

**18+**

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

С 1995 г. журнал является членом Европейской ассоциации научных редакторов (EASE).

[www.journal-nriph.ru](http://www.journal-nriph.ru)  
[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

**Зав. редакцией**

*Щеглова Татьяна Даниловна*  
Тел.: +7 (495) 916-29-60  
E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

Почтовый адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

Все права защищены.

Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Цена свободная.

**Подписка:**

через интернет:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

на электронную версию:  
[elibrary.ru](http://elibrary.ru)

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. 2023. Т. 31. Спецвыпуск. 681—932.



Издатель:  
Акционерное общество  
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 27.06.2023.

Подписано в печать 04.09.2023.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.  
Печ. л. 31.5. Усл. печ. л. 30,8. Уч.-изд. л. 38,19.

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии», 109316, Москва, Волгоградский просп., д. 42, кор. 5.

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

Специальный выпуск 1

Том 31

2023

**Главный редактор:**

**ХАБРИЕВ Рамил Усманович** — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (Москва, Россия)

**Заместители главного редактора:**

**ЩЕПИН Владимир Олегович** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СОН Ирина Михайловна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АНАНЧЕНКОВА Полина Игоревна** — кандидат экономических наук, кандидат социологических наук, доцент (Москва, Россия)

**Ответственный секретарь:**

**НЕЧАЕВ Василий Сергеевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**АЛЕКСАНДРОВА Оксана Юрьевна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АЛЬБИЦКИЙ Валерий Юрьевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АНДРЕЕВА Маргарита Дарчоевна** — доктор медицинских наук, доцент (Краснодар, Россия)

**ВЕНДТ Сара** — PhD, профессор (Флиндерс, Австралия)

**ВИШЛЕНКОВА Елена Анатольевна** — доктор исторических наук, профессор (Москва, Россия)

**ГАЙДАРОВ Гайдар Мамедович** — доктор медицинских наук, профессор (Иркутск, Россия)

**ЕЛЮТИНА Марина Эдуардовна** — доктор социологических наук, профессор (Саратов, Россия)

**ЗУДИН Александр Борисович** — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

**КАКОРИНА Екатерина Петровна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЛИНДЕНБРАТЕН Александр Леонидович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**МЕДИК Валерий Алексеевич** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Новгород, Россия)

**ПАШКОВ Константин Анатольевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**РЕННЕР Андреас** — PhD, профессор (Мюнхен, Германия)

**СЕМЕНОВ Владимир Юрьевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СОЗИНОВ Алексей Станиславович** — доктор медицинских наук, профессор (Казань, Россия)

**СОРОКИНА Татьяна Сергеевна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СТАРДУБОВ Владимир Иванович** — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ХАЛЬФИН Руслан Альбертович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЧЕБОТАРЕВА Юлия Юрьевна** — доктор медицинских наук, доцент (Ростов-на-Дону, Россия)

**ЧИЧЕРИН Леонид Петрович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ШЛЯФЕР София Исааковна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЭКЛОФ Артур Бенуа** — PhD, профессор (Блумингтон, США)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

**АМОНОВА Дильбар Субхоновна** — доктор экономических наук, доцент (Душанбе, Республика Таджикистан)

**БЕРСЕНЕВА Евгения Александровна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ВИШНЯКОВ Николай Иванович** — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

**ВОЛКОВА Ольга Александровна** — доктор социологических наук, профессор (Белгород, Россия)

**ГЕРАСИМЕНКО Николай Федорович** — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ГУЛЗОДА Махмадшоҳ Курбонали** — доктор медицинских наук, профессор (Республика Таджикистан)

**ГУНДАРОВ Игорь Алексеевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ДЖУМАЛИЕВА Гульмира Артыкбаевна** — доктор медицинских наук, профессор (Бишкек, Кыргызстан)

**ЗИНЧЕНКО Реза Абульфазовна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЗУБОК Юлия Альбертовна** — доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

**КАСЫМОВА Гульнара Пазылбековна** — доктор медицинских наук, профессор (Алматы, Казахстан)

**ПОЛУНИНА Наталья Валентиновна** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ПОЛЯНИН Андрей Витальевич** — доктор экономических наук, профессор (Орел, Россия)

**РЕШЕТИНОВ Андрей Вениаминович** — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

**САЛАКС Юрис** — доктор медицинских наук, профессор (Рига, Латвия)

N. A. Semashko National  
Research Institute of Public Health

The Central Research Institute for Health  
Organization and Informatics of  
Minzdrav of Russia

Founded in 1993.

Since 1995 the journal is a member of the  
European Association of Science Editors.

Journal is indexed in: Chemical Abstracts;  
Current Digest of the Russian Press;  
EBSCOhost Family&Society Studies  
Worldwide; EBSCOhost INDEX;  
EBSCOhost SocINDEX with Full Text;  
Elsevier BV Scopus; Experta Medica  
Abstract Journals; Index Medicus; Index to  
Dental Literature; International Nursing  
Index; National Library of Medicine  
PubMed, OCLC Russian Academy of  
Sciences Bibliographies.

[www.nrph.ru](http://www.nrph.ru)

**Managing editor**

*Scheglova T. D.*

Tel.: +7 (495) 916-29-60

E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

Address: 12 Vorontsovo Pole str., Moscow,  
105064, Russia

Subscription via the Internet:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

Subscription to the electronic version of the  
journal: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

# PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

(Problems of social hygiene, public health  
and history of medicine, Russian journal)

The bimonthly theoretical and practical journal

Special Issue 1

Volume 31

2023

**Editor-in-Chief:**

**HABRIEV R. U.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Deputy Editor-in-Chief:**

**SCHEPIN V. O.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**SON I. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ZATRAVKIN S. N.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ANANCHENKOVA P. I.** — PhD, assistant prof.

**Executive secretary:**

**NECHAEV V. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL BOARD:**

**ALEKSANDROVA O. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ALBICKY V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ANDREEVA M. D.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**Artur Benout EKLOF** — PhD, prof.

**ELYUTINA M. E.** — PhD, DSc, prof.

**GAIDAROV G. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ZUDIN A. B.** — MD, PhD, DSc.

**KAKORINA Ye. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**LINDENBRATEN A. L.** — MD, PhD, DSc, prof.

**MEDIK V. A.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**PASHKOV K. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SEMENOV V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOZINOV A. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOROKINA T. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**STARODUBOV V. I.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**HALFIN R. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**CHEBOTAREVA Yu. Yu.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**CHICHERIN L. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Andreas RENNER** — PhD, Habilitation, prof.

**SHLIAFER S. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Sarah WENDT** — PhD, prof.

**VISHLENKOVA E. A.** — PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL COUNCIL:**

**Amonova D. S.** — PhD, DSc, assistant prof.

**Berseneva E. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Vishniakov N. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Volkova O. A.** — PhD, DSc, prof.

**Gerasimenko N. F.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Gulzoda M. K.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Gundarov I. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Dzumalieva G. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Zinchenko R. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Zubok Yu. A.** — PhD, DSc, prof.

**Kasimova G. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Polunina N. V.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Polanin A. V.** — PhD, DSc, prof.

**Reshetnikov A. V.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Salaks Yu. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENTS

### История и социология здравоохранения и медицины

- Борисов А. Б., Боровков С. Е., Тищенко Р. В., Тарасова Л. В.* Социальная роль межпоколенческого спорта: формирование норм, гражданственности и ценности здорового образа жизни ..... 686
- Василенко Е. И., Воскобойникова А. П., Полонский А. В., Короченский А. П.* Медицинский дискурс как социальная деятельность: становление, приоритеты, динамика (на материале российского научно-популярного журнала «Здоровье») ..... 691
- Волошина И. Г., Королева К. Ю., Ельников Г. А., Свищева И. К.* Добровольческая деятельность как ресурс укрепления психического здоровья пожилых людей ..... 696
- Горский А. А.* Медицинская благотворительность: участие НКО в сфере медицинских научных исследований ..... 701
- Губачев Н. Н., Титов В. Н., Усачева А. С.* К вопросу о содержании понятия «профессионализм» применительно к работникам сферы медицины и здравоохранения ..... 706
- Игнатьев В. Г., Затравкин С. Н.* Государственная модернизация «старого» фармбизнеса (2008—2011). Сообщение 1: Угрозы и безопасность ..... 711
- Игнатьев В. Г., Затравкин С. Н.* Государственная модернизация «старого» фармбизнеса (2008—2011). Сообщение 2: Фармбудущность и биобезопасность ..... 717
- Казарян О. В., Мишина Е. Ю., Соболева О. С., Уманская М. Б.* Символизм белого халата в медицинской профессии ... 725
- Каменова Т. Н., Ткаченко П. В., Кунилова К. Д., Белоусова Н. И., Кеня П. А.3, Тарасова Ю. Ю., Надуткина И. Э.* Здоровье иностранных студентов — представителей диаспор как социальная проблема ..... 728
- Климов Ю. А., Гурицкой Л. Д., Сточик А. А., Карпова Е. Г.* О необходимости обучения медицинских специалистов работе в условиях внедрения дистанционных технологий ..... 733
- Ковальчук О. В., Шаповалова И. С., Назаров С. Р.* Паспортизация родителей детей-инвалидов как аналитический ресурс социальной политики ..... 738
- Курочкина М. Н., Абесалашвили М. З., Багова Л. Л.* Психолого-педагогические основы общеобразовательного процесса в медицинском учебном заведении ..... 747
- Надуткина И. Е., Ельников Г. А., Коришунов А. М., Котовская М. Г.* Социальная репрезентация лиц с ограниченными возможностями здоровья в маркетинговой и рекламной практике ..... 752
- Пенской В. В., Борисов С. Н., Липич Т. И., Липич В. В., Борисова О. С.* Polizeistaat и полиция против моровых поветрий: российские власть и закон в борьбе с угрозой эпидемий в 1-й трети XVIII в. .... 756
- Поленова М. Е., Лазуренко Н. В., Подпоринова Н. Н., Королева К. Ю.* Матримониальное поведение студенческой молодежи в контексте изучения социального здоровья (гендерный аспект) ..... 765
- Шаповалова И. С., Хашаева С. В., Чернышева Е. А., Благорожова Ж. О., Валиева И. С.* Трудовые стратегии выпускников медицинских образовательных учреждений: прогнозируемые риски медицинской отрасли ..... 774

### Экономические, управленческие и правовые аспекты здравоохранения и медицины

- Абесалашвили М. З., Хлебникова А. А., Багова И. Р.* Предпринимательство и интрапренерство в общественном здравоохранении: теоретический обзор ..... 784
- Ананченко П. И.* Проблема рисков в медицинском туризме (обзор литературы) ..... 789
- Введенский А. И., Мореева Е. В., Надуткина И. Э., Бельх Т. В.* Роль работодателей в обеспечении условий труда, способствующих здоровью медицинских работников ..... 794
- Головань Т. В.* Обеспечение защиты жизни и здоровья должностных лиц таможенных органов от вредного воздействия радиационных материалов ..... 798
- Захарова Е. Н., Богданова О. А., Рыковская О. О.* Управление капиталом здоровья населения как важнейший приоритет региональной социально-демографической политики ..... 806

### History and sociology of health care and medicine

- Borisov A. B., Borovkov S. E., Tishchenko R. V., Tarasova L. V.* The social role of intergenerational sports: the formation of norms, citizenship and the value of a healthy lifestyle ..... 686
- Vasilenko E. I., Voskoboynikova A. P., Polonskiy A. V., Korochenskiy A. P.* Medical discourse as a social activity: formation, priorities, dynamics (based on the material of the Russian popular science magazine «Zdorovie») ..... 691
- Voloshina I. G., Koroleva K. Yu., Elnikova G. A., Svishcheva I. K.* Volunteering as a resource for strengthening the mental health of the elderly ..... 696
- Gorskiy A. A.* Medical charity: participation of non-profit organizations in the field of medical scientific research ..... 701
- Gubachev N. N., Titov V. N., Usacheva A. S.* On the question of the content of the concept of «professionalism» in relation to workers in the field of medicine and healthcare ..... 706
- Ignatiev V. G., Zatravkin S. N.* Government modernisation of the 'old' pharmaceutical business (2008—2011). Report 1. Threats and security ..... 711
- Ignatiev V. G., Zatravkin S. N.* Government modernisation of the 'old' pharmaceutical business (2008—2011). Report 2. Pharmaceutical future and biosafety ..... 717
- Kazaryan O. V., Mishina E. Yu., Soboleva O. S., Umanskaya M. B.* Symbolism of the white coat in the medical profession ..... 725
- Kameneva T. N., Tkachenko P. V., Kunilova K. D., Belousova N. I., Kenya P. A., Tarasova Yu. Yu., Nadutkina I. E.* Health of foreign students — representatives of diasporas as a social problem ..... 728
- Klimov Yu. A., Gurtskoy L. D., Stochik A. A., Karpova E. G.* On the need to train medical specialists to work in the conditions of the introduction of remote technologies ..... 733
- Kovalchuk O. V., Shapovalova I. S., Nazarov S. R.* Passporting of parents of disabled children as an analytical resource of social policy ..... 738
- Kurochkiina M. N., Abesalashvili M. Z., Bagova L. L.* Psychological and pedagogical foundations of the general educational process in a medical educational institution ..... 747
- Nadutkina I. E., Elnikova G. A., Korshunov A. M., Kotovskaya M. G.* Social representation of persons with disabilities in marketing and advertising practice ..... 752
- Penskoj V. V., Borisov S. N., Lipich T. I., Lipich V. V., Borisova O. S.* Polizeistaat and police against pestilence: Russian authorities and law in the fight against the threat of epidemics in the 1<sup>st</sup> third of the 18<sup>th</sup> century ..... 756
- Polenova M. E., Lazurenko N. V., Podporinova N. N., Koroleva K. Yu.* Matrimonial behavior of student youth in the context of social health studying (gender aspect) ..... 765
- Shapovalova I. S., Khashaeva S. V., Chernysheva E. A., Blagorozheva Zh. O., Valieva I. N.* Labor strategies of graduates of medical educational institutions: predicted risks of the medical industry ..... 774

### Economic, managerial and legal aspects of healthcare and medicine

- Abesalashvili M. Z., Khlebnikova A. A., Bagova I. R.* Entrepreneurship and intrapreneurship in public health: a theoretical review ..... 784
- Ananchenkova P. I.* The problem of risks in medical tourism (literature review) ..... 789
- Vvedenskiy A. I., Moreeva E. V., Nadutkina I. E., Belykh T. V.* The role of employers in ensuring working conditions conducive to the health of medical workers ..... 794
- Golovan' T. V.* Protecting the life and health of customs officials from the harmful impact of radiation materials ..... 798
- Zakharova E. N., Bogdanova O. A., Rykovskaya O. O.* Capital management of public health as the most important priority of regional socio-demographic policy ..... 806

