыс. населения в трудоспособном возрасте.

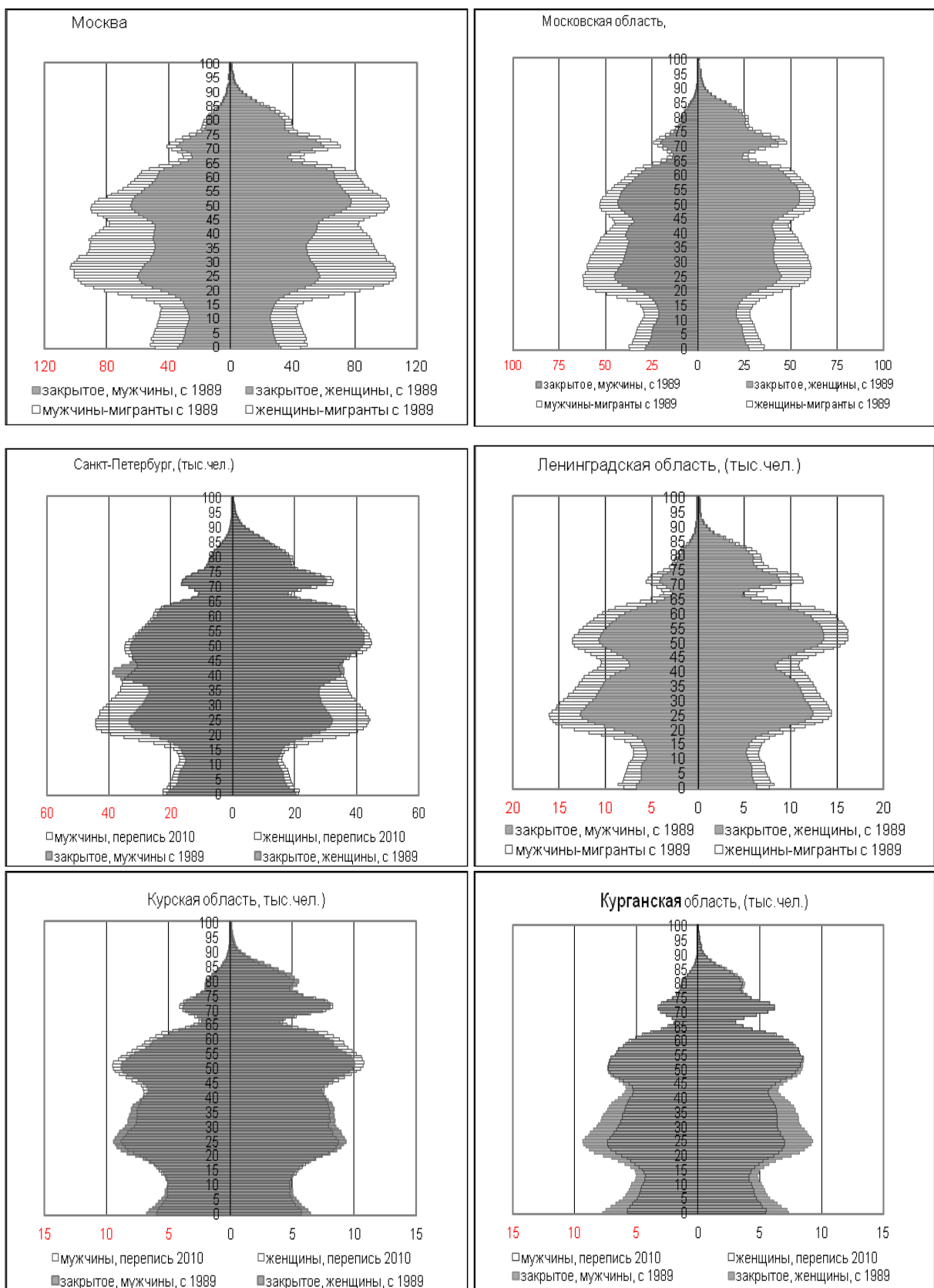


Рисунок 1. Половозрастные пирамиды населения регионов на начало 2011 г., (закрытое население по расчету от 1989 г. и мигранты за период 1989-2010гг. / население по переписи на начало 2011 г. для регионов с миграционным оттоком)

Влияние миграции на долю населения в возрастах старше трудоспособного.

Миграция является важным ресурсом снижения демографической нагрузки в условиях быстрого старения. Среди рассматриваемых регионов самая значительная коррекция доли пожилых в населении за счет миграционного прироста наблюдается в Москве – 5%. В Московской области миграционный прирост скорректировал старение сверху на 2 п.п. В Санкт-Петербурге мигранты с самой большой среди всех регионов долей людей в рабочих возрастах (84%) корректирует старение сверху также на 2%. В Ленинградской области наблюдается практически полное совпадение структуры населения местного и мигрантов по основным возрастным группам, так что миграционный прирост не меняет соотношений. В Курской области очень маленькие масштабы миграции почти не влияют на исходное население. В Курганской области огромная доля пожилых среди мигрантов (82%) и отток в возрастах 0-45 даже при маленьких масштабах усугубляет старение сверху на 2%. На старение снизу миграционный прирост во всех регионах влияет не более чем на 1%.

Изменение в возрастах младше трудоспособного. Интерес представляет вклад миграции в младшие возраста (мы взяли возраст 0-22, что также соответствует длине межпереписного периода) (рис.2). В совокупность попадают дети, рожденные на территории региона мигрантами, приехавшие вместе с мигрантами-старшими родственниками, а также и приезжие в младших трудоспособных возрастах. Наиболее значительный вклад по сравнению с другими регионами рождения мигрантов вносят в население Москвы. В выделенной нами возрастной группе 0-22 года на начало 2011 г. рожденные на территории региона потомки мигрантов составляют 19,4% (480 тыс. чел.), рожденные за пределами региона и приехавшие в Москву с родителями или самостоятельно, - 21,6%. Это, скорее всего самостоятельная – учебная миграция, поскольку она смещена в старшие возраста. Кроме того, мы видим накопление рождений как следствие накопления родителей-мигрантов, которые оседали в регионах в течение межпереписного периода.

В Московской области население в возрастах 0-22 составляют на 71,5% потомки местных жителей, на 8,7% дети мигрантов, на 19,5% - нетто-миграция; в Санкт-Петербурге – 81,1%, 7,5% и 11,2% соответственно, в Ленинградской области – 78%, 4,6% и 17,4%.

В Курской области перепись показала 96,5% детей, зафиксированных текущей статистикой, по расчету по коэффициентам рождаемости получилось, что должно было родиться детей больше, чем родилось фактически по текущему учету и чем зафиксировала перепись. Это свидетельствует об оттоке населения в детородных возрастах, которое

имело место в межпереписной период, следовательно, о «вывозе» рождений за пределы региона.

В Курганской области перепись показала лишь 85% детей, зафиксированных текущей статистикой. В возрастах до 10 лет наблюдается потеря рождений потенциальных (по коэффициентам) по сравнению с фактически зафиксированным, и лишь в возрастах 12-17 лет выделяются дети мигрантов, зафиксированные текущей статистикой. Однако, перепись их не фиксирует.

Отклонения данных переписи от данных текущего учета свидетельствует о миграционном оттоке детских контингентов вместе с родителями, а также могут быть объяснены недоучетом детей переписью. К сожалению, разграничение влияния этих факторов крайне затруднено.

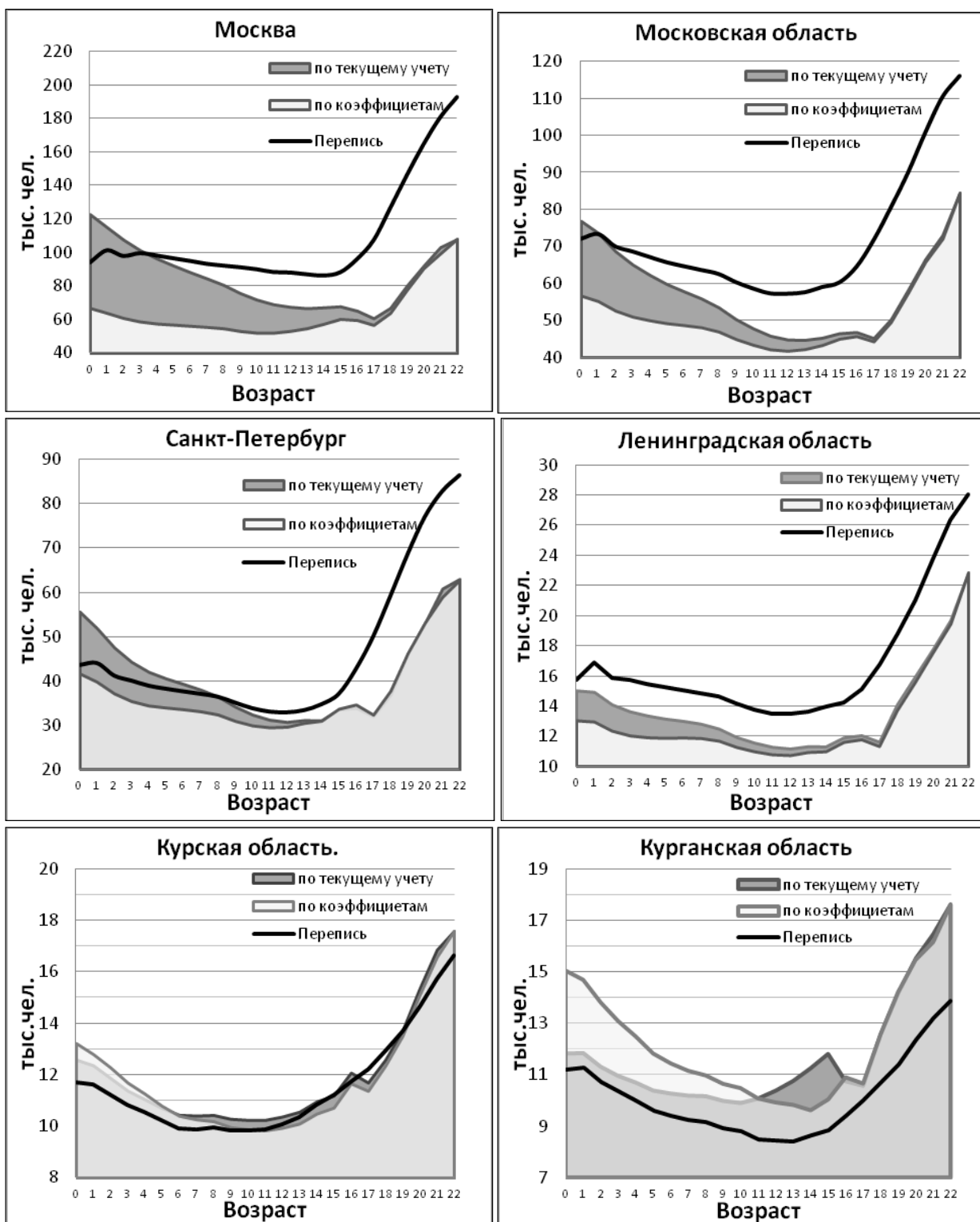


Рис. 2. Состав населения на начало 2011г. в возрасте до 22 лет. Дети местного населения, дети мигрантов и дети-мигранты¹.

¹ Дети местного населения – расчет закрытого населения по коэффициентам, дети мигрантов - разница между расчетом рождений по текущему учету и по коэффициентам, дети-мигранты – разница между расчетом с рождениями по текущему учету и результатом переписи

Вклад мигрантов в смертность. Используемый в исследовании метод анализа возрастных структур позволяет также выделить смерти мигрантов как разницу между смертями фактическими, зафиксированными текущей статистикой, и рассчитанными по коэффициентам смертности для закрытого населения. Сопоставление по возрастам интенсивности смертей с долей миграционного прироста выявило значительное отклонение смертей в меньшую сторону, чем должно было бы быть, если бы интенсивность смертности у мигрантов и у местных жителей совпадала бы. Отклонение по всем регионам в отдельных возрастах (как правило, трудоспособных, где миграционный прирост максимален) до 2-3 раз. Это может объясняться с одной стороны – недоучетом смертей мигрантов в регионе, с другой – «вывоз» потенциальных смертей самими мигрантами в регион исхода (тяжело заболевшие мигранты уезжают на родину), с третьей – действием изначального благоприятного отбора по здоровью (учебные и трудовые мигранты – это, в основном, молодые, здоровые и активные люди).