- Новикова Н. В., Нечаева Т. Ю., Аvezова Б. С., Дубровина И. А. Социальные сети как пространство коммуникаций по вопросам здоровья ..... 810
- Novikova N. V., Nechaeva T. Yu., Avezova B. S., Dubrovina I. A. Social networks as a space of communication on health issues
- Погарская А. С. Проблемные аспекты таможенного регулирования импортируемых комплектующих принадлежностей медицинских изделий ..... 813
- Pogarskaya A. S. Problematic aspects of customs regulation of imported components of medical devices
- Сафонов А. Л., Филимонова И. В., Некипелов Д. В., Долженкова Ю. В. Механизмы государственной поддержки реабилитации инвалидов: проблемы и направления их решения ..... 820
- Safonov A. L., Filimonova I. V., Nekipelova D. V., Dolzhenkova Yu. V. Mechanisms of state support for the rehabilitation of disabled people: problems and directions for their solution
- Тишутин А. А. Трансформация предпринимательской деятельности под влиянием пандемии COVID-19 ..... 828
- Tishutin A. A. Transformation of entrepreneurial activity under the influence of the COVID-19 pandemic
- Тутаришчева С. М., Дзыбова С. Г., Цеева С. К. Проблемы привлечения к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг ..... 832
- Tutarishcheva S. M., Dzybova S. G., Tseeva S. K. Problems of bringing to civil and criminal liability for improper provision of medical services
- Вопросы общественного здоровья**
- Public health issues**
- Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н., Исакова Ж. К., Яо Л. М., Карамова К. Х. Особенности состояния здоровья, в том числе физического развития, девушек-подростков, проживающих в условиях средне- и высокогорья Кыргызской Республики ..... 837
- Atambaeva R. M., Mingazova E. N., Isakova J. K., Yao L. M., Karamova K. H. Features of the state of health, including physical development, of adolescent girls living in the middle and high mountains of the Kyrgyz Republic
- Безымянный А. С., Мингазова Э. Н. Организация работы павильонов «Здоровая Москва» в целях проведения профилактических обследований взрослого населения в парковых зонах, скверах и зонах отдыха города Москвы ..... 842
- Bezimyanny A. S., Mingazova E. N. Organization of the work of the «Healthy Moscow» pavilions in order to conduct preventive examinations of the adult population in park areas, squares and recreation areas of the city of Moscow
- Беспятых Ю. А., Каныгин А. П., Ширишников Ф. В., Прусаков К. А., Мингазова Э. Н., Басманов Д. В. Новый подход к эпидемиологическому контролю за распространением инфекционных заболеваний среди населения России ..... 846
- Bespyatykh Yu. A., Kanygin A. P., Khudjadze R. T., Prusakov K. A., Mingazova E. N., Basmanov D. V. A new approach to the epidemiological control of infectious diseases in the Russian population
- Мингазова Э. Н., Бушуева Э. В., Дианова Т. И., Иванова О. Н., Петров А. Г., Мингазов Р. Н. Основные антропометрические показатели физического развития детей и подростков, проживающих на территории Чувашской Республики, в динамике 137 лет ..... 852
- Mingazova E. N., Bushuyeva E. V., Dianova T. I., Ivanova O. N., Petrov A. G., Mingazov R. N. Main anthropometric indicators of children and adolescents living in the Chuvash Republic in the dynamics of 137 years
- Исаenkova Е. А., Сон И. М. Совершенствование характеристик качества медицинских услуг на основе результатов измерения удовлетворенности пациентов и инструментов QFD ..... 857
- Isaenkova E. A., Son I. M. Improvement of quality characteristics of medical services based on patient satisfaction measurement results and QFD tools
- Лебедева А. М., Лебедева У. М., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Сравнительный аспект нормативных (референсных) значений показателей длины и массы тела детей, проживающих в регионе Крайнего Севера (часть 1 — показатели длины тела) ..... 862
- Lebedeva A. M., Lebedeva U. M., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Comparative aspect of normative (reference) values of indicators of length and weight of children living in the region of the Far North (part 1 — body length indicators)
- Лебедева А. М., Лебедева У. М., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Сравнительный аспект нормативных (референсных) значений показателей длины и массы тела детей, проживающих в регионе Крайнего Севера (часть 2 — показатели массы тела) ..... 867
- Lebedeva A. M., Lebedeva U. M., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Comparative aspect of normative (reference) values of indicators of length and weight of children living in the region of the Far North. Part 2. Body weight indicators
- Олейник А. В., Огнев Ю. Н., Мингазова Э. Н. Особенности обращаемости за детской оториноларингологической помощью в условиях повышенных биологических рисков ..... 871
- Oleinik A. V., Ognev Yu. N., Mingazova E. N. Features of the appeal for pediatric otorhinolaryngological care in conditions of increased biological risks
- Мингазова Э. Н., Олейник А. В. Организация детской оториноларингологической помощи в условиях биологических рисков: международный опыт ..... 876
- Mingazova E. N., Oleinik A. V. Organization of children's otorhinolaryngological care in conditions of biological risks: international experience
- Садыkova Р. Н., Плутницкий А. Н., Мингазова Э. Н. Коморбидность розацеа и различных патологических состояний среди населения стран мира, учет при лечебно-профилактических мероприятиях ..... 881
- Sadykova R. N., Plutnitsky A. N., Mingazova E. N. Comorbidity of rosacea and various pathological conditions among the population of the countries of the world, accounting for treatment and preventive measures
- Хомутов В. Е., Колесникова И. В., Мингазова Э. Н., Беспятых Ю. А. Персонализированный подход в диагностике и лечении симптоматической эпилепсии с приступами по типу déjà vu ..... 887
- Khomutov V. E., Kolesnikova I. V., Mingazova E. N., Bespyatykh Yu. A. Personalized approach in the diagnostics and treatment of symptomatic epilepsy with déjà vu seizures
- Организация здравоохранения: зарубежный обзор**
- Health Organization: Foreign Review**
- Зафировва В. Б., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Греции, Испании и Болгарии ..... 892
- Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of the personnel potential of healthcare in Greece, Spain and Bulgaria
- Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Обзор некоторых аспектов функционирования систем здравоохранения и осуществляемых реформ в Китае и Вьетнаме ..... 897
- Amlaev K. R., Mazharov V. N. Review of foreign healthcare systems and ongoing reforms in China and Vietnam



- Дахкильгова Х. Т., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.* Краткая характеристика некоторых аспектов общественного здоровья Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии ..... 903
- Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.* Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии ..... 908
- Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.* Краткая характеристика текущих проблем систем здравоохранения Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии ..... 912
- Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.* Краткая характеристика текущих проблем и осуществляемых реформ систем здравоохранения Греции, Болгарии и Испании ..... 917
- Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.* Краткая характеристика стационарной помощи в ряде европейских стран: Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии ..... 923
- Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.* Краткая характеристика систем здравоохранения Греции, Испании и Болгарии ..... 927
- Amlaev K. R., Mazharov V. N., Dahkilgova Kh. T.* Brief description of some aspects of public health in Austria, Belgium, Germany and Estonia
- Amlaev K. R., Mazharov V. N.* Some aspects of ensuring patients' rights and accessibility of medical care in Austria, Belgium, Germany and Estonia
- Amlaev K. R., Mazharov V. N.* Brief description of the current problems of the health systems of Austria, Belgium, Germany and Estonia
- Amlaev K. R., Mazharov V. N.* Brief description of current problems and ongoing reforms of healthcare systems in Greece, Bulgaria and Spain
- Amlaev K. R., Mazharov V. N.* Brief description of inpatient care in a number of European countries: Austria, Belgium, Germany and Estonia
- Amlaev K. R., Mazharov V. N.* Brief description of the healthcare systems of Greece, Spain and Bulgaria

# История и социология здравоохранения и медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 614.2

Борисов А. Б.<sup>1</sup>, Боровков С. Е.<sup>1</sup>, Тищенко Р. В.<sup>2</sup>, Тарасова Л. В.<sup>3</sup>

## СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ МЕЖПОКОЛЕНЧЕСКОГО СПОРТА: ФОРМИРОВАНИЕ НОРМ, ГРАЖДАНСТВЕННОСТИ И ЦЕННОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, Новороссийск, Россия;

<sup>2</sup>АНО ВО «Белгородский университет кооперации, экономики и права», 308023, Белгород, Россия;

<sup>3</sup>ФГКОУ ВО «Белгородский юридический институт МВД России имени И. Д. Путилина», 308024, Белгород, Россия

*В статье рассматриваются вопросы, отражающие значимость межпоколенческого спорта как института, влияющего на формирование социальных ценностей, гражданской идентичности, здоровьесберегающих установок и пр. В работе определены основные и специфические функции спорта как социального института. На основе авторского социологического исследования представлены результаты, отражающие отношение участников межпоколенческих спортивных групп к отдельным видам социального воздействия, которое оказывают спортивные занятия и мероприятия, проводимые в смешанных разновозрастных группах.*

*Ключевые слова:* спорт; здоровье; социальная роль; идентичность; ценности; межпоколенческие связи; межпоколенческий спорт

**Для цитирования:** Борисов А. Б., Боровков С. Е., Тищенко Р. В., Тарасова Л. В. Социальная роль межпоколенческого спорта: формирование норм, гражданственности и ценности здорового образа жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):686–690. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-686-690>

**Для корреспонденции:** Борисов Александр Борисович; e-mail: alexandr.bori@yandex.ru

Borisov A. B.<sup>1</sup>, Borovkov S. E.<sup>1</sup>, Tishchenko R. V.<sup>2</sup>, Tarasova L. V.<sup>3</sup>

## THE SOCIAL ROLE OF INTERGENERATIONAL SPORTS: THE FORMATION OF NORMS, CITIZENSHIP AND THE VALUE OF A HEALTHY LIFESTYLE

<sup>1</sup>Admiral F. F. Ushakov State Maritime University, 353924, Novorossiysk, Russia;

<sup>2</sup>Belgorod University of Cooperation, Economics and Law, 308023, Belgorod, Russia;

<sup>3</sup>Putilin Belgorod Law Institute of Ministry of the Interior of Russia, 308024, Belgorod, Russia

*The article discusses issues reflecting the importance of intergenerational sports as an institution influencing the formation of social values, civic identity, health-saving attitudes, etc. The paper defines the main and specific functions of sport as a social institution. Based on the author's sociological research, the results are presented reflecting the attitude of participants of intergenerational sports groups to certain types of social impact that sports activities and events held in mixed age groups have.*

*Keywords:* sport; health; social role; identity; values; intergenerational ties; intergenerational sport

**For citation:** Borisov A. B., Borovkov S. E., Tishchenko R. V., Tarasova L. V. The social role of intergenerational sports: the formation of norms, citizenship and the value of a healthy lifestyle. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):686–690 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-686-690>

**For correspondence:** Alexander B. Borisov; e-mail: alexandr.bori@yandex.ru

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

### Введение

Население во всем мире стареет, и вскоре ожидается, что количество людей старше 65 лет превысит численность детей в возрасте до 5 лет [1]. С возрастом люди чаще страдают от ухудшения здоровья, включая хронические заболевания, а отсутствие физической активности вносит значительный вклад в развитие хронических заболеваний [2], поэтому регулярная физическая активность важна для здоровья и качества жизни пожилых людей.

Польза для здоровья от физической активности давно и всесторонне исследована. Для пожилых людей физическая активность может быть полезной для физического, психического и социального здоровья. Опубликованные в научной литературе систематические обзоры физической активности в этой группе населения были сосредоточены на рисках для физического здоровья, связанных с участием в спортивных и физкультурно-оздоровительных мероприятиях, различиях между детерминантами физической активности и физическими упражнениями, соответствии пожилых людей рекомендуемым

уровням участия в физической активности, пользе для здоровья, прочным социальным связям, влиянию физической активности на облегчение депрессии у пожилых людей и пр.

Один из наиболее общепринятых дискурсов, который пропагандируется движением «Спорт во имя развития и мира», изображает спорт как фактор, имеющий огромный потенциал в формировании социальных ценностей и норм, гражданской идентичности, патриотизма и социальной ответственности [3]. Несмотря на то что многие ведущие социологи утверждают, что убежденность в пользе спорта основана на вере, а далеко идущий потенциал, связанный со спортом, сильно переоценивается [4], социальные функции спорта еще до конца не изучены. Несмотря на то, что польза для здоровья от обычной физической активности для пожилых людей была широко изучена, мало исследований о спорте как инструменте социального воздействия, социализации, формирования устойчивых межпоколенческих связей и его иным ролям.

**Цель** настоящей работы — рассмотреть сущность межпоколенческого спорта и его роль в формировании социальных норм и ценностей, гражданской идентичности и иные социальные функции.

### Материалы и методы

Исследование проведено с использованием ряда общенаучных и социологических методов. На первом этапе осуществлен анализ научной литературы по вопросам участия в спортивной деятельности представителей разных возрастных групп.

На втором этапе были отобраны спортивные клубы в населенных пунктах Белгородской области и Краснодарского края, где занимаются группы разных возрастов. Руководителям этих клубов было предложено принять участие в социальном эксперименте по организации спортивных занятий и мероприятий в смешанных, межпоколенческих группах. Эксперимент проводился в течение 16 мес 2021—2022 гг.

На третьем этапе было организовано анкетирование членов смешанных групп, полуструктурированное интервью с некоторыми представителями данных групп и экспертный опрос тренеров и спортивных инструкторов, работающих с данными группами. Респонденты были условно разделены на молодые и взрослые категории. К молодой категории



Рис. 1. Функции спорта.

отнесены подростки в возрасте 10—14 лет (160 человек) и молодежь в возрасте 15—35 лет (120 человек). Во взрослую категорию были отнесены граждане 65 лет и старше (96 человек).

На четвертом этапе произведены обработка полученных данных, обобщение и формулировка выводов.

### Результаты и обсуждение

Общественный спорт определяется как «деятельность человека, способная достичь результата, требующего физических усилий и/или физических навыков, которая по своей природе и организации является соревновательной и общепринятой в качестве вида физической деятельности»<sup>1</sup>.

Польза от физической активности непосредственным образом влияет на здоровье человека. Концепция полезности спорта для здоровья отражена во многих медико-социологических и психолого-педагогических исследованиях, при этом доказательства этой идеи получены как в более молодых возрастных группах (среди детей, подростков), так и среди для пожилых людей, в группах, у которых могут быть разные показатели здоровья. Помимо здо-

<sup>1</sup> Australian Sports Commission, ASC recognition. What is defined as a sport? URL: [http://www.ausport.gov.au/supporting/nso/asc\\_recognition](http://www.ausport.gov.au/supporting/nso/asc_recognition) (дата обращения 10.08.2015).

ровьесберегающей функции, спорт как социальный институт имеет и ряд других (рис. 1).

Несмотря на то что некоторые пожилые люди, занимающиеся спортом, могут иметь многочисленные психосоциальные преимущества, спорт является многогранной концепцией и, как таковой, необходимо учитывать социокультурный контекст участия пожилых людей в спорте. Спорт как вид физической активности в свободное время вызывает все больший академический интерес к исследованиям [5].

Спортом часто занимаются в общественных спортивных клубах, и, учитывая социальную природу клубного спорта, вовлечение пожилых людей в спорт может положительно влиять на их физическое, психическое и социальное здоровье. Клубная система предполагает объединение участников в группы по какому-то основному определяющему признаку: возраст, уровень физической подготовки, группа здоровья и пр. Несмотря на то, что групповые занятия имеют свое расписание, между участниками разных спортивных групп осуществляются разные формы внутри- и межгруппового социального взаимодействия.

Очень часто многие спортивные клубы участвуют в качестве организаторов различных спортивных мероприятий, общественных по своей сути. Как правило, они проводятся при поддержке местных администраций, спонсоров и приурочены к значимым датам: День города, неделя здоровья, День Победы и пр.

Мы предположили, что социальные функции спорта, отделенные от медицинских, наиболее ярко проявляются в рамках межгруппового взаимодействия, в процессе совместного участия представителей разных спортивных групп в спортивных мероприятиях. Таким образом, спортивная активность начинает носить межпоколенческий характер, что дает основание ввести в оборот понятие межпоколенческого спорта как формы совместной физкультурно-оздоровительной соревновательной деятельности, осуществляемой представителями разных возрастных групп в рамках совместных спортивных мероприятий.

Исследование, проведенное авторами, показало, что межпоколенческий спорт имеет хороший социальный потенциал с точки зрения формирования социальных норм и ценностей, воспитания социальной ответственности, формирования гражданской идентичности и патриотизма.

Так, многие респонденты из числа подростков и молодежи отметили, что совместные регулярные занятия и участие в спортивных мероприятиях подростково-молодежно-пенсионных групп способствовало достижению определенных социально-значимых результатов:

1. Формирование дисциплинарной ответственности.

— «Они (пожилые) всегда приходят на занятия, не пропускают, не опаздывают. У них дисциплина на 5+. Поначалу мы часто опаздывали, а

потом стало стыдно, тоже как-то откорректировали себя, стали приходить вовремя» (М, 17 лет).

— «Молодежь дисциплинирует, хочется быть не хуже их. Иногда вроде подустала, думаю, нет, не буду дальше заниматься. А посмотрю на молодых, и такая злость появляется! Нет, я не из тех, кто сдастся! Все устают! Отдохну и еще позанимаюсь!» (Ж, 69 лет).

2. Межпоколенческое социальное взаимодействие.

— «Девочки знали, что я увлеклась вязанием крючком. В раздевалке я как-то ляпнула, что у меня никак не получается один узор, и ко мне подошла NN и предложила свою помощь. На следующее занятие я принесла крючок, нитки и схему. NN показала, где я ошиблась и как надо правильно. Еще она принесла хорошие журналы по вязанию и отдала мотки пряжи. Я до сих пор с ней советуюсь. И вообще, иногда в чем-то помогаю. Иногда она просит лекарства ей купить какие-то» (Ж, 16 лет).

— «Ребята «продвинутые» в телефонах. Я много раз просил кого-то установить мне программу на телефон, или починить там что-то. Никогда не отказывают, объясняют несколько раз. Умные ребята» (М, 74 года).

3. Патриотизм, чувство гордости за принадлежность к народу.

— «У нас был организован полумарафон в честь праздника Победы. Наши «старички» почти все приняли участие. Медленно, но бежали, никто с дистанции не сошел. А как их все поддерживали! Махали флажками, кричали «Слава героям!»! Блин, я почувствовал гордость, что бегу рядом с ними! Они настоящие герои! Это круто, что мы занимаемся вместе и вот так участвуем в соревнованиях вместе. И даже выигрывать не хочется! Можно было притормозить и дать им всем прибежать первыми» (М, 16 лет).

— «В нашем клубе часто проводят какие-то веселые старты, забеги, волейбольные соревнования и пр. Все чаще в них участвуют молодежь и пенсионеры рука об руку, в одних командах. Это замечательно! Однажды я слышал, как после соревнований один пацан сказал другому: «Ты на наших стариканов не гони! Они настоящие! Ну и что, что они старые, зато голова у них молодая и умная, у них учиться надо. Это они — наши люди, а не шушара, типа тебя». Грубо, конечно, но мне было приятно, что юноша дал такую характеристику нашему поколению» (М, 69 лет).

4. Формирование гражданской идентичности.