Выявление несовершенств источников. Важные результаты получены в части выявления узвизимых мест используемой статистики.

Для текущего учета в целом характерен недоучет мигрантов, которые часто не попадают в официальный статистический учет, так как не регистрируют своё перемещение, в результате чего численности населения региона в целом и в отдельных возрастных группах недоучитываются; отдельно можно отметить ошибки в учете студенческих контингентов, выбытие которых фиксируется автоматически после окончания срока обучения: если выпускник заново не регистрируется в регионе нахождения, фиксируется перемещение в регион исхода.

Для переписей населения характерны следующие недостатки: возрастная аккумуляция как результат самоопределения переписываемых и примерного определения возраста переписчиками (в возрастах, заканчивающихся на 0, на 5 и, как следствие, переходящие от переписи к переписи перепады в соответствующих возрастах), в т.ч. феномен «старческого кокетства», который влечет за собой проблемы с определением вклада миграции в смертность; недоучет маленьких детей (данные текущей статистики здесь более достоверны), что также затрудняет анализ вклада мигрантов в смертность в этих возрастах; учет спецконтингентов, перемещение которых в дальнейшем анализе представляет отдельную проблему («нестареющий контингент»); двойной счет населения в месте прописки и месте фактического нахождения (особенно характерно для студентов, спецконтингентов, а также эмигрантов, сохраняющих прописку); наличие некоторой доли населения, которая не попадает в перепись.

Все названные проблемы отдаляют нас от абсолютного знания о действительных величинах изучаемых явлений, однако найденные закономерности приближают нас к действительности и дают наиболее адекватную информацию о соотношениях, трендах и общих порядках явлений в динамике населения рассматриваемых регионов.

Список используемой литературы

1. Андреев Е.М. О точности результатов российских переписей населения и степени доверия к разным источникам информации // Вопросы статистики № 11, 2012. - с. 21-35.
2. Зайончковская Ж.А., Мкртчян Н.В. Роль миграции в динамике численности и состава населения Москвы // Иммигранты в Москве / Институт Кеннана; под ред. Ж.А. Зайончковской. - М.: Три квадрата, 2009. – с. 18-44.
3. Захаров С. В., Сурков С. В. Миграция и рождаемость в России. / Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе. Сборник аналитических статей. Вып. 2 // Под науч. Ред. С.В. Захарова, Т.М. Малевой, О.В. Синявской. –М.: НИСП, 2009. С. 45-118
4. Зеленская А.Е. Миграционная ситуация в Республике Кабардино-Балкария / Проблемы миграции и опыт ее регулирования в полиэтничном кавказском регионе: тезисы Международной научной конференции. – Ставрополь, Изд-во СГУ, 2003г. – с.64-69.
5. Максудов С. Население Чечни: права ли перепись? / Демоскоп weekly, № 211-213. – 2005. [<http://demoscope.ru/weekly/2005/0211/tema01.php>]
6. Мкртчян Н.В. Миграционная ситуация в Южном федеральном округе // Проблемы миграции и опыт ее регулирования в полиэтничном кавказском регионе. Тезисы Международной научной конференции. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2003.
7. Мкртчян Н.В. Динамика населения регионов России и роль миграции: критическая оценка на основе переписей 2002 и 2010гг. / Известия РАН. Серия географическая, 2011, №5. – с.28-41
8. Рахманова Г.В. Возрастные профили миграции в России и ее регионах: 80-е и начало 90-х гг. // Миграционные процессы после распада СССР. Программа по исследованию миграции, вып. 5. / ИНП РАН, РЭНД. - М., 1994. – с. 82-113.
9. Чудиновских О.С. Состояние и перспективы текущего учета миграции в России. // Статистика и учет миграции населения. Научная серия: Международная миграция: Россия и современный мир. Вып. 8. - М., 2000. - с.40-45
10. Чудиновских О.С. Учет миграции в России: причины и последствия кризиса. /Демоскоп Weekly, №185-186, январь 2005. [<http://demoscope.ru/weekly/2005/0185/analit03.php>]

Возможности Social Media Marketing (SMM) для фармацевтического бизнеса

Петчеев А., студент магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ imessageonly1@gmail.com
Совпель А., студентка магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ

Одной из современных тенденций онлайн-среды является невероятно стремительная социализация Интернета. По данным исследования компании IDC в 2015 году 40% населения, а это не менее 2,7 миллиардов человек, будут иметь или уже имеют доступ в Интернет. Таким образом, рост аудитории Интернета также способствует росту пользователей социальных сетей.

Современный бизнес не мог проигнорировать тот факт, что Интернет стал неотъемлемой частью человеческой жизни, а, следовательно, мировую сеть можно использовать как инструмент продвижения продукта. SMM (Social media marketing), набирающий все большую популярность, при правильном использовании становится эффективным маркетинговым инструментом для крупного, среднего и даже малого бизнеса.

Так что же такое SMM и есть ли возможность адаптировать его под нужды фармацевтического бизнеса – вот вопросы, на которые нам как исследователям предстоит ответить.

Анализ существующей информации позволит понять, возможно ли использование SMM-инструментов современном фармацевтическом бизнесе, а с помощью кейс-стади мы определим SMM-инструменты и постараемся оценить эффективность и оправданность выбранных методов на примере фармацевтической компании BIOCAD. Это, в свою очередь, позволит разработать наиболее общие рекомендации для фармкомпаний, внедряющих SMM-инструменты.

Сам термин «маркетинг в социальных медиа» (SMM) говорит за себя, однако выделим основные характеристики. Во-первых, основная площадка взаимодействия – это социальные сети: блоги, форумы, мобильные приложения и т.д. Во-вторых, эти социальные сети используются последующим направлениям: максимальный охват аудитории, работа сразу на нескольких интерактивных площадках (используется параллельно несколько социальных сетей), интерактивная коммуникация (все коммуникации происходят в формате онлайн), а также работа с репутацией (мониторинг и нейтрализация негативных реакций).

Стоит отметить тот факт, что на сегодняшний день, как фармацевтические компании, так и прочие игроки рынка, сталкиваются с проблемой анализа эффективности предпринятых мер. Другими словами, организациям, как правило, связанным с широкими

сетями дистрибуции трудно отследить, какой из предпринятых шагов повлиял на продажи. Это значит, что практически невозможно рассчитать коэффициент возврата инвестиций (ROI), благодаря которому и оценивается эффективность традиционных рекламных компаний.² В случае с фармацевтическими компаниями также встает вопрос правомочности применения тех или иных инструментов.

Но не стоит забывать о многочисленных плюсах SMM. Во-первых, принцип «сарфанного радио» в социальных сетях работает максимально эффективно, так как пользователи склонны публиковать у себя на личных страничках заинтересовавшую их информацию, которая автоматически начинает кочевать по просторам социальной сети, тем самым увеличивая осведомленность. Во-вторых, благодаря публикации подробной личной информации, компаниям не составит большого труда проработать подробную стратегию фокусированного таргетирования. В-третьих, как показывают исследования, SMM не воспринимается у пользователей как контекстная реклама, таким образом, вероятность прочтения опубликованной информации намного выше. И, наконец, работа ведется в двустороннем формате. Пользователи оставляют некий фидбек, могут получить консультацию или даже поучаствовать в анкетировании. Следовательно, происходит более глубокое взаимодействие с целевой аудиторией.³⁴ Следовательно, нет особых ограничений использования SMM фармацевтическими компаниями.

Рассмотрим, непосредственно, какие SMM-инструменты могут быть использованы на примере российской фармацевтической компании ВЮСАД.

ВЮСАД⁵ – инновационная биофармацевтическая компания полного цикла. Входит в тройку ведущих российских компаний фармацевтической отрасли по итогам общегосударственного национального бизнес-рейтинга предприятий России – 2013. Компания была создана в 2001 году, а в 2005 на рынок был выведен их первый оригинальный препарат для комплексного лечения урогенитальных инфекций – Генферон.

На сегодняшний день компания использует следующие SMM-инструменты. Создано брендированное сообщество в контакте, с постоянными обновлениями. В данном сообществе 2138 человек. Группа была запущена 7 июня 2013 года (для сравнения у группы МДК более 6 млн подписчиков за 4 года существования). Таким образом, достаточно тяжело говорить о максимальном охвате аудитории. Относительно недавно (май 2014) у этой компании также появился Instagram, на который подписано на

²Маркетинг в социальных медиа. Интернет-маркетинговые коммуникации. Учебное пособие под редакцией Л. А. Данченко, 2013.

³Маркетинг в социальных медиа. Интернет-маркетинговые коммуникации. Учебное пособие под редакцией Л. А. Данченко, 2013.

⁴Susan Gunelius, 10 Laws of Social Media Marketing

⁵Используется информация с официального сайта компании, точка доступа: <http://biocad.ru>

сегодняшний день 265 человек. Исходя из данных цифр, конечно, очень трудно сделать выводы об эффективности, так как мы не можем рассчитать ROI. Но для огромной страны и такой популярной социальной сети, эти цифры говорят о совсем небольшом охвате аудитории. Кроме статистических данных, можно говорить о достаточно позитивном имидже: на их странице не встретишь каких-либо негативных отзывов, администраторы страницы вносят обновления и отвечают на немногочисленные вопросы.

Однако хотелось бы отметить очень хорошо проработанный сайт компании. Информацию на нем можно найти без труда, негласное правило «двух кликов» работает. Есть список контактов, по которым можно обратиться по возникающим вопросам, а также ссылки на социальные сети (с сайта можно перейти на Facebook и деловую социальную сеть Linked In). Исходя из всего выше сказанного, нет возможности говорить о каком-либо успехе SMM коммуникаций. Охват аудитории незначительный, но попытка создания положительного имиджа и имиджа социально-ответственного бизнеса максимально реализована.

Таким образом, что касается SMM, то эта как раз та ситуация когда количество, должно преобладать над качеством. Во-первых, чем больше людей знает и следит за новостями компании, тем больше вероятность эффективности инструментов социального медиа. Но не стоит также забывать о том, что, например, основная особенность SMM-сообщений в том, что они должны быть максимально краткими, интересными и запоминающимися, иначе велика вероятность, что их просто проигнорируют в потоке информации. Таким образом, прежде чем использовать ту или иную социальную сеть, необходимо определить конкретную и достижимую цель, придумать систему показателей оценки эффективности SMM-инструмента, в противном случае есть риск потратить финансовые средства на неэффективную и очень «модную» новинку в мире маркетинга. Также не стоит забывать, что SMM – это не панацея и не нужно отказываться от традиционных маркетинговых методов.

Оценка затрат на лечение и уход за тяжелобольными родственниками в семейных бюджетах

Кузнецова К.В., студентка факультета экономики НИУ ВШЭ
kuznecova.ksyunya@gmail.com

В свете научно-технического и экономического прогресса неизбежно происходит и трансформация общества. С развитием медицины стали возможными увеличение продолжительности жизни за счет сокращения уровня смертности в старших возрастах, что приводит к ускоряющемуся росту доли лиц старше 60 лет практически во всех странах мира, в том числе и в России. Так, с середины прошлого века доля пенсионеров в России значительно возросла, причем, за последние 10 лет их доля при почти неизменной численности населения увеличилась на 4%. С ростом числа пожилых людей, увеличивается доля лиц, не способных ухаживать за собой по состоянию здоровья. Старение населения носит обременительный характер для государственных бюджетов (увеличиваются размеры трудовых пенсий, субсидий на медицинское обслуживание и прочих социальных пособий) и бюджетов домохозяйств.

Однако не только пожилые люди нуждаются в дополнительном уходе: болезни, приводящие к ограничению жизнедеятельности пациента, поражают людей всех возрастов. Данная работа акцентирует внимание на семьях с тяжелобольными людьми, поскольку они представляют собой нуждающуюся в государственной поддержке группу населения. Тяжелое положение данной категории населения РФ связано с тем, что ввиду очередности в получении медицинской помощи, ее дороговизны, отсутствии нужных специалистов и т.д. действующая сегодня система здравоохранения не способна удовлетворить потребности населения в полном объеме.

С учетом изложенных выше фактов и в свете планируемого сокращения государственных расходов на здравоохранение проблема распределения семейного бюджета в связи с тяжелым заболеванием одного из родственников представляется на сегодняшний день актуальной. Данное исследование нацелено на выявление факторов, влияющих на размер и тягостность семейных затрат на лечение и уход за тяжелобольным родственником. Для достижения данной цели был проведен линейный регрессионный анализ данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), была разработана специальная анкета для сбора недостающих данных и проведен дискриминантный, линейный и логистический регрессионные анализы.

С целью выявления детерминант семейных затрат и повышения практической значимости работы было проведено обследование семей с тяжелообольным родственником путем онлайн опроса зарегистрированных в благотворительных организациях и наблюдаемых в специализированных медицинских центрах и больницах тяжелообольных пациентов. Анкета была составлена в двух экземплярах – для самого больного и его родственника – с учетом возможной неспособности больного отвечать самостоятельно. Она была передана некоторым врачам, в несколько благотворительных фондов и медицинских организаций. В результате было собрано 95 ответов. Несмотря на небольшой размер полученной выборки, были построены довольно качественные регрессионные модели. При этом, благодаря тому, что анкета распространялась онлайн, ее заполняли респонденты разного возраста, из разных городов, имеющих разные заболевания, так что полученную выборку можно считать достаточно репрезентативной. Для того, чтобы применить соответствующие методы анализа, почти все переменные были приведены в бинарную форму или оценены по шкале. На основе анализа зарубежных статей были выделены 4 блока факторов, которые могут оказывать влияние на изменение материального положения и эмоционального климата в семье в связи с тяжелой болезнью одного из родственников. Это демографические и экономические детерминанты, а также факторы, связанные с болезнью и эффективностью лечения.

Итак, целью данного исследования является изучение не только размера затрат на лечение и уход за тяжелообольными родственниками, но и их обременительности для семейного бюджета и эмоционального климата семьи. Но поскольку первая проблема сложна для анализа ввиду разнообразия болезней и полноты медицинских возможностей в каждом конкретном случае, наиболее интересным является изучение доли расходов на обслуживание в больницах и поликлиниках и на покупку лекарственных препаратов в семейных бюджетах, а также оценка общей экономической и эмоциональной нагрузки на семью. Данный анализ осуществлялся в два этапа. В первую очередь на основе данных последней волны РМЭЗ населения были выделены детерминанты осуществляемых населением затрат на лекарства и медицинское обслуживание. На данном этапе были построены линейные регрессионные модели для выявления факторов, влияющих на размер затрат на медицинское обслуживание. Были построены 5 моделей влияния различных факторов на расходы на лекарства, медицинское обслуживание в больницах, размер дополнительных платежей врачам «на руки», изменение материального положения и общую удовлетворенность жизнью. Достоинствами данного анализа являются обширность выборки и реальность измерения показателей: все прямые издержки выражены в рублях, не прямые – оценены по шкале. Однако есть и недостатки, среди них

индивидуальный подход анкетирования - опрос отдельно взятых лиц, оценка их личных затрат без рассмотрения семейного бюджета, - а также неделимость целевой аудитории – отсутствие определенных групп граждан, например, группы тяжелобольных людей. Все это подтверждает необходимость второго этапа исследования – анализа затрат на лечение и уход за тяжелобольными родственниками в семейных бюджетах и их детерминант на основе специально собранных данных. Он так же проводился пошагово: сначала была проведена классификация семей по типу выбранного ими лечения, затем были выявлены факторы эмоциональной нагрузки болезни, найдены детерминанты возникновения финансовых трудностей в связи с лечением, и, наконец, классифицированы семьи по степени ухудшения их материального положения.

Ввиду того, что большинство переменных представлены в бинарной форме или оценены по шкале, на данном этапе использовались в основном линейные и логистические регрессионные модели; классификации семей проводились на основе дискриминантного анализа. На основе результатов анализа были выявлены факторы (в основном экономические, связанные с болезнью, психологические – ценность качества оставшейся жизни больного – и частично демографические), оказывающие влияние на величину эмоциональной и экономической нагрузок на семьи в связи с тяжелой болезнью одного из родственников. Кроме того, данный анализ позволил статистически подтвердить случаи, когда семьи оказываются вынуждены обращаться за материальной помощью к друзьям, родственникам, благотворительным фондам.

Результаты анализа демонстрируют значимость влияния экономических, демографических, а также связанных с болезнью факторов на объем материальных и эмоциональных издержек болезни. Среди таких факторов - наличие у пациента того или иного типа заболевания, его суммарных доход, наличие полиса ДМС, лечение у частного врача или в частной клинике, стоимость договора ДМС для пациента, а также тип населенного пункта, в котором он проживает, число детей и его возраст. Заболеваемость и оплата добровольного медицинского страхования, а также неразвитость региона, в котором проживает тяжелобольной человек, увеличивают экономическую нагрузку семей, а осуществление дополнительных платежей на медицинское обслуживание, а также возраст респондента значительно влияют на ухудшение эмоционального настроения пациента. На размер и тягостность возникающих в следствие болезни издержек влияют экономические факторы (материальное положение семьи до обнаружения заболевания, наличие льгот, осуществление дополнительных платежей за медицинское оборудование и обслуживание, тип медицинского страхования и его стоимость, а также полнота и

удовлетворенность составленной ИПР), демографические (количество детей), психологические (ценность качества оставшейся жизни больного), а также факторы, связанные с болезнью (тип заболевания и проводимого лечения, потребность в специальных средствах ухода, эффективность лечения, необходимость проведения операции, продолжительность требуемого ухода и физиологические изменения в жизни больного). На величину эмоциональных издержек влияют, в основном, связанные с болезнью факторы и происходящие изменения материального положения семьи, в то время, как на тягостность экономической нагрузки влияет весь спектр возможных детерминант. В ходе анализа было также доказано, что все столкнувшиеся с тяжелым заболеванием семьи нуждаются в социальной поддержке государства, благотворительных фондов или конкретных лиц. Поэтому стоит отметить, что «в руках» Министерства здравоохранения находятся большие ресурсы для улучшения текущей политики предоставления медицинских товаров и услуг населению и облегчения, в первую очередь, финансовой, но вместе с ней и эмоциональной нагрузок, обременяющих семьи. В то же время проведенный анализ влияющих на них факторов позволяет определить наиболее нуждающиеся в государственной поддержке группы населения, а также найти наилучшие способы ее предоставления и оптимизации политики здравоохранения в отношении тяжелобольных людей.

Анализ и оценка фактического питания студентов (на примере Белорусского государственного медицинского университета)

Я.А. Момяко, выпускник Белорусского государственного медицинского университета, медико – профилактический факультет, yankel@list.ru

Основа здоровья и долголетия человека – разнообразное, умеренное и сбалансированное питание, обеспечивающее организм всеми необходимыми веществами.

Полноценное питание обеспечивает нормальный рост и развитие организма, способствует профилактике заболеваний, повышению работоспособности и продлению активной жизни, создает условия для укрепления иммунной системы и адекватной адаптации к окружающей среде. [8]

Соответствие рациона питания человека физиологическим нормам потребления определяет оптимальную обеспеченность организма основными пищевыми веществами и энергией, а несоответствие рекомендуемым нормам может наносить ущерб здоровью, ухудшать показатели физического и умственного развития, снижать иммунореактивность.

От качества питания зависит мозговая активность и проявление когнитивных функций организма (процессы запоминания, усвоения, внимания, переработки информации), формирование и развитие интеллектуальных способностей. Значительное влияние на проявление когнитивных функций способны оказать витамины В₆ и В₁₂, минеральные вещества I₂ и Mg, витаминоподобные соединения холин и L-карнитин, а также фосфотидилхолины (лецитин) и моносахарид (глюкоза). [1]

Целью работы является оценка обеспеченности фактического питания студентов биологически активными соединениями.

Задачами работы являются проведение исследования фактического питания студентов (на примере Белорусского государственного медицинского университета), выявление структуры питания студентов и его влияния на здоровье, а также предложение рекомендаций по здоровому питанию.

Следует отметить, что исследование фактического питания студентов позволяет определить реальное потребление студентами пищевых продуктов с целью выявления обеспеченности необходимыми нутриентами, определения отдельных отклонений в структуре питания, а также позволяет осуществлять планирование мероприятий, направленных на коррекцию установленных нарушений.

Практическая значимость работы заключается в возможности применения студентами предложенных рекомендаций по здоровому питанию на практике, а также получения определенных результатов от их применения.

Исследование фактического питания студентов Белорусского государственного медицинского университета осуществлялось с помощью меню-раскладок, составленных методом 24-часового воспроизведения питания с использованием таблиц химического состава продуктов. В ходе исследования получены данные от 1120 респондентов в возрасте от 18 до 25 лет (275 юношей и 845 девушек).

Оценка обеспеченности питания студентов макро- и микроэлементами, биологически активными соединениями осуществлялась исходя из действующих в настоящее время норм физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения на территории Российской Федерации, рекомендуемых уровней потребления пищевых и биологически активных веществ, рациональных норм потребления пищевых продуктов для различных групп населения Республики Беларусь. Статистическая обработка результатов исследования осуществлена программным путем.

Гигиеническая оценка фактического питания студентов предусматривала определение среднесуточных продуктовых наборов для каждого респондента (таблица 1).

Таблица 1. Потребление студентами основных групп продуктов

Рациональные среднесуточные продуктовые наборы для мужчин и женщин трудоспособного возраста 18-29 лет, г. (при коэффициенте физической активности 1,6) [10]			Фактическое потребление пищевых продуктов, г.	
Группы продуктов питания	Мужчины	Женщины	Юноши	Девушки
Хлеб и хлебобудничные изделия	340	290	295,5 ± 20,84	152,8 ± 6,01
Макаронные изделия	20	20	27,5 ± 4,03	18,15 ± 1,85
Крупы и бобовые	37	27	44,26 ± 5,22	40,74 ± 2,68
Картофель	350	320	149,9 ± 17,17	97,86 ± 5,9
Овощи бахчевые	350	340	127,3 ± 18,83	126,5 ± 6,74
Фрукты и ягоды	214	208	59,1 ± 11,32	122,9 ± 7,6
Мясо: свинина, говядина	152	124	111,92 ± 12,31	56 ± 3,96
Птица	40	28	76,3 ± 12,9	49,35 ± 3,66
Колбасы и копчености	25	20	100 ± 12,4	53,2 ± 3,44
Молоко, кефир	280	280	176 ± 31,8	128,7 ± 9,3
Масло животное	20	15	11 ± 2,21	5,8 ± 0,79
Творог	20	20	36,7 ± 7,77	42,1 ± 3,41
Сметана	15	15	22 ± 7,48	10,6 ± 1,28

Сыр твёрдый	10	5	13,2 ± 3,36	14,3 ± 1,4
Яйца	33	30	19,7 ± 4,27	15,5 ± 1,55
Рыба и рыбопродукты	57	55	30 ± 7,6	24,15 ± 2,72
Сахар и др. в пересчете на сахар	100	76	47,46 ± 5,14	40,7 ± 2,19
Масло растительное	40,8	34	11 ± 2,87	15,37 ± 1,26

Анализ структуры питания студентов показал недостаточное потребление основных групп продуктов: овощей и фруктов, хлебопродуктов, картофеля, мяса, молока, яиц, рыбы, а также растительного масла. Указанные группы продуктов являются основными источниками витаминов, минеральных веществ, минорных и биологически активных компонентов пищи, влияющих, в том числе и на проявление когнитивных функций человека.

В таблице 2 приведены данные потребления студентами витаминов В₆ и В₁₂, минеральных веществ I₂ и Mg, L-карнитина, лецитина, холина.