— «На День полиции к нам в клуб пришли пенсионеры — бывшие милиционеры. У них были организованы какие-то соревнования. Нас позвали быть зрителями. Они такие молодцы! Сильные, ловкие. И не скажешь, что пенсионеры! Мы болели за них по-настоящему! А на

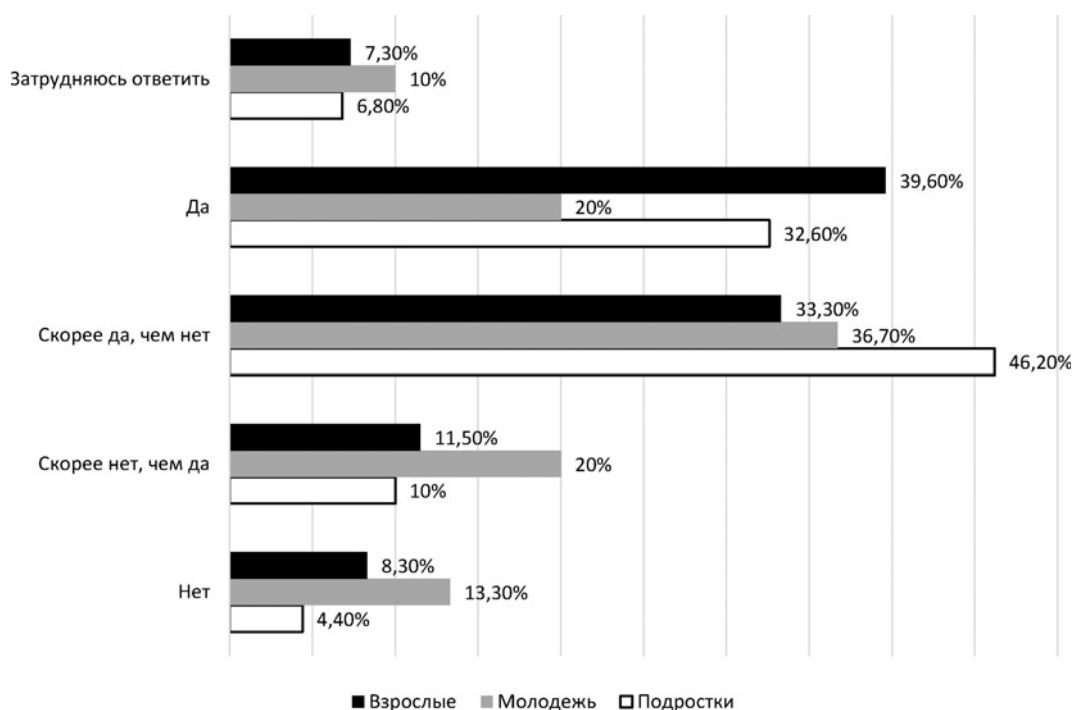


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Вам понравилось заниматься в смешанной группе, где участники разных возрастов?», %.

экране был фильм про нашу милицию в городе, рассказывали про некоторых этих спортсменов. Я подумал, что служить Родине, защищать общественный порядок — это очень значимо, почетно! Это трудная, но очень уважаемая работа» (М, 14 лет).

Анкетный опрос участников исследования показал, что занятия спортом в совместных межпоколенческих группах положительно оценивают большинство респондентов. Среди «молодых» групп на вопрос «Вам понравилось заниматься в смешанной группе, где участники разных возрастов?» 72% ответили в совокупности «да» и «скорее да, чем нет». Во «взрослой» группе положительные ответы дали 84% участников (таблица; рис. 2).

Экспертный опрос тренеров и спортивных инструкторов показал, что экспериментальные межпоколенческие группы показали хороший результат с точки зрения формирования привычек здорового образа жизни и здоровьесберегающих практик. Тренеры отметили, что в межпоколенческих группах участники смотрят друг на друга и невольно соревнуются в результатах. И хотя такой соревновательный компонент никак не стимулирует-

ся и не поощряется, межпоколенческое социальное пространство естественным образом способствует повышению эффективности взаимодействия представителей разных возрастных групп.

### Заключение

Положительный эффект от занятий спортом достигается в первую очередь за счет физической активности, но вторичные эффекты приносят пользу не только для здоровья (например, меньшее потребление алкоголя и формирование привычек здорового и активного образа жизни), но также обеспечивает психосоциальное и личностное развитие, социализацию, формирование патриотизма и гражданской идентичности.

Негативные последствия занятия спортом, такие как риск неудач, травм, расстройств пищевого поведения и эмоционального выгорания, также характерны для спортивной активности, однако имеют меньшее значение для тех, кто практикует физическую активность вне зависимости от возраста. Поскольку физическая активность все чаще проводится организованно, роль спорта в обществе с годами становится более важной не только для отдельного человека, но и для общественного здравоохранения и популяционного социального самочувствия.

Исследование показало, что совместное занятие спортом и участие в физкультурно-оздоровительных мероприятиях представителей разных поколений, помимо чисто медицинской пользы, благоприятно сказывается на социальном взаимодействии отцов, детей и внуков, способствует укреплению межпоколенческих семейных и несемейных связей, а также формированию гражданской идентичности,

Распределение ответов на вопрос «Вам понравилось заниматься в смешанной группе, где участники разных возрастов?», чел.

Ответы	Подростки	Молодежь	Взрослые
Нет	7	16	8
Скорее нет, чем да	16	24	11
Скорее да, чем нет	74	44	32
Да	52	24	38
Затрудняюсь ответить	11	12	7
Всего...	160	120	96

## СПЛОЧЕННОСТИ, ВЗАИМОПОМОЩИ И ВЗАИМНОЙ ПОДДЕРЖКИ.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organisation, *Global health and ageing*. Bethesda; 2011.
2. Booth F. W., Roberts C. K., Laye M. J. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases // *Compr. Physiol.* 2012. Vol. 2, N 2. P. 1143—1211. DOI: 10.1002/cphy.c110025
3. Darnell S. C. *Sport for development and peace: a critical sociology*. N.Y.; 2012.
4. Spaaij R., Jeanes R. Education for social change? A freirean critique of sport for development and peace // *Physic. Educ. Sport Pedagogy.* 2013. Vol. 18. P. 442—457.
5. Dionigi R. A. The competitive older athlete: a review of psychosocial and sociological issues // *Topics in Geriatric Rehabilitation.* 2016. Vol. 32. N 1. P. 55—62.
6. Вирабова А.Р., Кучма В.Р., Шклярова О.А. Комплексный подход к использованию ресурсов для здоровьесбережения детей и подростков в личностно-ориентированной образовательной среде современной школы // *Антропологическая дидактика и воспитание.* 2022. Т. 5. № 2. С. 10-23.

7. Чжан И. Организация образовательного процесса на основе бережного отношения к детскому здоровью // *Педагогический научный журнал.* 2022. № 1. С. 26-30.

ПОСТУПИЛА 27.02.2023  
ПРИНЯТА В ПЕЧАТЬ 28.04.2023

## REFERENCES

1. World Health Organisation, *Global health and ageing*. Bethesda; 2011.
2. Booth F. W., Roberts C. K., Laye M. J. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr. Physiol.* 2012;2(2):1143—1211. DOI: 10.1002/cphy.c110025
3. Darnell S. C. *Sport for development and peace: a critical sociology*. N.Y.; 2012.
4. Spaaij R., Jeanes R. Education for social change? A freirean critique of sport for development and peace. *Physic. Educ. Sport Pedagogy.* 2013;18:442—457.
5. Dionigi R. A. The competitive older athlete: a review of psychosocial and sociological issues. *Topics in Geriatric Rehabilitation.* 2016;32(1):55—62.
6. Virabova A.R., Kuchma V.R., Shklyarova O.A. An integrated approach to the use of resources for the health of children and adolescents in a personality-oriented educational environment of a modern school. *Anthropological didactics and education.* 2022;5:2:10-23.
7. Zhang I. Organization of the educational process based on careful attitude to children's health. *Pedagogical Scientific Journal.* 2022;1:26-30.

**Василенко Е. И., Воскобойникова А. П., Полонский А. В., Короченский А. П.**

## **МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ: СТАНОВЛЕНИЕ, ПРИОРИТЕТЫ, ДИНАМИКА (НА МАТЕРИАЛЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНО-ПОПУЛЯРНОГО ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ»)**

Национальный исследовательский университет «Белгородский государственный университет», 308015, Белгород, Россия

*Повышение в обществе интереса к темам, связанным с медициной и здоровьем, обусловлено актуальной тенденцией рассматривать физическое, душевное и социальное благополучие как базовую потребность человека. В контексте современной жизни здоровье воспринимается как одна из важнейших ценностей отдельного человека и общества в целом, поэтому медицинский дискурс играет сегодня особую роль в культуре, охватывая не только профессионально-экспертное и научное сообщество, но и широкую аудиторию средств массовой информации (СМИ). СМИ играют ключевую роль в качестве источника медицинской информации и ее целевого и адресного распределения. В статье медицинский дискурс анализируется в аспекте его становления как социальной деятельности и роли в ней современных СМИ. Целью исследования является анализ востребованности в обществе медицинского дискурса и особенностей его медиатизации — важнейшего фактора ценностно-смысловой динамики общества и его образа жизни. В качестве основного эмпирического материала выступают публикации в журнале «Здоровье» — самом популярном российском издании о здоровом образе жизни, медицине, практиках лечения и профилактики болезней, искусстве сохранения красоты и жизненного тонуса. Дискурс научно-популярного журнала «Здоровье» как широко востребованного сегмента ценностно-смыслового пространства современных СМИ представлен совокупностью жанров, направленных на распространение теоретического и практического медицинского знания, опыта получения и оказания медицинских услуг с учетом особенностей субъектов медицинского дискурса, их информационных потребностей и проблемно-тематических запросов, целеполагающих установок, степени и характера заинтересованности, а также уровня профессиональной, общекультурной и коммуникативной компетенций.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** медицинский дискурс; врач; пациент; читатель; медицинский журналист; медиатизация; средства массовой информации; журнал «Здоровье»

**Для цитирования:** Василенко Е. И., Воскобойникова А. П., Полонский А. В., Короченский А. П. Медицинский дискурс как социальная деятельность: становление, приоритеты, динамика (на материале российского научно-популярного журнала «Здоровье»). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):691—695. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-691-695>

**Для корреспонденции:** Василенко Елена Ивановна; e-mail: [radchenko@bsu.edu.ru](mailto:radchenko@bsu.edu.ru)

**Vasilenko E. I., Voskoboinikova A. P., Polonskiy A. V., Korochensky A. P.**

## **MEDICAL DISCOURSE AS A SOCIAL ACTIVITY: FORMATION, PRIORITIES, DYNAMICS (BASED ON THE MATERIAL OF THE RUSSIAN POPULAR SCIENCE MAGAZINE «ZDOROVIE»)**

Belgorod State University, 308015, Belgorod, Russia

*Increasing interest in society in topics related to medicine and health is due to the current trend to consider physical, mental and social well-being as a basic human need. In the context of modern life, health is perceived as one of the most important values of an individual and society as a whole, therefore, medical discourse today plays a special role in culture, covering not only the professional expert and scientific community, but also the widest audience — the audience of the media. The media play a key role as a source of medical information and its targeted and targeted distribution. In this article, the medical discourse is analyzed in terms of its formation as a social activity and the role of modern mass media in it. The aim of the study is to analyze the demand for medical discourse in society and the features of its mediatization, which is the most important factor in the value-semantic dynamics of society and its way of life. The main empirical material is publications in the magazine “Zdorovie”, the most popular Russian publication about a healthy lifestyle, medicine, practices for the treatment and prevention of diseases, the art of preserving beauty and vitality. The discourse of the popular scientific magazine “Zdorovie” as a very important segment of the value-semantic space of modern media is represented by a set of genres aimed at disseminating theoretical and practical medical knowledge, experience and providing medical services, taking into account the characteristics of medical subjects. dis-course, their information needs and problem-thematic requests, goal-setting attitudes, the degree and nature of interest, as well as the level of professional, general cultural and communicative competencies.*

**К e y w o r d s :** discourse; medical discourse; doctor; patient; reader; medical journalist; mediatization; mass media; magazine “Zdorovie”

**For citation:** Vasilenko E. I., Voskoboinikova A. P., Polonskiy A. V., Korochensky A. P. Medical discourse as a social activity: formation, priorities, dynamics (based on the material of the Russian popular science magazine «Zdorovie»). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):691–695 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-691-695>

**For correspondence:** Elena I. Vasilenko; e-mail: [radchenko@bsu.edu.ru](mailto:radchenko@bsu.edu.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

### **Введение**

Повышение в обществе интереса к медицинской проблематике, стремление обмениваться актуаль-

ными как теоретическими, так и практическими знаниями и рекомендациями в сфере медицины, профилактики заболеваний и здорового образа жизни (ЗОЖ) связано с укрепляющейся сегодня



тенденцией рассматривать физическое, психологическое и социальное благополучие как важнейшую жизненную ценность. Появление новых заболеваний, таких, как COVID-19, широкое распространение аллергии и стресса, рост числа людей, страдающих от психологических проблем, вызванных различными обстоятельствами глобального мира, способствовало усилению потребности человека и общества в медицинской информации, в понимании причин возникающих со здоровьем проблем, поэтому медицинский дискурс стал играть особую роль в современной культуре, охватив не только профессионально-экспертное и научно-академическое сообщество, но и медийное.

Медицинский дискурс в разных аспектах становится предметом пристального внимания исследователей, в их числе: И. С. Гаврилина, Д. Уилс, Е. А. Костяшина, В. И. Карасик, Л. С. Шурафина, Р. А. Каримова, С. В. Майборода, К. В. Максакова, Л. А. Линник, М. П. Кожарнович, В. П. Бородулина и Р. П. Бородулина [1–11] и другие российские и зарубежные ученые. Тем не менее проблематика, формирующаяся вокруг медийного дискурса, в том числе в контексте динамики современной жизни, и имеющая чрезвычайно важное не только научное, но и социальное значение, нуждается в дальнейшей разработке. Сегодня актуальной задачей становится изучение в медиакритическом аспекте медицинского дискурса как востребованной социальной практики в условиях медиатизации общества.

### Материалы и методы

Объект исследования — медицинский дискурс как востребованная социальная практика. В качестве предмета исследования выступает становление медицинского дискурса и его динамика в условиях включенного в медийную реальность общества. Предметную область составляют также дискурсивные особенности научно-популярного журнала «Здоровье» (на материале публикаций в нем за последние 10 лет).

В основу методологической базы данного исследования положены общенаучные принципы системности и объективности. Для осмысления процесса становления медицинского дискурса, его динамики в медиатизированном обществе использовалась совокупность методов, среди них — описательный метод, метод сравнения, методы изучения научной литературы, мониторинг исследований по заявленной проблематике, а также метод качественного контент-анализа, который позволил сфокусироваться на содержащейся в публикациях журнала «Здоровье» медицинской информации и ее интерпретации.

### Результаты и обсуждение

Расширение и активизация в обществе публичного «диалога с медициной», который оказывает все большее влияние на общественную мысль, на модели общественного поведения и образ жизни каждого человека, обусловило формирование особого ис-

следовательского интереса разных специалистов к типу коммуникации, выстраиваемой на основе этических принципов и нацеленной на проблематику, связанную со здоровьем человека и общества.

В сфере исследовательского внимания оказались такие сегменты медицинского дискурса, как терапевтический дискурс, в котором акцентируется аспект коммуникативно-речевого взаимодействия пациента, т. е. лица, обратившегося за медицинской помощью или консультацией, и врача (эксперта, осуществляющего в диалоге с пациентом диагностику, наблюдение и лечение болезни) или медицинского персонала [12], а также научный медицинский дискурс [13], специфика которого обнаруживается в совокупности его жанров (монография, аналитическая статья, доклад), передающих в присущей им доказательной манере полученные в результате исследования теоретические и практические знания о человеческом организме и технологиях поддержания его функциональной эффективности во всех проявлениях.

В настоящее время, заметим, все больше появляется исследований, которые обращены к процессам медиатизации медицинского дискурса, и в частности к медицинской журналистике. Не случайно хорошего медицинского журналиста нередко сравнивают с врачом, который не только профессионально ставит диагноз по симптомам, но и может определить причину недуга и перспективы его развития.

Корни появления медицинской журналистики восходят, как известно, к трагическим событиям в истории человечества — к эпидемиям чумы первой четверти XV в. На «чумных листах» обычно изображались почитаемые святые и появлялись врачебные советы. Сообщения об эпидемиях, различных способах лечения и лекарственных средствах содержались также в публиковавшихся издателями новостных письмах, которые использовали в своей практике торговцы и коммерсанты. Первые газеты и журналы, появившиеся в Европе в XVII—XVIII вв., освещали события, связанные с медициной как искусством исцеления. Как правило, чаще всего публиковали информационные отчеты об актуальных событиях.

Изменения, произошедшие в медицинской журналистике в середине XIX в., обусловлены бурным развитием медицины. Всего несколько десятилетий понадобилось для того, чтобы произошел качественный скачок в медицине и ее технологиях, после чего в лечении больных стало особое внимание уделяться гигиене и профилактике, в сферу диагностики были включены бактериологические данные, была признана необходимость учитывать и корректировать происходящие в организме человека как физиологические, так и психологические процессы. В результате медицина распалась на множество специализаций, направлений, практик, требующих особой, профильно-экспертной подготовки, сформировались разные подходы к здоровью человека, диагностике и лечению заболеваний, что, в свою очередь, сказалось и на медицинской журналистике.

## История и социология здравоохранения и медицины

С одной стороны, она откликалась на потребность врачей, фармацевтов и представителей других медицинских сфер в профессиональной и достоверной информации относительно последних, подтвержденных опытом результатах исследований. С другой стороны, журналистика учла и запросы обычного человека, неспециалиста, который тоже нуждался в информации медицинского характера и в получении ее в краткой и доступной форме.

Сегодня СМИ — печатные периодические издания, радио, телевидение и интернет-издания — играют важнейшую роль в качестве не только источника медицинской информации и ее целевого распределения, учитывающего самые разные аудитории и их информационные запросы — основы ЗОЖ, диагностика, профилактика и лечение болезней, лекарственные препараты, социально-медицинское обслуживание, организация системы здравоохранения и т. п., но и понимания в обществе здоровья как важнейшей жизненной стратегии. Все вопросы, связанные со здоровьем человека и общества, диалоги специалиста и пациента (потребителя) оказываются сегодня в СМИ. Медиатизация медицины — процесс, наблюдаемый сегодня в любом обществе.

Медиатизация медицинского дискурса обусловлена не только развитием медийных технологий, что, безусловно, нельзя не учитывать, но и социальными событиями и потрясениями, которые произошли во второй половине XX в. [14—16]. Экологические катастрофы, вспышки инфекционных заболеваний в 1960—1970-х гг., ядерная катастрофа в Чернобыле в 1986 г. и др. — все это в совокупности способствовало росту интереса самых широких аудиторий и СМИ к вопросам, связанным со здоровьем и с организацией системы здравоохранения.

В медицинском дискурсе активное развитие получил информационный стиль [17], отличительными чертами которого стали концептуальная точность, лаконичность, простота, доступность, отсылка к специализированным источникам.

Широко востребованы в практике публичного диалога о медицине и здоровье публицистические жанры с присущими им нарративной и персуазивной стратегиями, например, рассказ и его разнообразные формы [18], репортаж, интервью, инструктаж, беседа, лекция, учебные видеоролики о здоровье и др.

В условиях уже новой, медийной реальности [19] среди жанров медицинского дискурса отметим такие, как шоу и лонгрид. В шоу герои делятся своим опытом, эмоционально и с позитивной мотивацией рассказывают свою историю «до диагноза и после» или представляют свой всегда непростой путь к ЗОЖ (например, в рамках проекта «Московское здоровье» мы находим шоу «Качество жизни», в котором не случайно формулируется слоган «Занимайтесь любимым делом, но не забывайте о своем здоровье!»<sup>1</sup>. В информационном лонгриде ведется повествование о медицине, ЗОЖ или профилактике, диагностике и лечении заболевания. В качестве

примера приведем лонгрид «Как мальчик Дима здорово починял», опубликованный в одном из блогов в рубрике «Личный опыт»: «Наступает день X. Я специально записываюсь с утра, потому что мне так проще дальше планировать весь день. Видя пропущенный звонок от клиники, перезваниваю, чтобы убедиться, что запись подтверждена. Мне говорят: “Да, да, все ок! Приходите, ждем Вас!” Еще и смс пришла с подтверждением. Отвез сына в гимназию и поехал. Зашел в клинику, бахилки надел, сообщил на ресепшн, что прибыл. Сажу жду...»<sup>2</sup>.

Сегодня любой человек — и специалист, и тот, для которого медицина не является сферой профессиональной деятельности, благодаря широкому предложению найдет в СМИ нужную ему, полезную, интересную и даже курьезную информацию, при этом как качественную, так и не совсем надежную. Медиатизация достижений в области медицины, современных естественных наук приводит к кардинальным изменениям в том, как общество обращается с медицинской информацией, а в дальнейшем — к новому пониманию здоровья, недуга, уроков исцеления и повышения жизненного тонуса. Сегодня медицинский дискурс — это один из самых востребованных дискурсов в СМИ, что и позволяет исследователям говорить не только о медиатизации медицины, а даже о «медиализации медиа» [20].

В качестве показательного примера рассмотрим журнал «Здоровье» — самый популярный российский журнал о здоровом образе жизни, медицине, практиках выздоровления и красоты<sup>3</sup>. Это одно из старейших (выходит с 1955 г.) изданий, которое первоначально представляло собой санитарно-просветительский бюллетень, рассказывавший широким аудиториям граждан о необходимости организации и соблюдения режима дня, о пользе физкультуры, необходимости регулярных медицинских обследований и профилактике болезней, лекарственных препаратах и растениях. Со временем журнал, откликаясь на новые обстоятельства жизни и меняющиеся потребности своих аудиторий, изменил свой статус, предъявив себя как научно-популярное издание с хорошей полиграфической базой, сильным дизайном и продуманным контентом. Как показывает статистика, журнал всегда оказывался среди самых востребованных изданий. В 1990 г., к примеру, его тираж достиг более 18 млн экземпляров в месяц, что позволило ему попасть в Книгу рекордов Гиннесса. С 2012 г. у журнала «Здоровье» появилась онлайн-версия.

В настоящее время журнал «Здоровье», выходящий в свет благодаря одноименному издательскому

<sup>1</sup> Сайт Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы. URL: <https://niiioz.ru/news/show-kachestvo-zhizni-fizicheskaya-aktivnost-video/> (дата обращения 23.01.2023).

<sup>2</sup> URL: <https://vc.ru/life/435724-longrid-kak-malchik-dima-zdorove-pochinyal>

<sup>3</sup> Официальный сайт научно-популярного журнала «Здоровье». URL: <https://zdr.ru/> (дата обращения 20.01.2023).

дому, который выпускает также журнал «Худеем правильно», ведет со своим читателем открытый и заинтересованный диалог как о медицине, здоровье, болезнях и лекарственных препаратах, так и о практиках красоты и позитивного настроения, о том, что нужно сделать, чтобы достичь физического и эмоционально-психологического благополучия, чтобы повысить работоспособность, интеллектуальную активность и интерес к жизни. Журнал «Здоровье» в течение своего существования позиционирует себя как издание, которое выполняет функции не только доверенного консультанта и врача, но и доброжелательного собеседника, друга, с которым можно вести открытый и доверительный диалог, который может научить, помочь и подсказать, например, «как научиться вкусно готовить», «как женщине помочь за рулем» и т. д.

В журнале представлен широкий корпус тематических рубрик («Теория и практика», «Красота», «Движение», «Расследование», «Еда», «Семья», «Люди и истории» и др.), которые дают самым широким аудиториям настрой на положительные эмоции, необходимость поиска и перспективы решений («*похудей*», «*правильно питайся*», «*занимайся спортом*», «*помоги ребенку подрасти*»). В нем можно найти консультации медицинских специалистов, ответы на актуальные вопросы, связанные с поддержанием здоровья и жизненного тонуса, советы и рекомендации. Среди тем, широко обсуждаемых в журнале и ожидаемых читателями, находятся профилактика и технологии здоровья, антивозрастные *практики*, направленные на замедление телесного и психологического увядания, правильное питание, социально-медицинские аспекты бьюти-сферы, здоровье семьи и ребенка, лекарственные препараты, развитие медицины, фармацевтики и технологий оздоровления и многие другие вопросы, которые соответствуют содержательной формуле «*здоровье — ключ к радости, благополучию и активности*».

Аудитория потребителей этой информации разнообразна не только в *возрастном* отношении — от 20 до 50 лет, но и в профессиональном. Это может быть и медицинский работник, нацеленный на поддержание и повышение своего экспертного уровня, эффективное осуществление своих профессиональных обязанностей, и студент-медик, стремящийся расширить свои знания, и пациент, ожидающий решения эксперта или уже восстанавливающий свое здоровье, и те, кто из простого любопытства открывает новые для себя страницы медицинского знания.

Жанровая структура журнала отражает многоаспектность подходов к осмыслению в разной модальности популярных в читательской среде тем, однако среди журнальных публикаций закономерно выделяются такие их жанровые формы, как статья и интервью, что свидетельствует о стратегической установке журнала на развертывание экспертного диалога относительно серьезных, требующих аналитической интерпретации и аргументации проблем,

о его стремлении представить точку зрения специалиста, понимание им актуальных проблем и профессиональных перспектив. Например, на страницах журнала «Здоровье» в развернутом интервью своими наблюдениями и размышлениями относительно здоровья современного поколения делится врач-педиатр: «*Мы вообще стали существенно менее здоровыми, чем наши бабушки и дедушки. XX век — век невиданных ранее стрессов, которые из поколения в поколение “ослабляли” человечество... Плохая экология, добавки, вода, воздух, обилие лекарств, родовые травмы — все это мы даже не обсуждаем. Но, как мне кажется, важнейшим фактором стало изменение электромагнитного поля Земли. Еще 40 лет назад у нас не было такого количества излучателей: телевизоры, компьютеры, мобильники и т.п...*»<sup>4</sup>.

Отметим также такой представленный на страницах журнала «Здоровье» жанр, как «личная история» или «маленькая история». «Историями» болезни и выздоровления в сопровождении с советами и рекомендациями, опытом применения оздоровительной методики или лекарственного препарата на страницах журнала делятся самые разные люди, акцентируя внимание не только на всех знаковых этапах пути преодоления проблемы, но и обязательно на положительном результате [10], поскольку история, пересказанная и врачом, и пациентом, и журналистом, должна быть показательной, поучительной и позитивно мотивирующей.

Журнал, как свидетельствуют публикации и их жанровые формы, нацелен на распространение как теоретического, так и практического медицинского знания, опыта получения и оказания медицинских услуг с учетом особенностей разных аудиторий читателей, их информационных потребностей и проблемно-тематических запросов, целеполагающих установок, степени и характера заинтересованности, а также уровня их профессиональной и коммуникативной компетенции. Главная же цель журнала — формирование у самой широкой аудитории понимания здоровья как важнейшей стратегической ценности жизни.

Заметим также, что на страницах журнала присутствует не только специализированный журналистский контент, но и рекламный, способствующий продвижению медицинского продукта, практики, концепции, целью которого является увеличение доверия потребителей. Читатель журнала должен ориентироваться в актуальном состоянии современного рынка медицинских услуг и фармацевтики, чтобы принимать правильные и аргументированные решения.

Осмысление процессов медиатизации медицины, укрупнение роли специализированных в сфере медицины и здоровья изданий позволяет увидеть особенности формируемой ими социальной и культурной реальности.

<sup>4</sup> URL: <http://zdr.ru/pochemu-deti-pozdno-nachinayut-govorit/>

### Заключение

Сфера медицинского дискурса находится под пристальным вниманием исследователей. Сегодня мы говорим о медиатизации медицины, формировании медицинского дискурса современных СМИ, становлении медицинского дискурса как широко востребованного сегмента ценностно-смыслового пространства современных СМИ. Яркий тому пример представляет собой научно-популярный журнал «Здоровье», целевыми задачами которого являются популяризация медицинских знаний, а также формирование у аудитории понимания здоровья как важнейшей стратегической ценности жизни.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилина И. С. Медицинский дискурс и коммуникативные стратегии // *Фундаментальные исследования*. 2005. № 1. С. 20—21.
2. Wilce J. M. Medical discourse // *Annu. Rev. Anthropol.* 2009. Vol. 38, N 1. P. 199—215.
3. Костяшина Е. А. Дискурсивная организация картины мира научно-популярного медицинского журнала // *Вестник Томского государственного университета. Филология*. 2010. № 3. С. 41—47.
4. Карасик В. И. Речевая коммуникация: дискурсивный аспект // *Грани познания*. 2013. № 1. С. 23—33.
5. Шуравина Л. С. Медицинский дискурс как тип институционального дискурса // *Вестник Челябинского государственного университета*. 2013. № 37. С. 65—67.
6. Каримова Р. А., Александрова Е. Н. Медицинский дискурс в рамках телевизионной коммуникации // *Труды и материалы Международной конференции*. Казань; 2017. С. 140—143
7. Майборода С. В. Медицинский дискурс: современные теоретико-методологические подходы и перспективы исследования // *Коммуникативные исследования*. 2017. № 1. С. 63—74.
8. Максакова К. В. Актуальные вопросы изучения медицинского дискурса // *Поволжский педагогический вестник*. 2019. № 2. С. 75—81.
9. Линник Л. А. Медицинский дискурс: образы автора и адресата // *Лингвориторическая парадигма: теоретические и прикладные аспекты*. 2020. № 1. С. 179—181.
10. Кожарнович М. П. Медиатизация медицинского дискурса: способы, атрибуты и риски // *Медиалингвистика*. 2021. Т. 8, № 4. С. 421—437.
11. Бородулин В. П., Бородулин Р. П. Образ современного врача в медийном пространстве // *Биоэтика и глобальные вызовы медицины XXI века: материалы Международной научной конференции*, Курск, 14 декабря 2022 года. Курск; 2023. С. 13—16.
12. Милехин С. М., Дербенев Д. П., Чистякова О. М. Ценностные ориентации молодых врачей как основа эффективной коммуникации в системе «врач — пациент» // *Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции*, Тверь, 11 апреля 2019 года. Тверь; 2019. С. 169—174.
13. Нотина Е. А. Научный медицинский дискурс: определение специфики, компонент лгво-когнитивного пространства // *Полилингвистичность и транскультурные практики*. 2005. № 1. С. 87—92.
14. Воскобойникова А. П., Василенко Е. И. Принципы биоэтики и ответственности медицинского журналиста // *Актуальные вопросы современной филологии и журналистики*. 2023. № 1. С. 115—121.
15. Сухановская В. А. Медицинская журналистика: риски и работа с ошибками // *Журналистика и политика: взаимодействие и взаимовлияние*. Архангельск; 2020. С. 44—48.
16. Воскобойникова А. П., Ушакова С. В., Рязанцев В. А. Российская медицинская журналистика: историческая традиция и актуальные тенденции // *Вопросы журналистики, педагогики, языкознания*. 2022. Т. 41, № 2. С. 179—192.

17. Мерзлова А. Д. О сущности информационного стиля текста как научного понятия // *Медиасреда*. 2020. № 2. С. 47—51.
18. Майборода С. В. Лингвопрагматические и структурные особенности нарративных жанров коллегальной и авторитарной модели устного медицинского дискурса // *Жанры речи*. 2018. № 2. С. 144—151.
19. Полонский А. В. Медиареальность: что мы можем сказать о ней сегодня? // *Медиалингвистика: материалы II Международной научно-практической конференции*, Санкт-Петербург, 02—06 июля 2017 года. СПб.; 2017. С. 329—331.
20. Sertaç T.D. Medicalization of media; mediatization of medicine: towards an illness society // *Journal of Media Critiques*. 2017. Vol. 3. N 10. P. 75—85.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Gavrilina I. S. Medical discourse and communication strategies. *Fundamental research*. 2005;(1):20—21. (In Russ.)
2. Wilce J. M. Medical Discourse. *Annu. Rev. Anthropol.* 2009;38(1):199—215.
3. Kostyashina E. A. Discursive organization of the worldview of a popular science medical journal. *Tomsk State University Journal*. 2010;(3):41—47. (In Russ.)
4. Karasik V. I. Speech communication: discursive approach. *Aspects of cognition*. 2012;(1):23—33. (In Russ.)
5. Shuravina L. S. Medical discourse as a type of institutional discourse. *Bulletin of the Chelyabinsk State University*. 2013;(37):65—67. (In Russ.)
6. Karimova R. A., Alexandrova E. N. Medical discourse in the framework of television communication. *Proceedings and materials of the International Conference*. Kazan; 2017:140—143. (In Russ.)
7. Mayboroda S. V. Medical discourse: modern theoretical and methodological approaches and research prospects. *Communicative research*. 2017;(1):63—74. (In Russ.)
8. Maksakova K. V. Actual issues of studying medical discourse. *Volga Pedagogical Bulletin*. 2019;(2):75—81. (In Russ.)
9. Linnik L. A. Medical discourse: images of the author and addressee. *Linguistic-rhetorical paradigm: theoretical and applied aspects*. 2020;(1):179—181. (In Russ.)
10. Kozharnovich M. P. Mediatization of medical discourse: ways, attributes, and risks. *Medialinguistics*. 2021;8(4):421—437. (In Russ.)
11. Borodulin V. P., Borodulin R. P. The image of a modern doctor in the media space. Bioethics and global challenges of medicine of the XXI century: materials of the International Scientific Conference: materials of the International Scientific Conference, Kursk, December 14. 2022. Kursk; 2023:13—16. (In Russ.)
12. Milekhin S. M., Dербенев D. P., Chistyakova O. M. Value orientations of young doctors as the basis of effective communication in the doctor-patient system. Medical discourse: questions of theory and practice: Proceedings of the 7<sup>th</sup> International Scientific, Practical and Educational Conference, Tver, April 11, 2019. Tver; 2019:169—174. (In Russ.)
13. Notina E. A. Scientific medical discourse: on the definition of specificity of the components of the cognitive- linguistic space. *Polylinguality and transcultural practices*. 2005;(1):87—92. (In Russ.)
14. Voskoboinikova A. P., Vasilenko E. I. Principles of bioethics and responsibility of medical journalism. *Actual issues of modern philology and journalism*. 2023;(1):115—121. (In Russ.)
15. Sukhanovskaya V. A. Medical journalism: risks and work with mistakes. Journalism and politics: Interaction and mutual influence. Arkhangelsk; 2020:44—48. (In Russ.)
16. Voskoboinikova A. P., Ushakova S. V., Ryazantsev V. A. Russian medical journalism: historical tradition and current trends. *Questions of journalism, pedagogy, linguistics*. 2022;41(2):179—192. (In Russ.)
17. Merzlova A. D. About the essence of the information style of the text as a scientific concept. *Media environment*. 2020;(2):47—51. (In Russ.)
18. Mayboroda S. V. Linguapragmatic and structural features of narrative genres of collegial and authoritarian models of oral medical discourse. *Genres of speech*. 2018;(2):144—151. (In Russ.)
19. Polonskiy A. V. Mediareality: what can we say about it today? *Medialinguistics. Materials of the II International scientific and practical conference*. St. Petersburg; 2017:329—331. (In Russ.)
20. Sertaç T.D. Medicalization of media; mediatization of medicine: towards an illness society. *Journal of Media Critiques*. 2017;3(10):75—85.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 614.2

Волошина И. Г., Королева К. Ю., Ельникова Г. А., Свищева И. К.

## ДОБРОВОЛЬЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК РЕСУРС УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

ФГОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Белгород, Россия

Старение населения ставит перед обществом проблему поиска механизмов и инструментов сохранения здоровья, продления активной жизненной позиции граждан пожилого возраста. В статье раскрывается потенциал добровольческой деятельности в системе укрепления психического здоровья пожилых людей.

Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о том, что граждане пожилого возраста, длительно и регулярно участвующие в волонтерской деятельности, обладают высокими и средними показателями жизнестойкости, наличием целей и смысла жизни, оценивают свою жизнь как эмоционально насыщенную, результативную; отмечены способность пожилых людей сохранять психологическую устойчивость в стрессовых ситуациях и ориентация на преодоление жизненных затруднений.

**Ключевые слова:** добровольческая деятельность; пожилые люди; психическое здоровье; успешное старение; активное долголетие

**Для цитирования:** Волошина И. Г., Королева К. Ю., Ельникова Г. А., Свищева И. К. Добровольческая деятельность как ресурс укрепления психического здоровья пожилых людей. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):696—700. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-696-700>

**Для корреспонденции:** Королева Ксения Юрьевна; e-mail: [korolyova@bsu.edu.r](mailto:korolyova@bsu.edu.r)

Voloshina I. G., Koroleva K. Yu., Elnikova G. A., Svishcheva I. K.

## VOLUNTEERING AS A RESOURCE FOR STRENGTHENING THE MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY

Belgorod State National Research University, 308015, Belgorod, Russia

The aging of the population poses to society the problem of finding mechanisms and tools for preserving health, prolonging the active life position of elderly citizens. The article reveals the potential of volunteerism in the system of strengthening the mental health of the elderly.

The data obtained in the course of the study indicate that elderly citizens who participate in volunteer activities for a long time and regularly have high and average indicators of resilience, the presence of goals and the meaning of life, evaluate their lives as emotionally saturated, productive, the ability of elderly people to maintain psychological stability in stressful situations and orientation to overcome life difficulties.

**Keywords:** volunteering; elderly people; mental health; successful aging; active longevity

**For citation:** Voloshina I. G., Koroleva K. Yu., Elnikova G. A., Svishcheva I. K. Voluntary activity as a resource for strengthening the mental health of the elderly. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):696–700 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-696-700>

**For correspondence:** Ksenia Yu. Koroleva; e-mail: [korolyova@bsu.edu.ru](mailto:korolyova@bsu.edu.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

## Введение

В настоящее время проблема укрепления психического здоровья населения является актуальной для всего мирового сообщества. Нарастание социально-политического и экономического напряжения, быстрые социальные и эпидемиологические изменения, усиление влияния стрессовых факторов в повседневной жизни представляют угрозу для психического здоровья человека.

Согласно Комплексному плану действий в области психического здоровья на 2013—2030 гг. психическое здоровье понимается как «состояние благополучия, при котором индивидуум материализует собственные способности, может справляться с нормальными жизненными стрессами, может работать продуктивно и плодотворно и в состоянии приносить пользу своему окружению»<sup>1</sup>.

К основным критериям психического здоровья можно отнести:

- уровень самосознания и идентичности своего «Я», психическое равновесие, психологическую устойчивость;
- активность и целеустремленность личности;
- умение планировать собственную жизнь и реализовывать запланированное;
- способность управлять собственным поведением в соответствии с социальными нормами;
- самоуважение и адекватную самооценку;
- оптимизм и доброжелательность;
- способность адаптироваться к изменениям;
- степень выраженности тревожности;
- наличие гармоничных отношений с окружающими людьми.

Одним из направлений деятельности ВОЗ является разработка и реализация стратегий укрепления психического здоровья и профилактики в области психического здоровья, основанных на подходе с точки зрения всего жизненного цикла, позволяющие учитывать медико-санитарные и социальные

<sup>1</sup> Comprehensive mental health action plan 2013—2030. Женева; 2022. URL: <https://www.who.int/ru/activities/preventing-noncommunicable-diseases/9789240031029>

потребности на всех этапах жизненного цикла, включая ранний возраст, детство, отрочество, взрослую жизнь и пожилой возраст.

Благополучие людей старшего поколения, профилактика заболеваний, продление активной и здоровой старости — целевой ориентир современной государственной политики. В контексте данного исследования целесообразным считаем рассмотрение проблемы укрепления психического здоровья пожилых людей в связи с концепциями успешного старения и активного долголетия.

В научный оборот понятие «успешное старение» было введено в 1961 г. R. J. Havighurst и характеризовалось как «состояние, в котором пожилой человек испытывает максимальную удовлетворенность от жизни без серьезных затрат для общества» [1].

В конце прошлого столетия данное понятие получило широкое распространение, благодаря работам J. W. Rowe и соавт., которые на основе продолжительных исследований выделили два типа старения: обычное и успешное. Обычное старение авторы связывали со следующими тенденциями: снижение физических и когнитивных возможностей, развитие серьезных заболеваний, инвалидизация, ограничение включенности пожилых людей в социальные процессы. Успешное старение, напротив, характеризуется хорошими функциональными возможностями пожилых людей, минимальными изменениями в когнитивных и психических процессах, низким риском развития инвалидности, социальной активностью и субъективным ощущением благополучия [2].

В последние десятилетия в рамках междисциплинарных исследований представляет интерес выявление факторов и условий успешного старения. Обозначим результаты некоторых исследований.

R. Vasnet и соавт. установили, что успешное старение связано с семейным положением, типом семьи, годовым доходом семьи, наличием детей в качестве системы поддержки, негативными жизненными событиями за последние 12 мес, субъективным восприятием здоровья и способностью запоминать вещи без затруднений [3].

В работах X. Zhao и соавт., В. Çol и соавт. представлены результаты исследований, свидетельствующих о взаимосвязи между участием пожилых людей в досуговых мероприятиях и показателями успешного старения. Авторами установлено, что досуговые мероприятия оказывают значительное влияние на счастье, удовлетворенность жизнью, способствуют снижению уровня депрессии и стресса пожилых людей, обнаружена значительная положительная взаимосвязь между частотой участия в конкретных видах досуга и успешным старением [4, 5].

S. Y. Gu и соавт. подчеркивают, что выявлена значительная положительная корреляция между успешным старением и повседневными делами, удовлетворенностью жизнью, социальной поддержкой, доходом и самооффективностью среди проживающих по месту жительства пожилых людей в Вэньчжоу, Китай [6].

Представленный анализ показывает, что факторы психического здоровья являются важными в общей стратегии успешного старения, связаны и опираются на понятие благополучия и предполагают реализацию физического и духовного потенциала людей старшего поколения.

Нам близка мультикомпонентная модель успешного старения G. Y. Iwamasa и соавт., основанная на представлении о многомерности процесса старения, включающая следующие компоненты:

- физический компонент: здоровье, физическая активность, режим и качество питания;
- психологический компонент: стабильное эмоциональное состояние, адаптационный потенциал, поддержание независимости, гармоничные отношения, копинг-стратегии;
- когнитивный компонент: познавательная активность, готовность и стремлению к получению новых знаний, умений и навыков; минимальные потери когнитивных способностей;
- социальный компонент: наличие социальной сети, социальной поддержки, общественная активность, реализация творческого потенциала, хобби, интересы;
- духовный компонент: религия, оказание помощи нуждающимся, смысл жизни;
- материальный компонент: материальная обеспеченность и финансовая безопасность [7].

Принимая во внимание данные показатели и обозначенные нами ранее критерии психического здоровья, считаем, что включение пожилых людей в добровольческую деятельность позволяет сохранить и укрепить их психическое здоровье, способствует продуктивному, здоровому и позитивному старению. Понимание добровольчества как ресурса психического здоровья становится дополнительным стимулом для распространения данного вида деятельности среди людей старшего поколения, раскрывая их потенциал и содействуя изменению отношения общества к старости, переходу от парадигмы «старость как болезнь» к концепции активного, успешного старения.

### Материалы и методы

С целью изучения психологических особенностей граждан пожилого возраста, занимающихся волонтерской деятельностью, и оценки потенциала добровольчества в системе укрепления психического здоровья пожилых людей авторами было проведено исследование. В качестве респондентской группы были выбраны действующие волонтеры Белгородской региональной общественной организации «Серебряные волонтеры Белгородчины», регулярно (не реже 1 раза в неделю) осуществляющие добровольческую деятельность на протяжении года.

Общее количество респондентов — 40 человек, из них 35 женщин и 5 мужчин. Возрастной состав респондентов представлен следующим образом: 61—65 лет — 13 человек; 66—70 лет — 17; 71—75 лет — 7; 76—80 лет — 3.

Исследование предполагало проведение обследования с использованием психодиагностического инструментария. Для оценки наличия целей, осмысленности жизни и степени удовлетворенности применялся Тест смысловых ориентаций Д. А. Леонтьева. Для дифференцированной оценки тревожности по 5 шкалам был использован Интегративный тест тревожности (ИТТ). Выявление уровня жизнестойкости серебряных волонтеров осуществляли с помощью Теста жизнестойкости Д. А. Леонтьева.

### Результаты исследования

Осмысленность жизни в позднем возрастном периоде делает человека более устойчивым к воздействию неблагоприятных факторов, помогает противостоять возрастным изменениям и нарушениям.

При оценке общего показателя осмысленности жизни получены следующие результаты: 87,5% испытуемых имеют высокий уровень по этой шкале, 12,5% — средний. Рассмотрим подробнее результаты диагностики по каждой из шкал.

Цели в жизни. Большинство серебряных волонтеров (87,5%) демонстрируют высокие показатели (39—42 балла), что свидетельствует о наличии целей в жизни, придании текущим событиям осмысленности, направленности и временной перспективы; у 12,5% испытуемых личностные смыслы не имеют выраженной направленности и осмысленности, будущее не планируется.

Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. Высокие показатели (36—42 балла) характерны для 75% лиц старшего поколения, 12,5% имеют средние показатели, 12,5% — низкие. Большинство волонтеров воспринимают свою жизнь как интересную, насыщенную эмоциями и событиями, впечатлениями. Пожилые люди со средними и низкими показателями демонстрируют недостаточную удовлетворенность настоящим, ориентированы на прошлые воспоминания или улучшение ситуации в недалеком будущем.

Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией: 62,5% серебряных волонтеров удовлетворены прожитым отрезком жизни, прошлое воспринимается как обладающее смыслом, продуктивное и положительно окрашенное; 37,5% демонстрируют неудовлетворенность прожитой жизнью.

Локус контроля — Я (Я — хозяин жизни). Высокие баллы по данной шкале показали 75% испытуемых, данный выбор свидетельствует об оценке пожилыми людьми себя как обладающими сильными сторонами, умением ставить цели и наделять жизнь смыслом; 25% испытуемых характеризуются низкими баллами, что может говорить о неуверенности в своих силах, невозможности контролировать жизненные события.

Локус контроля — жизнь, или управляемость жизни. Большинство испытуемых демонстрируют высокий уровень (75%), характерным для них являются ощущение управляемости собственной жиз-

нью, свобода выбора, возможность принимать решения, нести за них ответственность; 25% серебряных волонтеров склонны к некоторой предопределенности будущего, убежденности в неизбежности жизненных событий, испытывают на себе сильное влияние внешних факторов.

Полученные результаты позволяют нам предположить, что добровольческая деятельность позволяет пожилым людям наполнить свою жизнь смыслом, почувствовать себя нужными, увидеть результаты своей деятельности, расширить социальные контакты, установить близкие эмоциональные связи, ощутить поддержку, что, в свою очередь, положительно сказывается на их психическом благополучии.

Использование теста жизнестойкости Д. А. Леонтьева позволило выявить уровень жизнестойкости серебряных волонтеров. Жизнестойкость характеризуется способностью человека противостоять стрессовым ситуациям, быстрее и легче их преодолевать, сохраняя психологическое равновесие. Оценка жизнестойкости включает три компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Серебряные волонтеры с высоким показателем вовлеченности (42,5%) удовлетворены своей деятельностью, получают удовольствие и стремятся достичь значимых результатов, готовы к познанию и освоению нового, для них характерны открытость, великодушные, что позволяет им легко устанавливать и поддерживать доброжелательные отношения. Данная категория лиц старшего поколения, с одной стороны, наиболее успешна в качестве волонтеров, поскольку их личные убеждения совпадают с целью и миссией добровольчества, а, с другой стороны, их вовлеченность в оказание помощи другим людям способствует развитию мотивации и перечисленных характеристик. Стоит отметить, что низкие показатели по параметру вовлеченности не были обнаружены, для 57,5% серебряных волонтеров характерны средние значения, вовлеченность в события обусловлена личностной значимостью и особенностями ситуации.

Анализируя компонент «контроль», можно отметить, что развитым данный компонент является у 15% пожилых людей, он связан с убеждением, что любая ситуация подвластна изменению, мотивирует пожилых людей на поиск выхода из сложных ситуаций, отказ от стратегии беспомощности. Противоположное поведение характерно для 20% испытуемых, у них не развита способность к контролю за ситуацией, наблюдается склонность к ощущению беспомощности и поиску посторонней помощи. Для 65% серебряных волонтеров характерен средний уровень выраженности контроля жизненных ситуаций.

По компоненту «принятие риска» большая часть испытуемых демонстрирует низкие значения (65%), они не готовы проявлять активные действия в ситуациях неопределенности, стремятся избегать риска, что может быть связано с возрастными особенностями и неуверенностью в своих силах. Средние значения по данному компоненту имеют 27,5% по-



жилых людей, и лишь 7,5% серебряных волонтеров готовы действовать в условиях риска, считая любой достигнутый результат жизненным опытом.

Представленные данные позволили вывить уровни жизнестойкости пожилых людей: высокий уровень характерен для 22,5% испытуемых, они имеют запас жизненных сил для преодоления стрессовых ситуаций, мотивированы к самореализации, профилактике неблагоприятных условий жизни, социально активны. Средний уровень выраженности жизнестойкости представлен у 50% серебряных волонтеров; 27,5% имеют низкий уровень, они чувствительны к любым изменениям, трудно адаптируются, сложно преодолевают стрессовые ситуации, высок риск развития хронического стресса.

Смеем предположить, что участие в добровольческой деятельности способствует повышению жизнестойкости пожилых людей через формирование адекватной самооценки, укрепление веры в собственные силы, самоактуализацию, усиление духовности, развитие осмысленности и жизненной перспективы, навыков саморегуляции и психологической устойчивости. Физическая активность, освоение новых социальных ролей, расширение знаний и опыта деятельности, взаимодействие с людьми из разных социально-демографических групп способствует сохранению и развитию физического, психического и когнитивного потенциала пожилых людей, расширению круга общения, обретению новых социальных связей взамен утраченных.

Тревожности в пожилом возрасте уделяется особое внимание, она может быть обусловлена возрастными изменениями в эмоциональной сфере, связана с отчуждением, изоляцией и одиночеством пожилых людей, ощущением своей беспомощности. По результатам диагностики с использованием ИТТ: 62,5% пожилых людей имели нормальный уровень ситуационной тревожности, 25% — высокий, 12,5% — низкий.

Низких значений личностной тревожности не зафиксировано, 50% испытуемых демонстрируют высокий уровень тревожности, 50% — низкий. В структуре личностной тревожности высокие значения были получены по следующим компонентам:

- «астенический» — пожилые люди отмечали слабость, истощенность, быструю утомляемость, проблемы со сном;
- «тревожная оценка перспектив» — пожилые люди испытывают страх за свое будущее и будущее близких людей, ощущение непонятной угрозы, повышенную эмоциональную чувствительность.

Результаты оценки тревожности актуализируют проблему поддержки серебряных волонтеров, необходимости оказания своевременной психологической помощи, обучения навыкам саморегуляции и профилактики эмоционального выгорания.

### Обсуждение

Полученные данные задают направленность исследовательской перспективы в области психиче-

ского здоровья пожилых людей, выявления факторов, способствующих его сохранению и укреплению. Одним из направлений может стать сравнительное исследование психологических характеристик лиц старшего поколения, участвующих в добровольческой деятельности, и пожилых людей, не имеющих подобного опыта; оценка субъективного психологического благополучия серебряных волонтеров, изучение когнитивных способностей и особенностей психических процессов социально активных пожилых людей.