Таблица 2. Среднесуточное потребление студентами нутриентов и биологически активных соединений

Нутриенты и биологические активные соединения	Нормы физиологических потребностей для мужчин и женщин [2]	Фактическое потребление	
		юноши	девушки
В ₆	2,0 мг	3,07 ± 0,01 мг	2,06 ± 0,07 мг
В ₁₂	3,0 мкг	5,35 ± 0,12 мкг	3,6 ± 0,08 мкг
I ₂	150 мкг	84,2 ± 11,1 мкг	61,06 ± 4,9 мкг
Mg	400 мг	441,9 ± 23,3 мг	292,7 ± 19,2 мг
L- карнитин	300 мг	103,4 ± 8,2 мг	62,25 ± 6,6 мг
Лецитин	7 г	2,41 ± 0,23 г	1,72 ± 0,07 г
Холин	500 мг	108,4 ± 9,3 мг	72,6 ± 5,6 мг

Анализ фактического питания студентов на содержание исследуемых веществ в потребляемой пище установил наличие выраженного дефицита йода, лецитина, холина, L-карнитина. Необходимо отметить недостаточное поступление магния у девушек, требующее коррекции фактического питания по этому минералу. Обеспеченность витаминами В₆ и В₁₂ соответствует рекомендуемому уровню потребления как для

девушек, так и для юношей.

Следует отметить, что наибольшее влияние на процессы, связанные с запоминанием, усвоением и переработкой информации, памятью и вниманием человека, оказывает достаточный уровень употребления витаминов В₆ (пиридоксина) и В₁₂ (цианокобаламина). Пиридоксин обеспечивает нормальную работу центральной нервной системы, принимает участие в синтезе нейромедиаторов, регулирующих настроение и умственную деятельность. Цианокобаламин необходим при образовании миелина, нейромедиаторов, предотвращает развитие различного рода нарушений эмоционального состояния.

Вместе с тем, дефицит потребления студентами других нутриентов и биологически активных соединений оказывает негативное влияние на когнитивные функции человека.

В частности, особого внимания заслуживает проблема йододефицита. Следует отметить, что гормоны щитовидной железы необходимы для нормального роста и развития организма и многосторонне влияют на процессы метаболизма. Дефицит йода приводит к снижению развития умственных способностей, к снижению функциональной активности щитовидной железы, что отрицательно влияет на центральную нервную систему.

Содержание лецитина характерно для клеток нервной системы и тканей мозга, в следствие чего его потребление в соответствии с нормами физиологических потребностей улучшает функцию нейронов и состояние миелиновых оболочек нервов. Дефицит лецитина замедляет умственные процессы. Как показывают многочисленные исследования, восполнение запасов лецитина стимулирует умственную деятельность, настроение и способность к обучению.

Дефицит L-карнитина приводит к быстрой утомляемости, сонливости, мышечной слабости и снижению успеваемости студентов.

В случае дефицита магния снижается способность к концентрации внимания, страдают функции памяти, нарушается равновесие процессов возбуждения и торможения, повышается порог болевой чувствительности. [4]

На основе принципов доказательной медицины получены принципиально новые данные в отношении биологической роли для человека так называемых минорных и биологически активных веществ. Минорные и биологически активные вещества являются природными веществами с установленной химической структурой и физиологическим действием, присутствуют в пище в миллиграммах и микрограммах, играют важную и доказанную роль в адаптационных реакциях организма, поддержании здоровья, но не являются эссенциальными пищевыми веществами. [8]

Дефицит биологически активных компонентов в рационе приводит к снижению резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, формированию иммунодефицитных состояний, нарушению функции систем антиоксидантной защиты, хронизации болезней, снижению качества жизни и эффективности лечебных мероприятий.

В рамках работы исследовано содержание инозита, коэнзима Q10, витамина U (метилметионинсульфония), оротовой кислоты, липоевой кислоты и парааминобензойной кислоты в потреблении студентами. В таблице 3 представлены данные суточного потребления биологически активных соединений студентами-медиками.

Таблица 3. Суточное потребление биологически активных соединений студентами

Биологически активное соединение / Рекомендуемый уровень потребления, мг/сут.		Фактическое потребление, мг/сут.	
		Девушки	Юноши
Инозит	500	511,82 ± 17,57	565,42 ± 35,35
Коэнзим Q10	30	4,36 ± 0,35	6,77 ± 0,55
Метилметионинсульфоний	200	45,36 ± 4,02	50,65 ± 6,11
Оротовая кислота	300	19,96 ± 0,76	20,3 ± 1,165
Липоевая кислота	30	1,797 ± 0,129	2,363 ± 1,743
Парааминобензойная кислота	100	0,15 ± 0,011	0,225 ± 0,021

Установлено, что инозит участвует в обмене веществ, нормализует уровень холестерина в крови, препятствует развитию атеросклероза и ожирения, нормализует работу нервной системы, обладает выраженным успокаивающим действием.

Коэнзим Q10 участвует в энергетическом обмене и сократительной деятельности сердечной мышцы, оказывает сильное антиоксидантное воздействие, угнетает процессы перекисного окисления липидов, предохраняет мембраны клеток от разрушения. Коэнзим Q10 оказывает антиатеросклеротическое, антиаритмическое, гипотензивное, противоаллергическое и иммуномодулирующее действие. Является онко-, гепато- и геропротектором.

Витамин U способствует нормализации кислотности желудочного сока и проявлению антиаллергического действия. Оказывает противогистаминное, заживляющее

действие на слизистые оболочки, действует как антидепрессант, имеет противовоспалительный эффект при артритах.

Доказано, что липоевая кислота оказывает липотропный эффект, вызывает детоксицирующее действие, участвует в обмене аминокислот и жирных кислот. [8]

Парааминобензойная кислота участвует в образовании эритроцитов, предупреждая развитие анемии, снижает содержание холестерина в крови, нормализует функцию щитовидной железы и является мощным антиоксидантом, повышает тонус кожи, обладает солнцезащитными свойствами. [6]

В ходе исследования выявлено, что суточный рацион питания юношей в среднем содержит $565,42 \pm 35,35$ мг инозита ($p < 0,05$), что выше нормы потребления (500 мг) примерно в 1,13 раза, а девушек в среднем $511,82 \pm 17,57$ мг в сутки ($p < 0,05$), что соответствует физиологической норме. При этом из числа участвовавших в исследовании студентов недостаток в инозите испытывают 62,79% девушек и 54,41% юношей (рисунок 1).

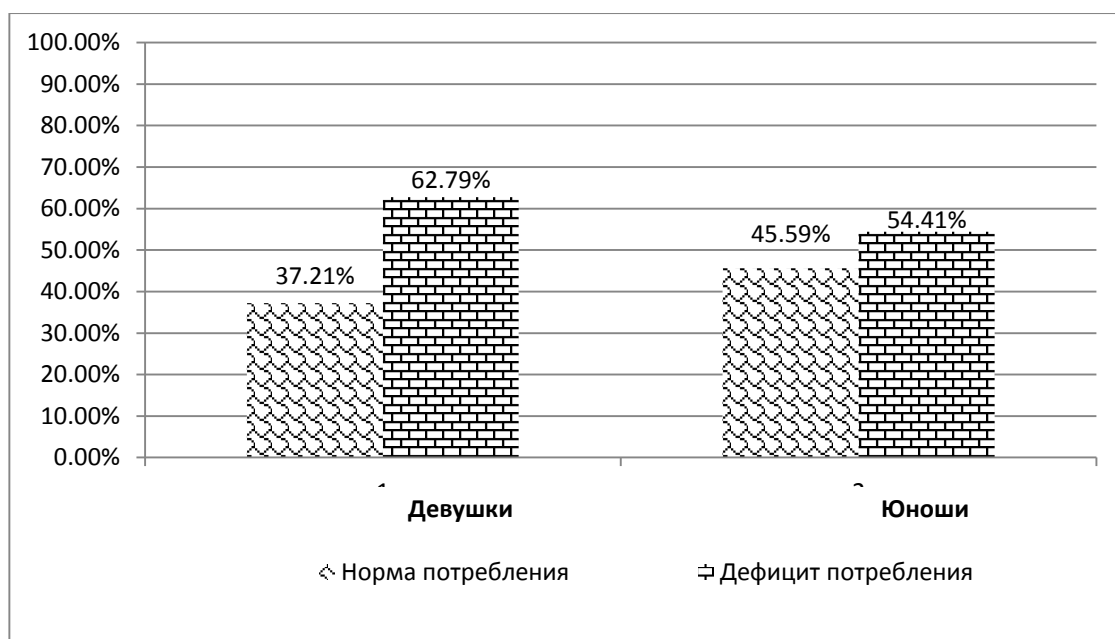


Рисунок 1. Структура потребления инозита юношами и девушками

Оценка обеспеченности студентов коэнзимом Q10 показала, что среднесуточное потребление юношами составляет $6,77 \pm 0,55$ мг ($p < 0,05$), что ниже нормы потребления (30 мг) в 4,43 раз, а девушками $4,36 \pm 0,35$ мг ($p < 0,05$), что ниже нормы в 6,88 раза. Дефицит потребления испытывают 98,67% девушек и 97,99% юношей из числа обследованных (рисунок 2).



Рисунок 2. Структура потребления коэнзима Q10 юношами и девушками

Выявлено, что 96,81% девушек и 94,17% юношей испытывают дефицит в получении метилметионинсульфония (витамина U). Среднесуточное потребление девушками витамина U составляет $45,36 \pm 4,02$ мг ($p < 0,05$), что уступает норме (200 мг) в 4,4 раза. Юноши получают в среднем $50,65 \pm 6,11$ мг ($p < 0,05$), что также ниже границы нормы в 3,9 раза. На рисунке 3 показано распределение потребления витамина U студентами.

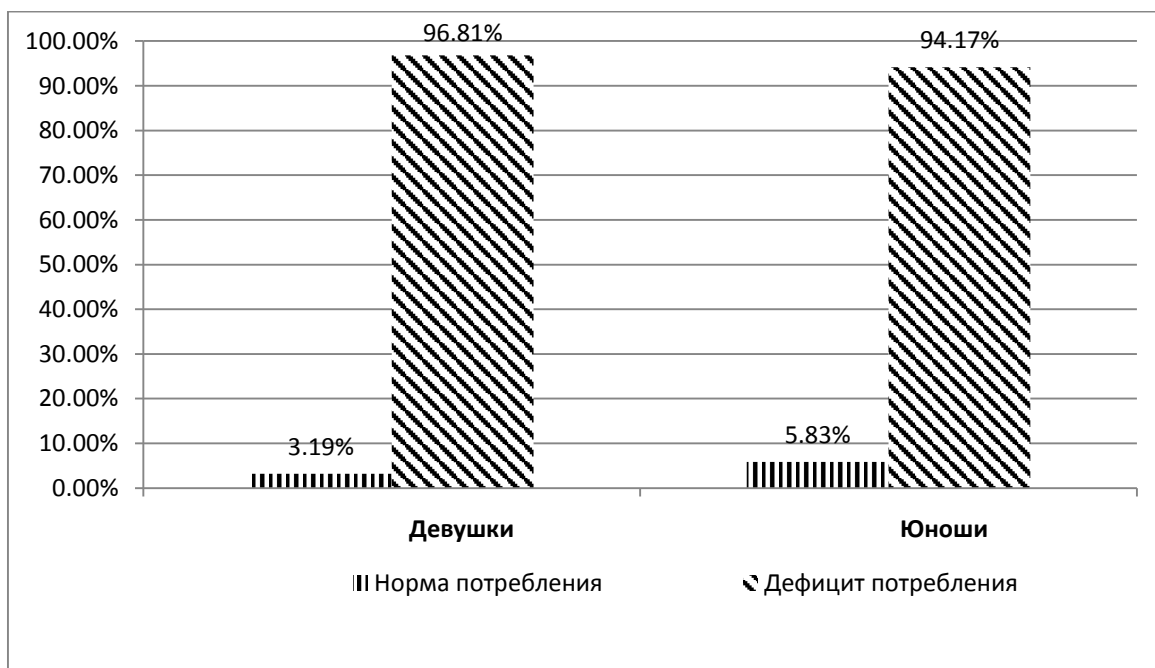


Рисунок 3. Структура потребления витамина U юношами и девушками

Таким образом, по результатам исследования фактического питания студентов можно сделать вывод о том, что питание студентов не соответствует физиологическим нормам по содержанию отдельных нутриентов, минорных и биологически активных соединений, что связано с недостаточным потреблением основных групп продуктов, и этот факт является массовым и постоянно действующим фактором, снижающим интеллектуальный потенциал и когнитивные функции в целом.