В этом ключе представляются интересными работы отечественных и зарубежных авторов по вопросам развития добровольческой деятельности среди граждан пожилого возраста.

В исследовании А. Okulicz-Kozaryn и соавт. подчеркивается, что поощрение волонтерства является одним из способов повышения субъективного благополучия пожилых людей [8].

G. Vackes рассматривает практику волонтерства с позиций гендерного подхода, отмечая, что для женщин волонтерская деятельность может открыть подходы и перспективы для улучшения индивидуальной жизненной ситуации, особенно посредством социальной интеграции, придания смысла жизни и, таким образом, улучшения здоровья и психосоциального статуса. Особенно важной волонтерская деятельность может стать для женщин в кризисной ситуации, сопровождающейся потерей смыслов и жизненных ориентиров [9].

В работе Н. Lee изучалось воздействие волонтерства на корейских пожилых людей. Результаты показали, что добровольческая деятельность среди пожилых людей оказалась положительно связанной с физическим здоровьем, отрицательно связанной с депрессией и положительно связанной с самоуважением. Результаты свидетельствуют о том, что волонтерство укрепило здоровье пожилых добровольцев, но чрезмерная волонтерская деятельность может ухудшить психическое здоровье [10].

Результаты исследования Н. С. Но позволили выявить взаимосвязь между добровольчеством тайваньских пожилых людей и их психологическим благополучием — зафиксирован более высокий уровень психологического благополучия у пожилых людей, которые участвовали в волонтерской работе, чем у тех, кто этого не делал [11].

M. Musick и соавт. в своем исследовании выделяют ряд причин, по которым волонтерство может принести пользу психическому здоровью, особенно пожилым людям. Волонтерская работа улучшает доступ к социальным и психологическим ресурсам, которые, как известно, противостоят негативным настроениям, таким как депрессия и беспокойство. Некоторое влияние волонтерства на депрессию среди пожилых людей объясняется социальной интеграцией, которой оно способствует. Выявлено, что волонтерство по религиозным причинам более полезно для психического здоровья, чем волонтерство по светским причинам [12].

О. А. Парфенова анализирует деятельность неправительственных организаций, призванных привлечь пожилых людей к волонтерству и гражданскому участию. Автор отмечает, что волонтерство помогает пожилым людям преодолеть социальную изоляцию в таких областях, как социальные отношения, местные сообщества и среда обитания, гражданское участие, социально-культурная сфера. Трудности в продвижении волонтерства и гражданского участия заключаются в следующем: отсутствие стабильных моделей «активного образа жизни» в пожилом возрасте; нежелание помогать; страх; отсутствие регулярного и хорошо организованного обучения и поддержки добровольцев; негативный опыт и последующее разочарование [13].

В этой связи на государственном уровне представляется актуальной разработка и внедрение системы мероприятий, направленных на развитие социальной активности граждан пожилого возраста.

### Заключение

Результаты исследования позволяют заключить, что добровольческую деятельность можно рассматривать как ресурс укрепления психического здоровья пожилых людей и важную составляющую успешного старения и активного долголетия.

Участие в волонтерской деятельности позволяет пожилым людям ощутить свою сопричастность с важным делом, повысить самооценку, расширить круг социальных контактов, наполнять жизнь смыслом, получать удовлетворение и поддерживать позитивное отношение к жизни.

Оценка психологических особенностей серебряных волонтеров позволила выявить, что лица, длительно и регулярно участвующие в добровольческой деятельности, считают свою жизнь осмысленной и продуктивной, обладают хорошими показателями жизнестойкости и психологической устойчивости.

Задача государственных и общественных структур — содействовать развитию серебряного волонтерства, формированию образа «позитивной старости», способствовать поддержанию здоровья пожилых людей, продлевая их активное участие в жизни общества.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

- Havighurst R. J. Successful aging // *The Gerontologist*. 1961. Vol. 1. P. 8—13.
- Rowe J. W., Kahn R. L. Successful aging // *The Gerontologist*. 1997. Vol. 37, N 4. P. 433—440.
- Basnet R., Shakya N. Factors influencing successful aging among older adults // *J. Nepal Health Res. Counc.* 2023. Vol. 20, N 3. P. 708—711. DOI: 10.33314/jnhrc.v20i3.4112
- Çol B. K., Basaran A. G. The effect of leisure activities on successful aging // *Niger. J. Clin. Pract.* 2022. Vol. 25, N 11. P. 1904—1910. DOI: 10.4103/njcp.njcp\_384\_22
- Zhao X., Yu J., Liu N. Relationship between specific leisure activities and successful aging among older adults // *J. Exerc. Sci. Fit.* 2023. Vol. 21, N 1. P. 111—118. DOI: 10.1016/j.jesf.2022.11.006
- Gu C. Y., Jullamate P., Nadarajan S. et al. Factors related to successful aging among community-dwelling elderly in Wenzhou, China // *Front. Nurs.* 2023. Vol. 1. P. 65—72. DOI: 10.2478/fon-2023-0007
- Iwamasa G. Y., Iwasaki M. A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults // *J. Cross-Cult. Gerontol.* 2011. Vol. 26, N 3. P. 261—278.
- Okulicz-Kozaryn A., Morawski L. Effect of volunteering and pensions on subjective wellbeing of elderly — are there cross-country differences? // *Appl. Res. Qual. Life.* 2021. Vol. 16, N 5. P. 1943—1959. DOI: 10.1007/s11482-020-09849-8
- Backes G. M. Zur Bedeutung des sozialen Ehrenamtes für ältere und alte Frauen // *Z. Gerontol.* 1993. Vol. 26, N 5. P. 349—354.
- Lee H. Volunteering and health among older koreans: a longitudinal analysis // *Innov. Aging.* 2017. Vol. 1. P. 1197—1198. DOI: 10.1093/geroni/igx004.4358
- Ho H. C. Elderly volunteering and psychological well-being // *Int. Social Work.* 2015. Vol. 60, N 4. P. 1028—1038. DOI: 10.1177/0020872815595111
- Musick M., Wilson J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups // *Soc. Sci. Med.* 2015. Vol. 56. P. 259—269. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00025-4
- Parfenova O. A. Вовлечение пожилых в волонтерскую и гражданскую активность как инструмент преодоления социального исключения // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены.* 2020. № 4. С. 119—135. DOI: 10.14515/monitoring.2020.4.1580

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

- Havighurst R. J. Successful aging. *The Gerontologist*. 1961;1:8—13.
- Rowe J. W., Kahn R. L. Successful aging. *The Gerontologist*. 1997;37(4):433—440.
- Basnet R., Shakya N. Factors influencing successful aging among older adults. *J. Nepal Health Res. Counc.* 2023;20(3):708—711. DOI: 10.33314/jnhrc.v20i3.4112
- Çol B. K., Basaran A. G. The effect of leisure activities on successful aging. *Niger. J. Clin. Pract.* 2022;25(11):1904—1910. DOI: 10.4103/njcp.njcp\_384\_22
- Zhao X., Yu J., Liu N. Relationship between specific leisure activities and successful aging among older adults. *J. Exerc. Sci. Fit.* 2023;21(1):111—118. DOI: 10.1016/j.jesf.2022.11.006
- Gu C. Y., Jullamate P., Nadarajan S. et al. Factors related to successful aging among community-dwelling elderly in Wenzhou, China. *Front. Nurs.* 2023;1:65—72. DOI: 10.2478/fon-2023-0007
- Iwamasa G. Y., Iwasaki M. A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults. *J. Cross-Cult. Gerontol.* 2011;26(3):261—278.
- Okulicz-Kozaryn A., Morawski L. Effect of volunteering and pensions on subjective wellbeing of elderly — are there cross-country differences? *Appl. Res. Qual. Life.* 2021;16(5):1943—1959. DOI: 10.1007/s11482-020-09849-8
- Backes G. M. Zur Bedeutung des sozialen Ehrenamtes für ältere und alte Frauen. *Z. Gerontol.* 1993;26(5):349—354.
- Lee H. Volunteering and health among older koreans: a longitudinal analysis. *Innov. Aging.* 2017;1:1197—1198. DOI: 10.1093/geroni/igx004.4358
- Ho H. C. Elderly volunteering and psychological well-being. *Int. Social Work.* 2015;60(4):1028—1038. DOI: 10.1177/0020872815595111
- Musick M., Wilson J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Soc. Sci. Med.* 2015;56:259—269. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00025-4
- Parfenova O. A. Involvement of the elderly in volunteer and civic activity as a tool to overcome social exclusion. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes.* 2020;(4):119—135. (In Russ.) DOI: 10.14515/monitoring.2020.4.1580

Горский А. А.

## МЕДИЦИНСКАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ: УЧАСТИЕ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина, 119071, Москва, Россия

*В статье рассматривается практика медицинской благотворительности как добродетельной деятельности в области оказания медицинской помощи. Основное внимание уделено некоммерческим организациям, которые в соответствии с законодательством имеют статус неправительственных организаций или негосударственных организаций. Представлен обзор основных видов деятельности НКО с акцентом на участие в организации и финансировании медицинских научных исследований.*

**Ключевые слова:** профессиональная подготовка, образование, медицинские кадры, компетенции, профессионализм

**Для цитирования:** Горский А. А. Медицинская благотворительность: участие некоммерческих организаций в сфере медицинских научных исследований. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):701—705. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-701-705>

**Для корреспонденции:** Горский Антон Александрович; e-mail: [gorskij-aa@rguk.ru](mailto:gorskij-aa@rguk.ru)

Gorsky A. A.

## MEDICAL CHARITY: PARTICIPATION OF NON-PROFIT ORGANIZATIONS IN THE FIELD OF MEDICAL SCIENTIFIC RESEARCH

A. N. Kosygin Russian State University, 119071, Moscow, Russia

*The article examines the practice of medical charity as a virtuous activity in the field of medical care. The main attention is paid to non-profit organizations that, in accordance with the legislation, have the status of non-governmental organizations or non-governmental organizations. An overview of the main activities of NGOs with an emphasis on participation in the organization and financing of medical research is presented.*

**Keywords:** professional training; education; medical personnel; competencies; professionalism

**For citation:** Gorsky A. A. Medical charity: participation of non-profit organizations in the field of medical scientific research. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):701–705 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-701-705>

**For correspondence:** Anton A. Gorsky; e-mail: [gorskij-aa@rguk.ru](mailto:gorskij-aa@rguk.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

### Введение

С середины 1970-х гг. в развивающихся странах значительно увеличилось число некоммерческих организаций (НКО; негосударственных организаций, неправительственных организаций — в рамках данной статьи указанные понятия рассматриваются как синонимичные). Правительства во всем мире, особенно в развивающихся странах, считают НКО наиболее подходящим способом достижения максимального охвата населения медицинскими услугами. Соответственно, такие организации могут осуществлять инновационную деятельность, привлекать к участию общественность, особенно в неблагополучных и сельских общинах, и расширять возможности населения (которое живет в самых слабых слоях общества), помогая им улучшить качество их жизни [1]. Исследования на данный момент показывают, что обязанности НКО в секторе здравоохранения неодинаковы в каждой стране, и это зависит от некоторых специфических характеристик каждого региона, включая уровни развития, институциональную структуру, культуру и традиции, ресурсы и другие потребности. Исследования,

касающиеся деятельности НКО в различных странах, дополнительно продемонстрировали, что такие организации просто предоставляют населению медицинские услуги в 9 категориях:

- 1) больничные (общие, специализированные и психологические);
- 2) амбулаторные;
- 3) мобильные;
- 4) реабилитационные;
- 5) долгосрочные;
- 6) вспомогательные;
- 7) диагностические (визуализация);
- 8) профилактические (мать—ребенок, гигиена труда, школа, семья, программы профилактики заболеваний);
- 9) другие услуги общественного здравоохранения.

В качестве других услуг были введены доставка медицинских товаров, исследования в области здравоохранения, финансирование и управление системой здравоохранения [2]. Гражданским обществом НКО также были признаны наиболее важными и лучшими инструментами организации участия общественности. Будучи некоммерческими добро-

вольческими организациями, НКО служат людям, поэтому благотворительные организации называются «голосом народа» [3].

### Материалы и методы

При работе над темой были использованы общенаучные методы исследования, а также контент-анализ зарубежных публикаций, посвященных участию НКО в медицинских исследованиях. Поскольку наибольшее число НКО, участвующих в медицинской благотворительности, сосредоточено в Соединенных Штатах Америки, основной фокус внимания был сосредоточен на публикациях американских авторов.

### Результаты и обсуждение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила системы здравоохранения как «все организации, учреждения и ресурсы, которые направлены на осуществление действий в области здравоохранения» в Докладе о мировом здравоохранении за 2000 г. Это определение включает в себя полный спектр участников, участвующих в предоставлении и финансировании услуг здравоохранения, включая государственный, некоммерческий и коммерческий частный секторы, а также международных и двусторонних доноров, фонды и добровольные организации, участвующие в финансировании или осуществлении мероприятий в области здравоохранения [4]. Ожидается, что системы здравоохранения будут эффективно, действенно и справедливо удовлетворять потребности населения. ВОЗ позже включила усилия по влиянию на детерминанты здоровья, которые сделали системы здравоохранения чем-то большим, чем просто пирамида государственных учреждений, предоставляющих индивидуальные медицинские услуги [5]. Таким образом, системы здравоохранения работают на центральном, региональном, районном, общинном и домашнем уровнях, и, следовательно, все эти структуры необходимо учитывать на всех уровнях обсуждения укрепления систем здравоохранения. Функции систем здравоохранения были наиболее полно описаны в Докладе ВОЗ о мировом здравоохранении за 2000 г., а позднее доработаны в 2007 г.

Укрепление системы здравоохранения определяется как любой набор инициатив и стратегий, которые улучшают одну или несколько функций системы здравоохранения, что приводит к улучшению здоровья за счет улучшения доступа, охвата, качества и безопасности [6]. Важность укрепления государственных, частных и общинных систем здравоохранения подчеркивалась во множестве документов различными международными, региональными и национальными органами, занимающимися вопросами здравоохранения, такими как ВОЗ, USAID, Глобальный фонд и т. д. Слабые места и пробелы в системах здравоохранения ограничивают достижение желаемых результатов от вмешательств на различных уровнях и, следовательно, препятствуют до-

стижению более широких национальных и международных целей в области здравоохранения.

Результативное и ответственное управление рассматривается как один из жизненно важных критериев и показателей эффективности системы общественного здравоохранения. Поскольку укрепление здоровья является одним из национальных приоритетов и главной ответственностью правительств, его реализация требует постоянного формирования видения, освещения политики, ориентиров и законодательства в области здравоохранения, а также установления межсекторального сотрудничества между всеми соответствующими и не относящимися непосредственно к сфере здравоохранения организациями и оказания им поддержки. Кроме того, существует острая необходимость в создании безопасной и надежной информационной системы, обеспечивающей распространение знаний, технологий и компетенций [7]. Несмотря на это, государственный сектор практически во всех странах мира не может обеспечить 100-процентного охвата населения медицинскими услугами по различным причинам, таким как недостаточная инфраструктура, ограниченное финансирование и ресурсы, длительная административная структура и бюрократия, политическая нестабильность, неэффективная и неквалифицированная рабочая сила, низкое качество услуг и дискриминационное распределение государственных ресурсов и учреждений и пр.

В развивающихся странах состояние здоровья также плохо оценивается из-за отсутствия доступа к услугам здравоохранения, обусловленного финансовыми, географическими, физическими и социальными причинами, наряду с острой бедностью, низкой осведомленностью и медицинской грамотностью в обществе, а также неравенством в получении таких услуг [8, 9].

Благотворительные организации здравоохранения излечивают болезни, лечат и поддерживают больных и инвалидов, стремятся улучшить медицинское лечение и способствуют пониманию ответственностью конкретных рисков для здоровья, болезней и инвалидности. Благотворительность в области здравоохранения (медицинская благотворительность) может быть классифицирована по 4 направлениям:

1. *Конкретные болезни и расстройства.* Благотворительные организации, деятельность которых сфокусирована в области болезней и расстройств, — это многофункциональные организации, которые ищут способы лечения конкретных заболеваний и расстройств или продвигают определенные медицинские технологии, предоставляя прямые услуги, добываясь понимания и поддержки общественности и финансируя некоторые целевые медицинские исследования.

2. *Медицинские исследования.* Медицинские исследовательские организации сосредотачивают основную часть своих усилий на изучении причин и способов лечения болезней и разработке новых методов лечения.

История и социология здравоохранения и медицины

3. *Поддержка пациентов и их семей.* Организации по поддержке пациентов и семей предлагают программы организации лечения и реабилитации, кемпинговые программы, помощь в обеспечении жильем или оплата проезда и другие услуги для членов семьи и пациентов, у которых диагностировано серьезное заболевание.

4. *Услуги по лечению и профилактике.* Благотворительные организации занимаются предоставлением прямых медицинских услуг и просвещением

населения о способах профилактики заболеваний и снижения рисков для здоровья.