Наиболее эффективными способами ликвидации выявленного дефицита нутриентов являются:

- соблюдение студентами принципов (законов) рационального, адекватного питания;
- максимальное разнообразие рационов питания, использование продуктов повышенной пищевой и биологической ценности;
- организация массовой профилактической витаминизации путем регулярного включения в рацион питания студенческих коллективов полноценных витаминных и минеральных добавок, а также обогащенных нутриентами пищевых продуктов (должна иметь место в государственных программах, направленных на улучшение питания и здоровья населения).

Для улучшения сбалансированности пищевых рационов по нутриентному составу и содержанию биологически активных соединений необходимо целенаправленно создавать и производить в достаточных количествах функциональные продукты питания. В этом заложены колоссальные резервы влияния питания на повышение уровня интеллекта человека, что, несомненно, должно являться предметом дальнейшего изучения и развития.

Результаты исследования явились основой для проведения персонафицированной коррекции рационов питания в зависимости от величины суточных энергозатрат, индекса массы тела и продуктового набора у студентов – медиков.

Результаты исследования могут быть использованы для коррекции рационов питания учащейся молодежи, а также при разработке государственной программы производства функциональных продуктов.

По результатам проведенного исследования с целью коррекции питания студентов разработаны рекомендации по продуктам, витаминным и минеральным комплексам, а также биологически активным добавкам к пище, которые целесообразно употреблять для восполнения дефицита нутриентов и биологически активных соединений (таблица 4).

Таблица 4. Продукты, витаминные и минеральные комплексы, а также биологически активные добавки к пище для восполнения дефицита нутриентов и биологически активных соединений

Витамины, минералы, биологически активные соединения	Рекомендуемые продукты	Витаминные и минеральные комплексы, биологически активные добавки к пище
В ₆	Печень, птица, мясо, рыба, бобовые, крупы (гречневая, пшеничная, ячневая), перец, картофель, хлеб (из муки грубого помола), гранат	Витамины, витаминно-минеральные комплексы, БАД к пище с витамином В ₆
В ₁₂	Печень, мясо, рыба	Витамины, витаминно-минеральные комплексы, БАД к пище с витамином В ₁₂
Йод	Морская рыба, ламинария (морская капуста), молочные продукты, гречневая крупа, картофель	Витаминно-минеральные комплексы, БАД к пище – источники йода
Магний	Крупы, рыба, соя, мясо, яйца, хлеб, бобовые, орехи, курага, брокколи, бананы	Витаминно – минеральные комплексы, БАД к пище – источники Mg
L – карнитин	Мясо, рыба, птица, молоко, сыр, творог	БАД к пище – источники L – карнитина
Лецитин	Масла растительные, яйца птиц	БАД к пище – источники лецитина
Холин	Желтки яиц, печень, молоко	БАД к пище – источники холина
Инозит	Печень, субпродукты, соевые бобы, отруби пшеничные, крупа овсяная, капуста, дыня, апельсины, грейпфрут, изюм	БАД к пище – источники инозита
Коэнзим Q10	Мясо, молоко, соевое масло, бобы сои, яйца, рыба, шпинат, арахис.	БАД к пище – источники коэнзима Q10
Витамин U	Капуста, спаржа, морковь, томат, свекла.	БАД к пище – источники витамина U
Оротовая кислота	Дрожжи, молоко, печень	БАД к пище – источники оротовой кислоты
Липоевая кислота	Печень, говядина, капуста, молоко, рис.	БАД к пище – источники липоевой кислоты
Парааминобензойная кислота	Печень, отруби, дрожжи, грибы, шпинат.	БАД к пище – источники витамина В ₁₀

Список используемой литературы

1. Айзенк, Г. Ю. Интеллект: новый взгляд / Г. Ю. Айзенк // Вопросы психологии. – 1995. – № 1;
2. В.А. Тутельян, А.И. Вялков, А.Н. Разумов, В.И. Михайлов, К.А. Москаленко, А.Г. Одинец, В.Г. Сбежнева, В.Н. Сергеев Научные основы здорового питания: – М.: Издательский дом «Панорама», 2010. – 816 с.;

3. Витамины и микроэлементы в клинической фармакологии — Под ред. В.А. Тутельяна — М., 2001. — 560 с.;
4. Громова О.А. Магний и пиридоксин: Основа знаний. М.: ПротоТип, 2006: 230 с.;
5. Истомин А.В., Мамчик Н.П., Клепиков О.В. Эколого-гигиенические проблемы оптимизации питания населения. — М., 2001. — 420 с.;
6. Лифляндский, В. Г. Витамины и минералы от А до Я / В. Г. Лифляндский. – СПб.: Издательский Дом «Нева», 2006. – 640 с.;
7. Макаров П.П., Доценко В.А. Обогащенные продукты — основа улучшения качества питания населения — Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. — 2003. — № 3;
8. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации МР. 2.3.1.2432-08. – М., 2008. – 39 с.;
9. Пилат Т.Л., Иванов А.А. Биологически активные добавки к пище (теория, производство, применение). М., 2002. — 710 с.;
10. Рациональные нормы потребления пищевых продуктов для различных групп населения Республики Беларусь (разработаны во исполнение поручения Совета Министров Республики Беларусь от 12 апреля 2003 г. №11/110-95 по практической реализации решения Межведомственной комиссии по безопасности в экономической сфере при Совете Безопасности Республики Беларусь от 21 марта 2003 г. № 21-05/К-3);
11. Ребров, В. Г. Витамины, макро- и микроэлементы / В. Г. Ребров, О. А. Громова. Издательство : ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 960 с.;
12. Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ. Методические рекомендации МР 2.3.1. 1915 – 04, Москва 2004;
13. Спиричев В.Б. Витамины, витаминоподобные и минеральные вещества – Справочник — М., 2004. — 240 с.;
14. Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Позняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. — Новосибирск: Наука и технология, 2004. – 548 с.

Восприятие российскими разработчиками лекарственных препаратов барьеров и проблем при регистрации лекарственных средств

Садчиков П.Е., ПМГМУ им. И.М. Сеченова, клинический ординатор кафедры терапии ФППОВ clumbar@yandex.ru

Лазарева М.Л., ФОМС, ведущий специалист – эксперт lazarevamarialeonidovna@gmail.com

В современных неблагоприятных экономических условиях в России вопрос адекватного лекарственного обеспечения стоит особенно остро, однако должного внимания этой проблеме не уделяется. Ежегодно фармацевтические компании во всем мире инвестируют немалые средства в исследования в области медицины, которые приносят свои плоды, в том числе в виде новых лекарственных препаратов, которые призваны спасти жизни людей или улучшить качество их жизни.

Тем не менее, внедрение в клиническую практику новых лекарственных средств - процесс крайне трудоёмкий и дорогой. Он занимает в среднем от 10 до 15 лет [3], при этом большую часть этого срока составляют клинические испытания. Весь многоэтапный механизм регистрации лекарственных средств и их внедрения в клиническую практику регулируется государством. В настоящее время процесс регистрации лекарств Российской Федерации регулируется Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Процесс регистрации довольно длительный. Он начинается с подачи заявления и необходимых документов (так называемое регистрационное досье) заявителем в Министерство здравоохранения Российской Федерации, после чего следует продолжительное по времени взаимодействие органа исполнительной власти с заявителем в рамках экспертизы документов и экспертизы непосредственно лекарственного средства. После экспертизы документов заявителя при условии соблюдения всех требований в соответствии с действующим законодательством он получает возможность проведения клинических испытаний. Вся информация о планируемом исследовании вновь направляется в Минздрав России и в случае получения соответствующего разрешения заявитель получает право на проведение клинических исследований. Затем результаты исследований и заявление на проведение экспертизы лекарственного средства снова подаются в Минздрав России. Отдел клинических исследований лекарственных препаратов проводит соответствующую экспертизу документов о проведенных исследованиях, и на основании заключения Департамент государственного регулирования обращения лекарственных средств принимает решение о регистрации лекарственного средства [2],[5].

Стоит также отметить, что на данный момент в России действует Федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации до 2020 года и дальнейшую перспективу». Указанная программа включает в себя среди прочего реализацию мер по импортозамещению на фармацевтическом рынке и разработке инновационной продукции [4]. В то же время, логично предположить, что без учета барьеров, существующих на фармацевтическом рынке для производителей в России при регистрации лекарственных средств, если таковые существуют, реализация целей данной программы невозможна. Как бы ни финансировалась программа, сложность процесса вывода нового лекарственного препарата или дженерика на российский рынок лекарственных средств ограничивает развитие фармацевтической отрасли в стране. Соответственно, если такие барьеры действительно существуют, то чтобы реально стимулировать отечественных производителей разрабатывать и выпускать новые оригинальные препараты и препараты – дженерики, процедура регистрации лекарственных средств в России должна быть упрощена. В то же время все же не стоит забывать о том, что, вероятно, чрезмерное упрощение данной процедуры может спровоцировать рост количества малоэффективных и неэффективных лекарственных средств, что в дальнейшем может пагубно сказаться на здоровье наших граждан [1].

Поэтому цель нашего исследования – определить, существуют ли барьеры для российских разработчиков лекарственных препаратов в России при регистрации лекарственных средств и, соответственно, необходимость в упрощении процесса регистрации. В качестве метода исследования был выбран метод экспертного интервью, так как именно мнение людей, сталкивающихся с процессом регистрации новых лекарственных средств, наиболее полно отражает реальную ситуацию.

Респондентам было задано четыре блока вопросов:

1. Вопросы в целом о том, легко ли зарегистрировать новое лекарственное средство в России:

Как вы считаете, легко ли в России зарегистрировать лекарственные средства (оригинальные и дженерики)? Какие основные этапы регистрации лекарственных средств Вы могли бы выделить?;

2. Вопросы о наиболее часто возникающих в процессе регистрации проблемах и трудностях:

Какие сложности и проблемы обычно возникают в процессе регистрации лекарственных средств в России? На каких этапах чаще всего возникают проблемы и трудности?

3. Блок вопросов о причинах и возможностях преодоления таких трудностей:

Как Вы считаете, чем вызваны эти проблемы и сложности? Неизбежны ли они в процессе регистрации лекарственных средств? Какие сложности теоретически можно было бы избежать?;

4. Вопросы о необходимости и возможных государственных мерах по упрощению процедуры регистрации лекарственных средств:

Есть ли необходимость, на Ваш взгляд, в упрощении процедуры регистрации лекарственных средств? Если да, то на каких этапах? Что можно было бы предпринять на государственном уровне, чтобы облегчить производителям процесс регистрации лекарственных средств?

Соответственно, было опрошено 4 эксперта, компетентных в вопросах регистрации лекарственных средств:

1. генеральный директор ООО «Центр медицинских биотехнологий»;
2. эксперт Российского фонда технологического развития;
3. руководитель клинических исследований компании ICON plc;
4. генеральный директор ООО «Хеликс Фарм».

В результате проведенного исследования было выявлено, что все респонденты считают процесс регистрации лекарственных средств в России непростым. Один из экспертов в то же время отметил, что для препаратов – дженериков ожидается улучшение ситуации за счет внесенных изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», касающихся проведения клинических испытаний для дженериков: компании смогут проводить только 3-й этап клинических испытаний при наличии документов, соответствующих определенным требованиям.

Основной трудностью, возникающей в процессе регистрации лекарственных средств, большинство экспертов (три респондента) считают избыточную длительность сроков рассмотрения документов заявителей экспертами. Половина экспертов отметила, что в процессе регистрации лекарственных средств производители сталкиваются с избыточными требованиями к лекарственным средствам и проведению клинических испытаний. Среди других сложностей и проблем, которые были отмечены респондентами, были выделены некомпетентность экспертов по регистрации лекарственных средств, взяточничество со стороны должностных лиц, высокая стоимость самой регистрации лекарственных средств для производителей, отсутствие четких стандартов работы экспертов, отсутствие работы с заявителями, а также трудности, связанные с пробелами в существующем законодательстве.

В то же время отсутствие работы Министерства здравоохранения Российской Федерации с заявителями и недостаточный уровень компетентности экспертов были указаны частью респондентов в качестве причин возникновения других указанных выше сложностей и барьеров для производителей лекарственных средств. При этом половина опрошенных отметили, что причиной возникающих трудностей является несовершенство действующего российского законодательства в области регистрации лекарственных средств.

На вопросы о необходимости упрощения процедуры регистрации лекарственных средств все респонденты ответили положительно (при этом один эксперт уточнил, что, по его мнению, этот процесс необходимо, скорее, упорядочить, чем упростить). При этом в качестве возможных путей решения проблем респонденты отметили расширение применения упрощенных схем регистрации лекарственных средств (указали два эксперта), создание возможностей для диалога эксперта и заявителя с целью устранения разногласий в их позициях (отметил один респондент), а также в целом внесение поправок в действующее законодательство (отметил также один эксперт).

Таким образом, на основании мнений экспертов можно сделать вывод о том, что процедура регистрации лекарственных средств действительно представляет собой сложный процесс для производителей. Эксперты по-разному оценивают, с какими именно сложностями обычно приходится сталкиваться компаниям, желающим вывести новое лекарственное средство на российский рынок, и что является причинами возникновения таких сложностей. Однако все они сходятся во мнении, что процедура регистрации лекарственных средств должна быть упрощена.

Также все эксперты указали на несовершенство существующей нормативно-правовой базы в данной области, а значит, многие сложности, возникающие при регистрации новых лекарственных средств для российских производителей, в перспективе преодолимы при большем внимании со стороны органов государственного управления Российской Федерации..

Список используемой литературы

1. Бунятян Н.Д., Сакаева И.В., Косарева Т.В., Корсун Л.В., Саканян В.А. Сравнительная характеристика системы регистрации лекарственных препаратов в Российской Федерации и странах Европейского союза // Ведомости НИЦЭСМП. 2011. №2. С. 39-42.
2. Ковалева Е.Л., Митькина Л.И., Лутцева А.И., Рычихина Е.М., Шелехина Е.С., Каблукова М.В., Панова Л.И. Экспертиза качества лекарственных средств для

медицинского применения в рамках государственной регистрации // Ведомости
НЦЭСМП. 2012. №3. С. 4-7.

3. Марченко Ю.О. Совершенствование механизма государственной поддержки
фармацевтической промышленности в России и импорта лекарственных средств
//Социально-экономические науки и гуманитарные исследования. 2014. №3. С. 19-29.

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 февраля 2011 года №
91 (редакция от 6 ноября 2014 года) «О федеральной целевой программе «Развитие
фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до
2020 года и дальнейшую перспективу».

Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ (редакция от
8 марта 2015 года) «Об обращении лекарственных сред

Фармакоэкономическое обоснование назначения лекарственных средств для лечения сочетанной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) по ретроспективным данным

Герасимец Е.А., студент магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ j.hydro@yandex.ru

Александрова Н.В., студентка магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ

Рациональное использование лекарств является одной из важных задач развития отечественного здравоохранения. Фармакоэкономическое обоснование назначения лекарственных препаратов обеспечит решение представленной задачи за счет оптимизации лекарственного обеспечения населения, выделения наиболее востребованных групп лекарственных препаратов и как следствие - повышение качества жизни населения. Распространенность ХОБЛ по данным Всемирной организации здравоохранения составляет 9,34 случаев на 1000 взрослых. Неуклонно возрастает количество пациентов старше 40 лет как с начальными проявлениями заболевания (до 25% населения), так и со второй степенью тяжести (до 10% населения). Экономические затраты на одного больного ХОБЛ в 3 раза выше, чем на одного больного бронхиальной астмой (БА). Соотношение прямых медицинских расходов на лечение ХОБЛ выше на 80% на стационарном и на 20% на амбулаторных этапах лечения по сравнению с БА соответственно. Непрямые медицинские расходы при ХОБЛ составляют около 24,1 млрд. руб. В виду неуклонно возрастающего социально-экономического ущерба, значительного роста инвалидизации и смертности, необходимо своевременное и качественное лечение ХОБЛ. [2]

Прогрессирующий рост общего числа людей, страдающих ХОБЛ, как по всему миру, так и в нашей стране, обусловил рост пациентов в 2009 - 2011 гг, которым необходима медицинская помощь, в том числе лекарственные препараты. Позднее обращение пациентов на догоспитальном этапе приводит к значительному утяжелению и обострению сопутствующей патологии, что неизбежно увеличивает число назначаемых лекарственных препаратов. Только использование принципов рациональной фармакотерапии позволит обеспечить медикаментами пациентов пульмонологического отделения в рамках ограниченного финансирования. Необходимо отметить, что до настоящего времени не проводились исследования экономической целесообразности медикаментозного лечения пациентов с ХОБЛ в системе лекарственного обеспечения на территориальном уровне. [1]

Цель работы: на основании ретроспективного фармакоэкономического анализа оценить обоснованность назначения лекарственных средств пациентам ХОБЛ с сопутствующей патологией.

Материалы и методы: ретроспективная оценка назначения медикаментозных препаратов проводилась на региональном уровне, в субъекте РФ с численностью населения 726 млн. человек (ГБУЗ АО АОКБ). Фармакоэкономический анализ (ABC/VEN-анализ) проводился у пациентов ХОБЛ с сопутствующей патологией, находившихся в пульмонологическом отделении с 2009 по 2011 гг.

ABC- анализа проводился в следующей последовательности:

1) определялся общий перечень медицинских препаратов (МНН), у пациентов с ХОБЛ;

2) количественная оценка каждого ЛС в общем перечне;

3) оценка структуры потребления с расчетом для каждого ЛС;

4) порядок убывания долей с учетом ранжирования ЛС;

5) разделение препаратов на группы в порядке убывания затрат:

«А» - основная доля закупок, на которую приходится около 80% назначений;

«В» - менее затратные, на которые приходится 15% ассортимента препаратов

«С» - наименее затратные, на которую приходится около 5% потребляемых препаратов.

Совместно с ABC- анализом проводился VEN-анализ. Он позволяет оценить рациональность (разумность) расходования финансовых средств. В ходе анализа лекарственные были разделены на следующие категории: V (англ. *vital*, жизненно-важные), E (англ. *essential*, необходимые), N (англ. *non-essential*, неважные).

Результаты исследования: Анализ данных показал на преобладание следующих групп медикаментов (рис.1):

- в 2009 году ЛС представлены 80 МНН;

- в 2010 году ЛС представлены 107 МНН;

- в 2011 году ЛС представлены 106 МНН.

В ходе ранжирования ЛС были разделены на препараты, влияющие на бронхо-обструктивный синдром, системные глюкокортикостероиды, антибактериальные и противовирусные препараты

В общем объеме указанных лекарственных средств доля потребления варьировала от 72% до 84% от всех назначений в стационаре.

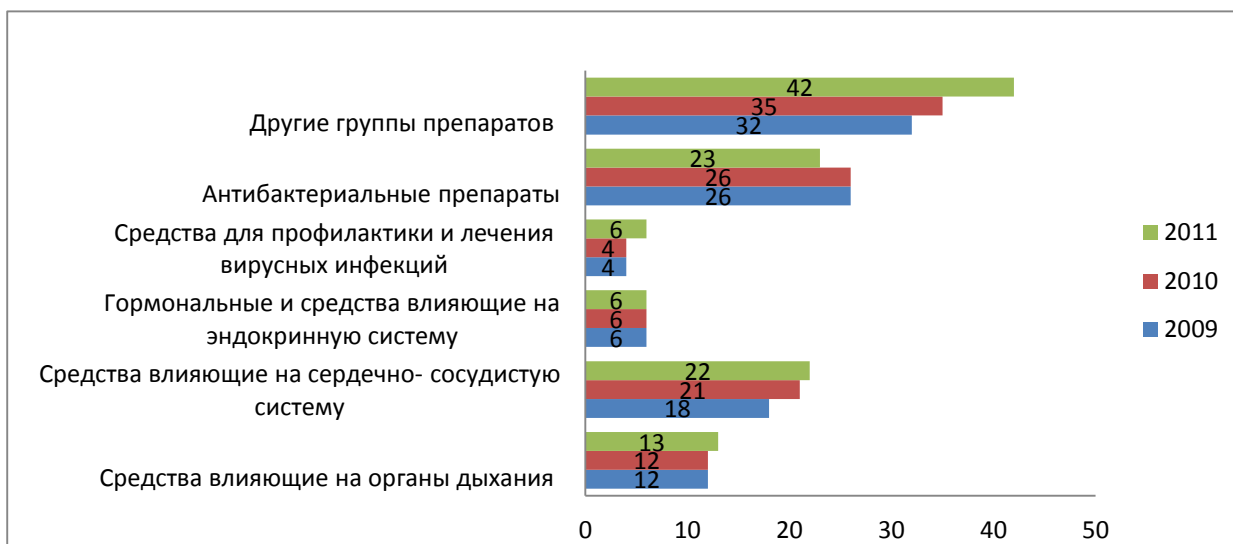


Рис. 1. Фармакотерапия при ХОБЛ в 2009 - 2011 гг. по данным ГБУЗ АО АОКБ

Таблица 1. Основные показатели работы отделения в 2009 - 2011 гг. по данным ГБУЗ АО АОКБ

Показатель	Период		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Численность больных в стационаре, чел.	256	250	258
Среднее койко день, дни	13,3	12,3	12,8
Дневной стационар, чел	16	7	10
Всего больных, чел.	272	257	268

Ранжирование ассортимента лекарственных средств с помощью ABC – анализа, показало, что наиболее применяемыми препаратами (группа «А») являются препараты, влияющие на бронхо-обструктивный синдром (комбинированный препарат будесонид/форматерол, ипротропия бромид + фенотерол, ацетилцистеин, фенотерол, тиотропия бромид, ипротропия бромид).

Таблица 2. Структура потребления ЛС для лечения ХОБЛ за 2009г на территориальном уровне.

Категория	Число ЛС каждой категории			ВСЕГО
	«А»	«В»	«С»	
	абс.	абс.	абс.	
«V»	20	13	16	49
«E»	2	10	12	24
«N»	0	1	6	7
ВСЕГО	22	24	34	80

Назначение препаратов в группах «В» и «С» было сопоставимым и составила примерно по 20% от общего перечня препаратов. В группе «В» отмечены такие препараты, как мидекамицин, ампициллин, бромгексин, фуросемид. Препараты группы «С» были

направлены лечение сопутствующих заболеваний на фоне обострения/декомпенсации ХОБЛ, к ним относили бисопролол, кетопрофен, ацетилсалициловая кислота и др.

По данным VEN – анализа в категории «V» представлены около 10% лекарственных препаратов. К категории «N» принадлежат соответственно оставшиеся 90% наименований групп «A», «B» и «C».

Показатели ABC - и VEN – анализов представлены в виде обобщающих таблиц (табл. 2,3,4).

Таблица 3. Структура потребления ЛС для лечения ХОБЛ за 2010г на территориальном уровне.

Категория	Число ЛС каждой категории			ВСЕГО
	«A»	«B»	«C»	
	абс.	абс.	абс.	
«V»	29	20	6	53
«E»	8	13	18	39
«N»	0	6	7	13
ВСЕГО	37	39	31	107

Таблица 4. Структура потребления ЛС для лечения ХОБЛ за 2011г на территориальном уровне.

Категория	Число ЛС каждой категории			ВСЕГО
	«A»	«B»	«C»	
	абс.	абс.	абс.	
«V»	27	18	10	55
«E»	12	14	11	37
«N»	0	6	8	14
ВСЕГО	39	38	29	106

Ретроспективный анализ позволил выявить следующие особенности:

1) к категории «A» принадлежит 80% потребленных лекарственных препаратов, что соответствует 10-14 МНН, в категорию «B» входят 10-29 наименований, что в 95% случаев входило в перечень назначений при ХОБЛ. От 18 до 46 наименований лекарственных препаратов наиболее часто использовалось для лечения данной нозологии из присутствующих международных непатентованных наименований:

-в 2009г -80 МНН;

-в 2010г -107 МНН;

-в 2011г -106 МНН.