Мировой ландшафт медицинской благотворительности накопил аналитические данные, отражающие влияние деятельности НКО на разработку лекарственных средств, создание медицинских изделий и иные научные разработки в области медицины. Наиболее авторитетные во всем мире НКО, вкладывающие значительные финансовые средства в научно-исследовательскую деятельность, указаны в таблице.

**НКО — мировые лидеры по организации научных исследований**

НКО	Характеристика ее деятельности	Основные достижения
Американская кардиологическая ассоциация	Основана в 1924 г. группой из 6 кардиологов для проведения исследований стратегий профилактики и лечения сердечных заболеваний. Сегодня это международная организация, занимающаяся продвижением медицинских исследований с целью снижения смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями	С момента своего основания Американская ассоциация сердца инвестировала более 4,8 млрд долл. в более чем 47 тыс. исследовательских проектов для улучшения здоровья сердца миллионов людей по всему миру. Например, они профинансировали работу 14 ученых — лауреатов Нобелевской премии, и их усилия способствовали снижению смертности от болезни сердца на 15,1% и на 13,6% смертей от инсульта с 2018 г.
Детская исследовательская больница Святого Иуды	Основана в 1962 г. Дэнни Томасом для оказания помощи местным сообществам после того, как он добился успеха в качестве артиста. Сегодня организация является ведущей силой в понимании и лечении детских заболеваний, включая детский рак. Детская больница Святого Иуды продвигает методы лечения и профилактики детских заболеваний с помощью исследований и лечения. Они делают это, предоставляя прямое лечение детям с опасными для жизни заболеваниями, включая экспериментальное или специализированное лечение для детей, которые не реагировали на стандартный уход. Они также бесплатно предоставляют ресурсы и услуги поддержки семьям на всех этапах лечения. Кроме того, они финансируют исследования, чтобы лучше понимать болезни, включая детский рак, и разрабатывать передовые методы лечения. Кроме того, они предлагают обучение для будущих клиницистов и биомедицинских исследователей	С момента своего основания Детская исследовательская больница Святого Иуды стала известна как один из ведущих в мире центров по исследованию детского рака. Их инвестиции в исследования помогли увеличить общую выживаемость при детском раке с 20% до более чем 80%, и они несут ответственность за некоторые из наиболее значительных разработок в области лечения детских заболеваний за всю историю отрасли. Например, в 1996 г. доктор Сент-Джуд Питер Доэрти был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине за свои исследования вирусных инфекций и трансплантации органов
Фонд исследований рака молочной железы	Основан в 1993 г. Эвелин Лаудер и доктором Ларри Нортоном для продвижения исследований рака молочной железы. Признавая сложность заболевания, они поддерживают различные области внимания, чтобы убедиться, что они исследуют его со всех сторон. Например, их исследование в области биологии опухолей анализирует анатомию раковых опухолей, чтобы лучше понять, как они реагируют на различные методы лечения. Кроме того, их исследования в области наследственности и генетики сосредоточены на том, как семейная история, раса и этническая принадлежность влияют на риск развития рака молочной железы	С момента своего основания фонд собрал более 1 млрд долл., чтобы покончить с раком молочной железы, что делает их крупнейшим в мире частным спонсором исследований рака молочной железы. За это время исследователи, поддерживаемые благотворительностью, участвовали в каждом крупном прорыве в профилактике рака молочной железы, диагностике, лечении, выявлении метастазов и выживании. Например, исследование, проведенное доктором Нэнси Лин, привело к одобрению Тукисы (тукатиниба) в качестве первого в истории препарата для лечения HER2-положительного рака молочной железы, который распространился на мозг
Американский фонд исследований СПИДа	Основан в 1985 г. доктором Матильдой Крим и доктором Майклом Готтлибом для сбора средств на исследования в области ВИЧ и СПИДа. Сегодня они являются одной из ведущих в мире НКО, занимающихся исследованиями СПИДа. Их программа стипендий Матильды Крим в области биомедицинских исследований помогает начинающим исследователям исследовать новые идеи, помогая им перейти от докторской программы к независимой исследовательской карьере. В качестве другого примера — их целевые гранты финансируют команды исследователей, работающих над лечением СПИДа путем уничтожения инфицированных клеток, оставшихся после существующих методов лечения. Кроме того, они борются с ВИЧ и СПИДом на глобальном уровне посредством их лечения	С момента своего основания фонд инвестировал почти 617 млн долл. в свои программы и выделил 3500 грантов на продвижение исследований СПИДа. Например, только в 2021 г. они оказали поддержку 30 исследовательским группам и профинансировали 600 тыс. долл. на исследования в области генной терапии для лечения ВИЧ. В том же году их программа TREAT Asia получила от Национальных институтов здравоохранения грант на продление в размере 15 млн долл. для продолжения исследований и лечения в Азии и Южной части Тихого океана. В настоящее время их сеть состоит из 21 педиатрического и 21 взрослого центров по всему региону
KidneyCure	Основана в 2012 г. Американским обществом нефрологов для сокращения случаев заболеваний почек по всей территории США. Сегодня благотворительная организация работает над предотвращением заболеваний почек и связанных с ними осложнений с помощью исследований и инноваций. KidneyCure продвигает медицинские исследования, предоставляя средства для профилактики, лечения и излечения заболеваний почек. Они делают это, присуждая независимые гранты новым исследователям, разрабатывающим новые идеи при заболеваниях почек и связанных с ними осложнениях. И они помогают следующему поколению исследователей набираться опыта, позволяя студентам и стипендиатам участвовать в их исследовательских проектах. Кроме того, они финансируют ученых-клиницистов для продвижения образования в области нефрологии	С момента своего основания KidneyCure инвестировала более 46 млн долл. в борьбу с заболеваниями почек. Например, только в 2019 г. они предоставили около 3 млн долл. в виде грантов 46 ведущим исследователям почек и преподавателям для продвижения области ухода за почками. Например, в 2022 г. они присудили грант Ven J. Lipps на соискание премии научного сотрудника Джонни Бу Саба для изучения потенциальных репаративных результатов регуляторной T-клеточной терапии для содействия раннему восстановлению тканей у пациентов с трансплантацией почки

НКО	Характеристика ее деятельности	Основные достижения
Фонд исследований мозга и поведения	Основан в 1987 г. небольшой группой членов семей людей с психическими заболеваниями, которые были полны решимости увеличить темпы исследований для поиска причин, методов лечения и излечения психических заболеваний. Сегодня они являются главным неправительственным спонсором грантов на исследования в области психического здоровья в США. Фонд присуждает гранты ученым, исследующим новые способы понимания, профилактики и лечения психических заболеваний. Например, в 2005 г. он финансировал исследования по новой технологии под названием «оптогенетика», которая сейчас используется в тысячах лабораторий по всему миру для выявления механизмов, вызывающих депрессию, тревогу и посттравматическое стрессовое расстройство	С момента своего основания Фонд исследований мозга и поведения выделил более 430 млн долл. для финансирования более 6200 грантов на исследования в области психического здоровья. Их финансирование напрямую способствовало некоторым крупнейшим прорывам в обществе психиатров, включая первые быстродействующие антидепрессанты, неинвазивную стимуляцию мозга и компьютерную раннюю диагностику психических заболеваний
Американский фонд исследования слуха	Основан в 1956 г. доктором Дж.Э. Шамбо для финансирования исследований по потере слуха и нарушениям равновесия. Сегодня организация работает над тем, чтобы лучше понимать слух и равновесие, а также обучать людей профилактике потери слуха. Их исследовательский комитет выбирает 5—10 проектов для финансирования в год, отдавая приоритет предложениям, которые включают новаторские исследовательские идеи. Например, в 2002 г. они финансировали исследования, которые привели к открытию гена глухоты человека. Они также работают над просвещением общественности по вопросам профилактики потери слуха с помощью своего двухлетнего информационного бюллетеня и образовательных ресурсов на своем веб-сайте	С момента своего основания фонд профинансировал сотни проектов, направленных на улучшение понимания нарушений слуха и равновесия. Например, в период с 2010 по 2022 г. они профинансировали 106 проектов, выделив гранты на сумму более 2,5 млн долл., включая проект, который привел к открытию корней волосных клеток, изменив представление ученых о внутреннем ухе

Источник: составлено автором на основе: 9 best charities that advance medical research (complete 2023 list). URL: <https://impactful.ninja/best-charities-for-medical-research/> (дата обращения: 14.03.2023).

Ассоциация медицинских исследовательских благотворительных организаций (AMRC) — членская организация, занимающаяся поддержкой медицинских исследовательских благотворительных организаций в спасении и улучшении жизней посредством исследований и инноваций. AMRC объединяет и поддерживает медицинские благотворительные организации для проведения высококачественных исследований, влияя таким образом на политику и исследования и подчеркивая вклад сектора в здравоохранение пациентов и общества.

Приоритеты пациентов определяют направление благотворительных исследований таким образом, чтобы финансирование направлялось туда, где это принесет наибольшую пользу жизни людей. По данным AMRC, 91% благотворительных организаций используют голос пациента в своих исследованиях, стратегии или работе по оказанию влияния, при этом 24% медицинских изделий и вмешательств, о которых сообщили общественные организации, были получены в результате благотворительного финансирования.

Ассоциация инвестирует в исследования, которые улучшают медицинское обслуживание людей с неудовлетворенными потребностями, таких как те, кто живут с запущенными состояниями и редкими заболеваниями. Исследования редких заболеваний финансируют 67 благотворительных организаций AMRC, 66% государственного финансирования исследований рака обеспечивается благотворительными организациями AMRC.

Благотворительные организации объединяют людей и организации по всему миру, налаживая партнерские отношения и привлекая инвестиции для перспективных исследований, которые позво-

лят быстрее принести пользу пациентам. 25% случаев сотрудничества, о которых сообщили государственные спонсоры за последние 20 лет, частично были результатом благотворительного финансирования. За последние 20 лет благотворительные организации AMRC выделили 7 млрд фунтов стерлингов на медицинские исследования в Великобритании.

### Заключение

Во всем мире достижения в области медицинских исследований спасают жизни, знакомя медицинских работников с новейшими и наиболее инновационными методами профилактики, лечения и излечения от болезней. В 2022 г. в мире было проведено 426 709 клинических исследований с целью поиска методов лечения смертельных заболеваний, организованных при поддержке НКО. Чтобы исследовать свои идеи исследователи полагаются на финансирование от различных учреждений, включая гранты НКО.

Таким образом, новые способы организации и оказания медицинской помощи, а также организация и проведение научных исследований для общественного здоровья, поддерживаемые деятельностью НКО, становятся все более распространенными во многих странах. При этом растет общественная и административная убежденность в том, что они повышают эффективность предоставления услуг общественного здравоохранения, а также способствуют выработке эффективной социальной политики.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Das N., Kumar R. Role of non-governmental organizations in healthcare sector of India. Dehli; 2016.
2. OECD, Eurostat, WHO. A system of health accounts 2011: revised edition. Paris; 2017.
3. Damari B., Heidarnia M., Rahbari M. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion // *J. Iran Institute Health Sci. Res.* 2014. Vol. 13, N 5. P. 541—550.
4. World Health Organization. Health systems: Improving performances: World Health Report 2000. Geneva; 2000.
5. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva; 2007.
6. Mills A., Rasheed F., Tollman S. Disease control priorities in developing countries. N.Y.; 2006.
7. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health system performance. Geneva; 2000.
8. Ejaz I., Shaikh B., Rizvi N. NGOs and government partnership for health systems strengthening: a qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan // *BMC Health Serv. Res.* 2011. Vol. 11, N 122. P. 1—7.
9. Levin A., Kaddar M. Role of the private sector in the provision of immunization services in low- and middle-income countries // *Health Policy Plan.* 2011. Vol. 26. P. 4—12.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Das N., Kumar R. Role of non-governmental organizations in healthcare sector of India. Dehli; 2016.
2. OECD, Eurostat, WHO. A system of health accounts 2011: revised edition. Paris; 2017.
3. Damari B., Heidarnia M., Rahbari M. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. *J. Iran Institute Health Sci. Res.* 2014;13(5):541—550.
4. World Health Organization. Health systems: Improving performances: World Health Report 2000. Geneva; 2000.
5. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva; 2007.
6. Mills A., Rasheed F., Tollman S. Disease control priorities in developing countries. N.Y.; 2006.
7. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health system performance. Geneva; 2000.
8. Ejaz I., Shaikh B., Rizvi N. NGOs and government partnership for health systems strengthening: a qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. *BMC Health Serv. Res.* 2011;11(122):1—7.
9. Levin A., Kaddar M. Role of the private sector in the provision of immunization services in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 2011;26:4—12.



Губачев Н. Н., Титов В. Н., Усачева А. С.

**К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ ПОНЯТИЯ «ПРОФЕССИОНАЛИЗМ» ПРИМЕНИТЕЛЬНО К РАБОТНИКАМ СФЕРЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина, 119071, Москва, Россия

В статье представлен обзор зарубежных публикаций, отражающих подходы к определению сущности понятия «профессионализм» применительно к представителям сферы здравоохранения и медицины. Отмечены основные личностные и профессиональные качества врача, которые ассоциируются у пациентов с понятием «профессионализм». Отмечено, что на формирование профессионального поведения оказывают влияние не только личностные качества медицинского работника, но и условия трудовой среды медицинской организации, в которой он осуществляет профессиональную деятельность. Сделан вывод о том, что формирование профессионализма медицинского работника должно осуществляться при участии как самого работника, так и системы общественного здравоохранения и системы медицинского профессионального образования.

**Ключевые слова:** профессиональная подготовка; образование; медицинские кадры; компетенции; профессионализм

**Для цитирования:** Губачев Н. Н., Титов В. Н., Усачева А. С. К вопросу о содержании понятия «профессионализм» применительно к работникам сферы медицины и здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):706—710. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-706-710>

**Для корреспонденции:** Усачева Анна Сергеевна; e-mail: [usacheva-as@rguk.ru](mailto:usacheva-as@rguk.ru)

Gubachev N. N., Titov V. N., Usacheva A. S.

**ON THE QUESTION OF THE CONTENT OF THE CONCEPT OF «PROFESSIONALISM» IN RELATION TO WORKERS IN THE FIELD OF MEDICINE AND HEALTHCARE**

A. N. Kosygin Russian State University, 119071, Moscow, Russia

The article presents an overview of foreign publications reflecting approaches to the definition of the essence of the concept of «professionalism» in relation to representatives of the field of health and medicine. The main personal and professional qualities of the doctor, which are associated with the concept of «professionalism» in patients, are noted. It is noted that the formation of professional behavior is influenced not only by the personal qualities of a medical worker, but also by the working environment of the medical organization in which he carries out professional activities. It is concluded that the formation of the professionalism of a medical worker should be carried out with the participation of both the employee himself and the public health system and the system of medical professional education.

**Keywords:** professional training; education; medical personnel; competencies; professionalism

**For citation:** Gubachev N. N., Titov V. N., Usacheva A. S. On the question of the content of the concept of «professionalism» in relation to workers in the field of medicine and healthcare. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):706—710 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-706-710>

**For correspondence:** Anna S. Usacheva; e-mail: [usacheva-as@rguk.ru](mailto:usacheva-as@rguk.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023**Введение**

На протяжении 24 столетий клятва Гиппократова, которую приносят врачи, обеспечивала более широкие принципы медицинского профессионализма при оказании клинической помощи, нежели только «благотворительность, отсутствие вреда и конфиденциальность» [1, 2]. Эти ключевые компоненты понятия «профессионализм», основанные на нормах морали и добродетели, были экстраполированы для построения формальных и неформальных рамок, которые были включены в заявления о миссии, политику и процедуры организаций здравоохранения, а также профессиональными медицинскими сообществами. Возрастающая сложность оказания медицинской помощи за последние несколько десятилетий, в основном из-за корпоратизации, подчеркнула важность более со-

гласованного предоставления безопасной, эффективной, ориентированной на пациента, своевременной, действенной и справедливой клинической помощи, которая обрела черты междисциплинарности.

Кроме того, быстрое распространение новых знаний, big data и навыков, соизмеримых с технологическими достижениями, породили новые требования и ожидания со стороны пациентов относительно совокупности компетенций, которыми должен обладать медицинский работник.

Таким образом, актуальна проблема изучения феномена профессионализма, его составляющие и восприятие разными целевыми группами, а также непрофессионализм как антипод профессиональных поведенческих практик, обязанных быть исключенными из трудовой деятельности медицинских работников.

## Материалы и методы

Работа представляет собой обзор научных публикаций по вопросам изучения феномена профессионализма в медицинской профессии. Исследование проведено с использованием общенаучных методов исследования: анализа, синтеза, сравнения, группировки. В его основу легли публикации в зарубежной научной литературе за период с 1990 г. по настоящее время.

## Результаты и обсуждение

Со времен Гиппократов профессионализм был основополагающим принципом в медицинской практике, служащим «основой контракта медицины с обществом» [3].

Профессионализм медицинского работника, или медицинский профессионализм — это ежедневное выражение желания помогать людям и обществу в целом, предоставляя качественную медицинскую помощь тем, кто в ней нуждается.

Сегодняшнее определение медицинского профессионализма эволюционирует — от автономии к подотчетности, от экспертного мнения к доказательной медицине, от личных интересов к командной работе и общей ответственности. Для многих медицинский профессионализм — это «сердце и душа медицины». Это больше, чем приверженность своду медицинской этики, это то, что изначально привлекло их в области медицины.