2) в структуре группы «A» преобладают «второстепенные» ЛС с недоказанной эффективностью.

3) в группе «C» присутствуют «жизненно важные» ЛС (моксифлоксацин, фуросемид, верапамил, амиодарон).

Таблица 2. Результаты ABC - и VEN - анализа фармакотерапии больных ХОБЛ в сочетании с сопутствующей патологией.

Перечень препаратов	Категория ABC			Категория VEN
	2009г	2010г	2011г	
Меропенем	A	A	A	V
Цефоперазон сульбокам	A	A	A	V
Дорипенем	A	A	-	V
Ванкомицин	A	A	A	V
Амоксициллин	A	A	A	V
Кларитромицин	A	A	A	V
Цефтазидим	A	A	A	V
Тиотропия бромид	A	A	A	V
Азитромицин	A	A	A	V
Цефоперазон	A	A	A	V
Ципрофлоксацин	A	A	A	V
Цефотаксим	A	A	A	V
Левифлоксацин	A	A	A	V
АЦЦ	A	A	A	V
Линезолид	A	A	A	V
Арбидол	A	A	A	E
Иммуноглобулин	A	A	A	E
Цефтриаксон	A	A	A	V
Будесонид+форматерол	A	A	A	V
Флуконазол	A	A	A	V
Ипротропия бромид + фенотерол	A	A	A	V
Амикацин	A	A	A	V
Ингаверин	B	A	A	E
Хлорапирамин	B	A	B	E
Преднизолон	B	A	A	V
Кагоцел	B	B	A	E
Гепарина натрия	B	A	A	E
Метронидазол	B	A	A	V
Джозамицин	B	A	A	V
Сальбутамол	B	A	A	V
Натрия хлорид	B	B	C	V
Лизиноприл	B	A	B	V
Ампициллин	B	B	-	V

Амиодарон	В	В	В	В
Амлодипин	В	В	В	В
Доксициклин	В	-	-	Е
Цитиризин	В	В	В	Е
Карведилол	В	-	-	В
Аминофиллин	В	В	В	В
Эналаприл	В	В	В	В
Рифампицин	В	В	В	В
Калий хлор	С	В	В	В
Кеторолак	С	В	В	В
Инсулин изофан	С	В	В	В
Триамциалон	С	-	-	В
Азоксимера бромид	С	В	В	В
Фамотидин	С	В	А	Е
Гидрохлортиазид	С	В	-	В
Линкомицин	С	В	-	Е
Аминокапроновая кислота	С	В	В	В
Железа сульфат	С	А	А	Е
Этамзилат	С	В	В	В
Фуросемид	С	В	В	В
Дифенингидрамин	С	С	С	Е
Магния сульфат	С	В	В	Е
Прокаин	С	С	С	Е
Дротаверин	С	С	С	Е
Цефазолин	С	С	С	В
Омепразол	С	В	В	Е
Декстроза	С	-	С	В
Изосорбида динитрат	С	С	-	В
Метоклопромид	С	С	С	Н
Канамицин	С	-	-	Н
Метформин	С	-	-	В
Фенилэфрин	С	С	С	В
Нифедипин	С	-	С	В
Йод	С	-	С	Н
Лидокаин	С	С	С	Е
Индапамид	С	С	В	В
Ацетилсалициловая кислота	С	С	С	Е

Каптоприл	С	-	-	V
Фенотерол	А	А	А	Е
Бактисубтил	В	В	А	Е
Лизатов бактерий смесь	В	В	В	Е

Заключение

Таким образом, в представленной работе оценена обоснованность медикаментозной поддержки страдающих ХОБЛ за три предшествующих года (2009-2011). В ходе анализа выделены медикаменты, пользующиеся наибольшим спросом при выписке; определены основные факторы, препятствующие более эффективной реализации системы, что в перспективе позволит провести оптимизацию ЛС.

Результаты ABC/VEN-анализа, проведенного в ГБУЗ АО АОКБ, свидетельствуют о преимущественном расходовании средств на приобретение второстепенных лекарственных средств, что связано с поздним обращением и направлением больных из амбулаторно-поликлинических учреждений и неизбежным присоединением сопутствующей патологии на фоне ХОБЛ.

Проведенный ABC и VEN-анализ показали фармакоэкономическую обоснованность выбора и назначения медицинских препаратов у больных ХОБЛ. Данный индикатор указывает на квалифицированный подход врачей к лечению пульмонологическим заболеваниям не зависимо от позднего обращения населения за медицинской помощью и утяжеления основного заболевания.

Список используемой литературы

1. Оценка потребления лекарственных средств для лечения хронической обструктивной болезни легких в системе льготного лекарственного обеспечения населения. И.Г. Комиссинская, А.А. Степченко, Е.В. Рыжова. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2009; N1: с.32-38.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Чучалин А.Г. 2014; с. 41.
3. Методы проведения фармакоэкономических исследований. http://knowledge.allbest.ru/medicine/3c0b65625b3ac68a5d53b88521316c36_0.html
4. Методы проведения фармакоэкономических исследований. Реферат. <http://bibliofond.ru>
5. Фармакоэкономика. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Фармакоэкономика>.

Проблемы продвижения платных медицинских услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях в городе Рязани

Ю.А. Паничков студент магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ,
juric450049@yandex.ru

Актуальность и проблема исследования. Актуальность темы объясняется изменившимся законодательством в сфере здравоохранения в Российской Федерации. Теперь государственные учреждения здравоохранения наряду с частными больницами могут оказывать платные медицинские услуги, но из-за отсутствия опыта государственные медицинские учреждения не знают, как использовать эту возможность надлежащим образом. Этот факт делает государственные больницы менее конкурентоспособными в продвижении своих услуг на рынке по сравнению с частными медицинскими учреждениями.

Цель данной работы заключается в изучении как продвигать платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- Рассмотреть механизм продвижения платных медицинских услуг в государственных ЛПУ (на примере Рязанской области)
- Выявить текущие проблемы в предоставлении ГЛПУ Рязанской области платных медицинских услуг
- Выработать рекомендации по решению имеющихся проблем у ГЛПУ

Информационно-эмпирическая база исследования

Результаты авторского маркетингового исследования:

- 16 глубинных экспертных интервью главными врачами государственных лечебно-профилактических учреждений города Рязани
- Экспертное интервью директора по маркетингу сети клиник Global beauty Виктора Бухташвили
- Материалы V международной конференции «Частное здравоохранение: состояние и перспективы развития – 2014»
- Федеральное и региональное законодательство в сфере оказания платных медицинских услуг

Результаты исследования

Платные медицинские услуги в государственных лечебно-профилактических учреждениях получили широкое распространение благодаря изменениям в действующем законодательстве.

С целью получения реальной картины в этой нише предпринимательской деятельности Рязанской области проведено анкетирование руководителей ведущих ЛПУ, а также анализ действующего законодательства.

Тариф на платные медицинские услуги в Рязанской области формируется согласно Постановлению Министерства здравоохранения Рязанской области от 12 января 2011 г. N 2 "О порядке определения платы за выполненные работы, оказанные услуги для граждан и юридических лиц, предоставляемые бюджетным учреждением Рязанской области на платной основе". Сам тариф имеет следующий вид⁶:

	Наименование статей затрат	Сумма (руб.)
1.	Затраты на оплату труда основного персонала (прил. N 2 к Порядку)	
2.	Затраты материальных запасов (прил. N 3 к Порядку)	
3.	Сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании платной услуги (работы) (прил. N 4 к Порядку)	
4.	Накладные затраты, относимые на платную услугу (работу) (прил. N 5 к Порядку)	
5.	Итого затрат (50)= (1)+(2)+(3)+(4)	
	Цена на платную услугу	

По результатам анкетирования установлено, что платные медицинские услуги предоставляются всеми государственными ЛПУ. Перечни платных услуг соответствуют перечням бесплатных услуг, оказываемых в лечебных учреждениях на основании действующих лицензий на осуществление основных видов медицинской деятельности. Наибольшим спросом пользуются такие услуги, как:

- клиническая лабораторная диагностика;
- функциональная диагностика;
- ультразвуковые исследования;
- рентгенология;
- консультации врачей-специалистов;
- амбулаторное и стационарное лечение;
- физиотерапевтическое лечение;

⁶ Постановление Министерства здравоохранения Рязанской области от 12 января 2011 г. N 2 "О порядке определения платы за выполненные работы, оказанные услуги для граждан и юридических лиц, предоставляемые бюджетным учреждением Рязанской области на платной основе"

- офтальмология;
- массаж;
- восстановительное лечение;
- суточный мониторинг работы сердца;
- вакцинация;
- медосмотры;
- зубопротезирование;
- лечебная стоматология и т.д.

С целью повышения комфортности пребывания пациентов в стационарах предоставляются и дополнительные немедицинские услуги (платные палаты повышенной комфортности, услуги общественного питания (столовые, буфеты) и т.д).

Для развития платных услуг первоначально заявлялся полный перечень медицинских услуг, оказываемых учреждением. В процессе практической деятельности из числа видов деятельности, осуществляемых ЛПУ, выделяются те, на которые существует устойчивый спрос, и создаются очереди. Виды услуг, не пользующиеся спросом, постепенно исключаются из числа платных. К таким услугам относятся направленные на профилактику и лечение не распространенных заболеваний и устаревающие, которые с появлением новой техники теряют актуальность и заменяются современной высокотехнологичной помощью.

Таким образом, предоставление платных услуг ориентировано на целевой рынок – полное удовлетворение потребностей пациентов с учетом тенденций совершенствования способов и методов диагностики и лечения.

Решение о выборе перечня услуг принимается коллегиально администрациями лечебных учреждений совместно с руководителями структурных подразделений. При принятии таких решений учитываются многие факторы, такие как:

- спрос и актуальность, как уже говорилось выше;
- место расположения;
- демографическая характеристика контингента;
- пожелания населения;
- финансовые возможности пациентов;
- наличие в шаговой доступности частных клиник со схожим ассортиментом услуг.

и т.д.

Вместе с тем отмечается, что население отдает большее предпочтение по получению одноименных услуг государственным ЛПУ, чем частным. Это обосновывается тем, что у населения государственная медицина считается более надежной и стабильной

(имидж госучреждений выше частных). Персонал госучреждений имеет большой опыт работы и соответствующую высокую квалификацию.

Ещё один немаловажный фактор - это стоимость оказания услуг, которая в государственном секторе ниже, чем в частном, а качество их предоставления выше за счет хорошей клинической базы и уровня квалификации специалистов.

Кроме того, большая часть пациентов, после посещения частной медицины обращаются в государственные ЛПУ вследствие того, что должного результата в лечении достигнуто не было.

В оказании платных услуг заинтересованы:

- руководство ЛПУ (появляется дополнительный источник финансирования);
- персонал учреждений (появляется возможность получения более высоких доходов);
- население (у платежеспособной части населения появляется возможность получать медицинские услуги, пользующиеся высоким спросом, без лишней потери времени с сохранением качества их предоставления).

Несмотря на то, что население активно пользуется платными услугами на базе госучреждений, реакция на развитие данного сектора неоднозначная. Например, малоимущие слои, в числе которых в основном пенсионеры - приверженцы бесплатных услуг.

В зависимости от профиля лечебного учреждения объем платных услуг в их общем обороте составляет в среднем от 1% до 8%.

Все лечебные учреждения в настоящее время имеют в сети интернет официальные сайты, которые и являются основным источником информирования населения о деятельности учреждений. Однако зачастую на сайте невозможно быстро найти всю интересующую информацию.

Во всех ЛПУ оборудованы информационные стенды потребителя – это является основным источником информации для пациентов, так как в большей степени о платных услугах они узнают непосредственно в медицинском учреждении.

На телевидении и в СМИ присутствует реклама выбранных медицинских учреждений. Однако, и тут есть свои ограничения. По словам главных врачей, как только присутствие рекламы платных услуг в том или ином государственном медицинском учреждении становится слишком большим, региональное Министерство «напоминает» руководителя ЛПУ о том, что они в первую очередь государственные, а значит – бесплатные.

Другим немаловажным фактором в продвижении являются неформальные сети («сарафанное радио»), где информация передается непосредственно из уст в уста от пациентов прошедших лечение к потенциальным получателям услуг, что зачастую и определяет выбор лечебного учреждения.

Организация предоставления медицинскими учреждениями платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 и с учетом требований N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Минздрав региона ежегодно согласовывает тарифы для каждой платной услуги и утверждает их своим приказом.

На вопрос о проблемах опрошенные руководители практически единогласно заявили, что еще много нерешенных проблем, начиная с несовершенства действующего законодательства и заканчивая злоупотреблениями непосредственно на местах, когда с целью получения большей выгоды пытаются подменять бесплатную, оказываемую в рамках ОМС, помощь платными услугами, а также слабая информационная политика (внешняя реклама практически отсутствует).

Основными негативными факторами, тормозящими развитие платных услуг в государственном секторе здравоохранения, по мнению администраций лечебных учреждений, являются ограничения, вводимые на региональном уровне в отношении размера тарифов на платные услуги и среднего уровня заработной платы медицинского персонала.

Данный факт ещё раз подтверждает несовершенство нормативной правовой базы, где к основным проблемам можно отнести:

- недостаточную проработанность, утвержденных на федеральном уровне, методических пособий по организации платных медицинских услуг в государственных ЛПУ, предусматривающих в т.ч. правила сосуществования платных и бесплатных медицинских услуг в одном лечебном учреждении, организацию использования оборудования и работу медперсонала для оказания платных услуг;

- отсутствие совершенной методики тарифного регулирования, позволяющей на уровне руководства ЛПУ, вести гибкую политику при формировании тарифов, учитывая и состояние экономики и платежеспособность населения (т.е. учитывать инфляцию, закладывать разумную рентабельность, обеспечивать необходимый уровень доступности платных услуг и т.д.);

- отсутствие четкого разделения полномочий федерального и регионального уровней власти.

Проведенное исследование показало, что существующая нормативная правовая база позволяет неоднозначно трактовать отдельные нормы и правила, вследствие чего, в отдельных случаях возникает возможность для:

- необоснованного роста объемов платных медицинских услуг в ущерб бесплатным услугам, предоставляемым в рамках ОМС;
- некорректного использования материально-технической базы для оказания медицинских услуг на платной основе;
- совмещение приема пациентов в рамках реализации программы ОМС и платно;

Несовершенство тарифного регулирования и ограничения по объему заработной платы вызывают нежелание многих врачей оказывать платные услуги, что естественно вызывает дефицит специалистов. Кроме того ограничено в своих возможностях и руководство ЛПУ (невозможно сформировать дополнительные средства на расширение и ремонт площадей, предназначенных для обеспечения лечебного процесса, приобретение нового оборудования для независимого развития платных услуг, достойного денежного стимулирования персонала).

Кроме перечисленного выше, к проблемам можно отнести и отсутствие системы подготовки кадров как руководящих, так и исполнительных (профильных специалистов) для оказания платных услуг, а также отсутствие полноценного мониторинга степени удовлетворенности населения платными медицинскими услугами.

Полученные результаты исследования говорят о необходимости более детального изучения этой ниши предпринимательской деятельности, совершенствовании её нормативного правового регулирования и минимизации возможностей для принятия незрелых управленческих решений и ущемления медицинских услуг, предоставляемых в ЛПУ без взимания платы.

Перспективы развития

В любой отрасли важны дальнейшие перспективы её развития. Поэтому главным врачам медицинских учреждений был также задан вопрос о будущем платных медицинских услуг. Сразу же стоит отметить, что среди множества ответов прослеживались четкие видения дальнейшего развития рынка государственных платных медицинских услуг.

В первую очередь отмечалась необходимость минимизации всех перечисленных выше проблемных моментов и предоставлении больше самостоятельности медицинским учреждениям и их администрациям в организации платных услуг, в вопросах внедрения новых видов услуг, в определении ценовой политики.

В бюджетном учреждении репутация и профиль самого ЛПУ имеет ключевое значение. В связи с этим, в перспективе развития отпадает необходимость продвигать непрофильные или невостребованные направления, так как они зачастую представлены в других центрах.

Необходимо сосредоточить усилия на тех видах услуг, которые сейчас приносят наибольший доход в данном конкретном учреждении, а также производить расширение перечня оказываемых услуг путем частичных изменений алгоритма оказания самой услуги. (Например: просто ФГС, ФГС с анестезией, ФГС с биопсией, ФГС с определением хеликобактер и пр.) Данный подход потребует наименьших затрат при максимальной отдаче.

Также следует отметить, что большинство опрошенных руководителей ставят повышение качества оказанных услуг как главную перспективу развития. Качество, и спектр услуг – основные составляющие, над ними и надо работать, то есть усовершенствование технологий имеющихся услуг и внедрение новых методик, нового оборудования, для получения быстрых и надежных результатов

Развитие также невозможно без создания положительного имиджа медицинской организации. Современные реалии требуют организации отделения платных услуг с выделением специалистов и времени для приема. Данный путь развития создаст достойную материальную заинтересованность медицинского персонала в предоставлении платных медицинских услуг. В условиях недофинансирования здравоохранения и не полностью удовлетворенной потребности населения в медицинской помощи, платные услуги в государственных учреждениях могут осуществляться.

Список используемой литературы

1. Постановление Министерства здравоохранения Рязанской области от 12 января 2011 г. N 2 "О порядке определения платы за выполненные работы, оказанные услуги для граждан и юридических лиц, предоставляемые бюджетным учреждением Рязанской области на платной основе
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006 г. Москва "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".
3. Федеральный Закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Разработка отечественных инновационных медицинских препаратов в условиях импортозамещения.

Белик Ю.Е., студентка магистерской программы УиЭЗ НИУ ВШЭ

Развитие передовых технологий всегда являлось приоритетным для нашей страны, в последнее время особый акцент делается на фармацевтический сектор. Уровень отечественных инновационных разработок в фармацевтической сфере остается крайне низким. Проблема низкого уровня развития отечественных инноваций в медицине становится особенно актуальной в условиях экономического кризиса и применения санкционных мер по отношению к России. Разработка, производство и обеспечение собственными инновационными препаратами высокого качества и эффективности должны повысить социально-экономическую безопасность населения и снизить зависимость государства от дорогостоящего импорта.

Вопрос развития инноваций в российской фармацевтике является мало изученным, информационное поле крайне разрознено. Преимущественно данный вопрос рассматривается в периодических отраслевых изданиях, а так же обсуждается на отраслевых форумах. При этом диалог между представителями фармацевтического бизнеса и государством практически отсутствует. При создании правовой базы, регулирующей рынок, обратная связь от представителей отрасли не учитывается, либо поступает уже после принятия норм. Несогласованность действий, дублирование существующих процессов, некачественный анализ и плохо работающая система приводят к серьезным социально экономическим последствиям, связанным с лекарственным обеспечением общества.

Около 60% препаратов на российском рынке производится в России, однако их денежный эквивалент составляет лишь 20% от общей рыночной стоимости. Это говорит о низкой конкурентоспособности отечественных препаратов, что ставит страну в зависимое положение от поставок необходимых лекарственных средств. Данная зависимость приводит к недостаточному лекарственному покрытию и доступу населения к лечению. Из-за высоких цен на оригинальные препараты объемы закупок ограничены, возникают риски перебоя поставок и снабжения пациентов в связи со сложностью системы государственных закупок, появляются ценовые манипуляции крупных дистрибьюторов, недоступность качественных лекарственных средств в розничном сегменте по причине высокой цены, низкое качество воспроизведенных препаратов по причине отсутствия регулирования и необходимого финансирования. С экономической точки зрения нехватка

лекарств приводит к снижению экономической активности населения, увеличению нетрудоспособного населения, граждан на государственном обеспечении, нагрузки по социальным выплатам и, как следствие, снижению темпов экономического роста страны.

Основными причинами низких темпов развития отечественных фармацевтических инноваций являются:

- низкий уровень инвестиций (российские компании тратят не более 5% своего дохода на НИОКР, в то время как зарубежные компании тратят порядка 15%);
- несоответствие международным стандартам GMP (что исключает возможность экспорта и необходимую загрузку производства для поддержания рентабельности);
- ориентация рынка на производство дженериков (воспроизведенных препаратов);
- отсутствие весомых стимулов к осуществлению НИОКР (отсутствие налоговых льгот, недоступность кредитов, отсутствие регуляторных преимуществ);
- длительный период возврата инвестиционных средств, непривлекательность для частных инвесторов;
- короткий патентный период после вывода препарата на рынок;
- слишком частое изменение законодательства;
- конкуренция с мировыми фармацевтическими «гигантами».

Какие же есть пути решения данной проблемы? На данный момент существует множество точек зрения относительно способов увеличения отечественных разработок, а также привлечения не только государственных ресурсов, но и частного сектора. Два основных направления:

- увеличение всевозможных преференций для отечественных производителей-разработчиков;
- снижение доступа на фармацевтический рынок зарубежных компаний.

Данные подходы в настоящий момент в той или иной мере реализуются государством. Наиболее известным государственным инструментом влияния на развитие фармацевтической отрасли является программа «Фарма 2020». В ней поставлены задачи по увеличению обеспечения граждан качественными препаратами, повышение конкурентоспособности отечественных препаратов, стимулирование разработок, выравнивание условий доступа для всех игроков рынка, модернизация производственных

комплексов и улучшение подготовки специалистов. При условии качественной реализации данной стратегии ключевые проблемы фармацевтической отрасли могут быть решены. Однако на данный момент мы наблюдаем нескоординированное выполнение отдельных задач.

Задача обеспечения населения необходимыми лекарствами решается путем «быстрой прописки» иностранных препаратов на отечественных производственных площадках, причем подавляющее большинство ограничивается локализацией вторичной упаковки и выходной проверкой качества, что по сути не дает технологического развития нашему производству. С другой стороны усилия государства направлены на воспроизводство стратегических препаратов, т.е. разработку и продвижение дженериков. Создан список из 57 стратегических МНН, для которых был выделен бюджет в 20 млрд. рублей. При этом 15 МНН из данного списка уже имеют полный цикл производства в России, без помощи государства, а 23 МНН локализованы на контрактных площадках. Таким образом, мы копируем индийский путь развития, делая наибольший упор на разработку, развитие и производство воспроизведенных препаратов, которые при этом не дают своего главного эффекта - снижения цены. Многие дистрибьюторы перестают выставлять на торги оригинальные препараты и выходят с дженериками, выигрывая тендеры без борьбы по ценам выше оригинальных препаратов.

Такой подход к стратегическому развитию фармацевтического сектора подчеркивает необходимость применения комплексных мер. Формирование подходов в разных направлениях: государственные программы, государственно-частное партнерство, развитие науки, образования, предоставления медицинских услуг населению. Крайне важно при реализации стратегии или отдельных решений проверять их на логичность и действительно проверять ход выполнения, чтобы дженерики продавались по более низким ценам и делали лечение доступнее. Грамотно разрабатывать программы финансирования и направлять средства на необходимые и исключительные разработки. Формировать в обществе и секторе готовность к инновациям, проводить повышение квалификации врачей, улучшать доступ к данным о последних разработках.

В заключение необходимо сказать, что данная тема является мало изученной, результаты дальнейших исследований и рекомендации могут иметь большое социальное, экономическое и демографическое влияние на российское общество в целом, и доступ к передовому и качественному лечению, в частности.

Список используемой литературы

1. Федеральный закон от 12.04.2010 №61 «Об обращении лекарственных средств».
2. Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года от 23.10.2009 №956, - электронный ресурс <http://www.pharma2020.ru>
3. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период, - электронный ресурс <http://www.rosminzdrav.ru/>
4. Мониторинг фармацевтического рынка – ЗАО «Группа ДСМ», - электронный ресурс <http://www.dsm.ru>