Сегодня многие врачи сталкиваются с серьезными препятствиями на пути реализации идеалов медицинского профессионализма на практике. Эти препятствия варьируются от трудностей, с которыми сталкиваются на индивидуальном уровне, до проблем, существующих во всей системе.

Концепция профессионализма для поставщиков медицинских услуг и организаций может служить руководством для принятия решений в сложной с финансовой точки зрения, быстро меняющейся и этически сложной среде. Профессионализм основан на определенном наборе принципов и обязательств, которые обеспечивают ориентацию на мысли и действия данной профессии.

Понимание медицинского профессионализма включает сценарии из реальной жизни, которые иллюстрируют подводные камни и проблемы, с которыми сталкиваются практикующие врачи. Понимание медицинского профессионализма строится на четырех ключевых предпосылках:

- медицинский профессионализм можно рассматривать как набор специфических навыков и моделей поведения, которые можно четко продемонстрировать;
- вызовы медицинскому профессионализму в клинических или образовательных учреждениях — это не редкие события, а повседневные явления, которые можно выявить и которыми можно управлять;
- медицинский профессионализм — это системный вопрос, актуальный для всех лиц, осу-

ществляющих уход, и администраторов в команде здравоохранения;

- профессионализм должен быть делом всей жизни, а не рассматриваться как статичная тема для краткого периода обучения или курса. Скорее, это компетенция, выработанная с течением времени.

Концепция профессионализма для поставщиков медицинских услуг и организаций может служить руководством для принятия решений в сложной с финансовой точки зрения, быстро меняющейся и этически сложной среде. В 2002 г. Фонд АВИМ совместно с Фондом АСР и Европейской федерацией внутренней медицины издали книгу «Медицинский профессионализм в новом тысячелетии: хартия врача» [4]. С тех пор этот основополагающий документ был одобрен 109 организациями и распространено более 100 тыс. экземпляров. Профессионализм основан на определенном наборе принципов и обязательств, которые обеспечивают ориентацию на мысли и действия данной профессии. Эта хартия получила широкое признание врачей, но ее влияние на качество медицинской помощи и опыт пациентов все чаще признается как взаимосвязанное с профессионализмом организаций здравоохранения [5].

Основополагающими принципами Хартии являются приоритет благополучия пациентов, автономия пациентов и социальная справедливость. Хартия также формулирует профессиональные обязательства врачей и медицинских работников в современную эпоху. Постепенно эти ключевые компетенции стали включаться в медицинское образование и профессиональную подготовку как для студентов, так и для выпускников с акцентом на приемлемое профессиональное поведение и следование этическим принципам эффективного и безопасного оказания клинической помощи, а также для поведения в общественной сфере. Основными компонентами этой системы профессионализма являются альтруизм, надежность, ответственность, стремление к совершенству, понимание долга, свобода воли, честность, прямота и неподкупность, коллегиальность, уважение к другим, непрерывное обучение и совершенствование, а также смирение.

В связи с возрастающей сложностью профессиональной деятельности и растущим бременем болезней многие медицинские университеты мира включили положения хартии профессионализма в свои институциональные уставы. Институционализация профессионализма стала базироваться на трех областях: людях (т. е. преданном лидерстве, командах, лидерах проекта), организации (т. е. видении, миссии, ценностях, политиках и процедурах и т. д. медицинской организации) и системах (т. е. инструментах, данных, показателях, надежных процессах проверки и обучении).

Некоторые медицинские и образовательные учреждения еще больше усилили эту тематическую парадигму, создав так называемую «культуру безопасности», которая гарантирует психологическое благополучие и укрепляет доверие между ключевы-

ми членами команды и заинтересованными сторонами. Например, Центр защиты прав пациентов и профессионалов Вандербильта, основанный в 1989 г., разработал поэтапный итеративный процесс перехода от оперативного управления кризисными ситуациями, вызванными плохими исходами у пациентов, к превентивным мерам путем предупреждения выявления врачей, подверженных риску развития непрофессионального поведения, и системы мер по снижению подобных рисков<sup>1</sup>. Критические аспекты профессионализма были дополнительно усовершенствованы за счет включения в них эффективной коммуникации, доступности, командной работы, самосознания, уважения, а также технической и когнитивной компетентности.

Антиподом профессионализма выступает непрофессиональное поведение, основные факторы которого различны. Триггерами могут быть дополнительная нагрузка из-за ограниченного числа персонала, хроническая усталость и недосыпание, ведущие к эмоциональному выгоранию и низкой самооценке, различные социальные и личные факторы стресса (например, разрушенные отношения и т. д.) [7]. Врачи определенных специальностей (например, сотрудники отделений хирургии, интенсивной терапии, неотложной помощи и т. д.) и мест расположения (операционная, отделения интенсивной терапии и т. д.) могут быть подвержены развитию непрофессионального поведения из-за сценариев высокого стресса и физической среды. Вероятно, существует значительная корреляция между склонностью к синдрому эмоционального выгорания и непрофессиональным поведением, связанным с определенными чертами личности (например, интроверсией и невротизмом). Такое поведение может включать сильную самокритику, чрезмерную целеустремленность, наивность, педантизм, дисбаланс между работой и личной жизнью, нарушения адаптации, злоупотребление токсическими веществами, плохое физическое здоровье и снижение когнитивных способностей [8].

Факторы, относимые к деятельности непосредственно медицинских организаций и образовательных учреждений, также играют значительную роль. К ним относятся не поддерживающее институциональное руководство, низкая организационная культура и рабочая среда, терпимость к непрофессиональному поведению, фанатизм, бессознательная предвзятость, терпимость к микроагрессии, недостаточное признание превосходной работы и образцового поведения, недостатки в возможностях профессионального роста и развития, отсутствие систем социальной поддержки, ограничение ресурсов, неоптимальные операционные процедуры, стрессоры из-за разногласий с администраторами больницы и потеря автономии и способности принимать решения [9].

Множество фактических данных свидетельствует о том, что непрофессиональное поведение медицинских работников приводит к худшим результатам, включая увеличение числа инфекций в местах операций, повторных госпитализаций и медицинских осложнений, психологический и финансовый ущерб пациентам, вероятность предъявления исков о халатности, снижение удовлетворенности работой и увеличение числа выбывших членов команды. Таким образом, экономические, социальные и репутационные издержки игнорирования непрофессионального поведения могут быть высокими.

Однако, вместо карательного подхода к нарушениям поведения, общими целями организации здравоохранения и медицинского образования должно быть воспитание культуры профессионализма и создание основ, которые оказывают высокую поддержку всем заинтересованным сторонам. Всеобъемлющим принципом должно стать сосредоточение внимания на повторяющемся процессе непрерывного совершенствования, который характеризует «обучающуюся организацию». Сотрудничество между различными департаментами и человеческими ресурсами для развития культуры поддержки с помощью профилактических мер, ориентированных на конкретные решения индивидуального и организационного уровней, имеет решающее значение. Мультимодальные подходы, ориентированные на заслуживающее доверия институциональное лидерство, структуру управления, операции и процессы в медицинских организациях, также являются важными элементами для продвижения профессионализма.

Конкретные проблемы включают в себя решение проблем с несопоставимыми рабочими нагрузками, пересмотр ограничений рабочего времени, подходящее распределение функциональных должностей, совместное принятие решений на организационном уровне и устранение ощущаемой потери контроля и автономии посредством формирования команды и партнерских отношений на основе сотрудничества.

На индивидуальном уровне основное внимание должно уделяться осознанности, подходам к преодолению стрессовых ситуаций, содействию вовлеченности врача и лидерству в установлении требований к работе, сосредоточению внимания на вопросах, касающихся баланса между жизнью и работой, с вниманием к самообслуживанию и самоанализу ценностей и жизненных приоритетов, а также поиску поддержки со стороны персонала и программ оздоровления.

Хартия является отражением ценностей и может быть эффективной для достижения позитивных изменений в целевой аудитории. Факты указывают на то, что такой документ может стимулировать разговор и подтверждение заявленных ценностей. Структурные факторы в системе здравоохранения могут препятствовать врачам соблюдать хартию или иные другие концептуальные документы, определяющие практики профессионального поведения. В настоящее время здравоохранение является отраслью сто-

<sup>1</sup> Vanderbilt center for patient and professional advocacy. URL: <https://prd-medweb-cdn.s3.amazonaws.com/documents/cppa/files/CPPA%20INTRO%20100119.pdf> (дата обращения: 15.07.2022).

## История и социология здравоохранения и медицины

имостью более 3 трлн долл. [10], в которой, по оценкам, треть всех расходов считается «систематическим расточительством», включая ненужное и, возможно, вредное лечение. И медицинские организации, и системы здравоохранения сосредоточены на собственном финансовом благополучии во время масштабной реформы моделей оказания медицинской помощи и ее оплаты; но в то же время они могут обеспечить приоритетность своих миссий, этичность и эффективность операций, а также благополучие пациентов и поставщиков медицинских услуг. Профессиональная идеология признает высокий приоритет полезной и востребованной работы и ее социальные выгоды. Она не исключает экономических вознаграждений, но требует, чтобы эти награды приобретались с надлежащим вниманием к профессиональному обслуживанию и социальной ответственности.

Системы здравоохранения все больше диктуют практику медицинских работников, к лучшему это или к худшему, поскольку все большее число врачей работают в больницах и госпитальных системах. Таким образом, организации здравоохранения имеют возможность положительно или отрицательно влиять на поведение своих сотрудников и аффилированных врачей. Большинство членов медицинской команды мотивированы поступать правильно. Однако у поставщиков медицинских услуг и организаций есть много возможностей заниматься деятельностью, которая не соответствует принципам медицинского профессионализма.

### Заключение

Профессиональная деятельность требует от врача умения балансировать между сложными и конкурирующими ценностями и перспективами в этих сферах влияния.

Системный взгляд на профессионализм основан на понимании здравоохранения как сложной адаптивной системы, характеризующейся динамичной сетью взаимодействий между множеством сосредоточенных и децентрализованных агентов, чьи действия влияют друг на друга. Профессиональное поведение находится под глубоким влиянием организационного и экологического контекста, в котором оказывается медицинская помощь, и аналогичным образом экологический контекст формируется поведением врачей в этих областях.

Эта точка зрения важна, поскольку она подразумевает, что повышение профессионализма на практике потребует стратегий, выходящих за рамки улучшения работы отдельных врачей. Системный взгляд на профессионализм усиливает важность таких изменений, но сами врачи также несут профессиональную ответственность за то, чтобы добиваться таких изменений во всех сферах влияния, которые определяют их окружение, — от непосредственной микросистемы, в которой они практикуют, до более широкой внешней среды, которая определяет способ оказания медицинской помощи. Точно так же, как профессионализм проистекает из действий,

а не из добродетелей, функциональность системы здравоохранения проистекает из множества пересекающихся и взаимодействующих моделей поведения множества агентов. Руководители врачей несут особую ответственность за создание условий для оказания медицинской помощи, которые поощряют и поддерживают врачей действовать профессионально и извлекать уроки из сложных ситуаций. Стремление создать среду, способствующую развитию профессионализма на практике, является, пожалуй, высшим проявлением профессионализма.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Askitopoulou H., Vgontzas A. N. The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: the Hippocratic Oath from antiquity to modern times // *Eur. Spine J.* 2018. Vol. 27. P. 1481—1490.
2. Askitopoulou H., Vgontzas A. N. The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part II: interpretation of the Hippocratic Oath—today's perspective // *Eur. Spine J.* 2018. Vol. 27. P. 1491—1500.
3. Alexis D. A., Kearney M. D., Williams J. C. et al. Assessment of perceptions of professionalism among faculty, trainees, staff, and students in a large university-based health system // *JAMA Network Open.* 2020. Vol. 3, N 11. P. e2021452.
4. American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation; American College of Physicians—American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter // *Ann. Intern. Med.* 2002. Vol. 136. P. 243—246.
5. Egener B., McDonald W., Rosof B., Gullen D. Perspective: organizational professionalism: relevant competencies and behaviors // *Acad. Med.* 2012. Vol. 87. P. 668—674.
6. West C. P., Dyrbye L. N., Shanafelt T. D. Physician burnout: contributors, consequences, and solutions // *J. Intern. Med.* 2018. Vol. 283. P. 516—529.
7. Bhardwaj A. COVID-19 pandemic and physician burnout: ramifications for healthcare workforce in the United States // *J. Healthc. Leadersh.* 2022. Vol. 14. P. 91—97.
8. Bhardwaj A. Organizational culture and effective leadership in academic medical institutions // *J. Healthc. Leadersh.* 2022. Vol. 14. P. 25—30.
9. Martin A. B., Hartman M., Benson J., Catlin A. National Health Expenditure Accounts Team. National health spending in 2014: faster growth driven by coverage expansion and prescription drug spending // *Health Aff (Millwood)*. 2016. Vol. 35. P. 150—160.
10. Алексеенко С. Н., Гайворонская Т. В., Дробот Н. Н. Совместная продуктивная деятельность «преподаватель-студент» как основа эффективной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием // *Антропологическая дидактика и воспитание.* 2022. Т. 5. № 6. С. 12—30.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Askitopoulou H., Vgontzas A. N. The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: the Hippocratic Oath from antiquity to modern times. *Eur. Spine J.* 2018;27:1481—1490.
2. Askitopoulou H., Vgontzas A. N. The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part II: interpretation of the Hippocratic Oath—today's perspective. *Eur. Spine J.* 2018;27:1491—1500.

3. Alexis D. A., Kearney M. D., Williams J. C., et al. Assessment of perceptions of professionalism among faculty, trainees, staff, and students in a large university-based health system. *JAMA Network Open*. 2020;3(11):e2021452.
4. American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation; American College of Physicians—American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Ann. Intern. Med.* 2002;136:243—246.
5. Egener B., McDonald W., Rosof B., Gullen D. Perspective: organizational professionalism: relevant competencies and behaviors. *Acad. Med.* 2012;87:668—674.
6. West C. P., Dyrbye L. N., Shanafelt T. D. Physician burnout: contributors, consequences, and solutions. *J. Intern. Med.* 2018;283:516—529.
7. Bhardwaj A. COVID-19 pandemic and physician burnout: ramifications for healthcare workforce in the United States. *J. Healthc Leadersh.* 2022;14:91—97.
8. Bhardwaj A. Organizational culture and effective leadership in academic medical institutions. *J. Healthc Leadersh.* 2022;14:25—30.
9. Martin A. B., Hartman M., Benson J., Catlin A. National Health Expenditure Accounts Team. National health spending in 2014: Faster growth driven by coverage expansion and prescription drug spending. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35:150—160.
10. Alekseenko S. N., Gaivoronskaya T. V., Drobot N. N. Joint productive activity "teacher-student" as a basis for effective training of specialists with higher medical education. *Anthropological didactics and education*. 2022;5:6:12–30.

**Игнатъев В. Г.<sup>1</sup>, Затравкин С. Н.<sup>1,2</sup>**

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ «СТАРОГО» ФАРМБИЗНЕСА (2008—2011).  
СООБЩЕНИЕ 1. УГРОЗЫ И БЕЗОПАСНОСТЬ**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

*Данный цикл статей посвящен анализу политики безопасности в области лекарственного обеспечения населения Российской Федерации. Первое сообщение раскрывает причины резкого разворота правительства к фармацевтическому рынку и фармацевтической промышленности в 2007—2008 гг. На основе публикаций, авторских интервью и уникальных протокольных документов из архива правительства выявляются логика и последовательность выработки нового регуляторного соглашения между фармацевтическим бизнесом и российским государством.*

**Ключевые слова:** история фармации; фармацевтический рынок; постсоветская Россия

**Для цитирования:** Игнатъев В. Г., Затравкин С. Н. Государственная модернизация «старого» фармбизнеса (2008—2011). Сообщение 1. Угрозы и безопасность. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):711—716. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-711-716>

**Для корреспонденции:** Затравкин Сергей Наркизович; e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Ignatiev V. G.<sup>1</sup>, Zatravkin S. N.<sup>1,2</sup>**

**GOVERNMENT MODERNISATION OF THE 'OLD' PHARMACEUTICAL BUSINESS (2008—2011).  
REPORT 1. THREATS AND SECURITY**

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department, 115088, Moscow, Russia

*This series of articles analyses the drug safety policy of the Russian Federation. The first report reveals the reasons behind the government's dramatic turnaround in the pharmaceutical market and pharmaceutical industry, which emerged in 2007—2008. Based on publications, author interviews and unique protocol documents from the government archive, the logic and sequence of a new regulatory agreement between the pharmaceutical business and the Russian state are revealed.*

**Keywords:** history of pharmacy; pharmaceutical market; Post-Soviet Russia

**For citation:** Ignatiev V. G., Zatravkin S. N. Government modernisation of the 'old' pharmaceutical business (2008—2011). Report 1. Threats and security. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):711–716 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-711-716>

**For correspondence:** Sergey N. Zatravkin; e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

В рассматриваемое время жизнь российской фармы проходила под пристальным вниманием к ней со стороны государства. Никогда прежде представители властных структур не были так заинтересованы в производстве лекарств и не осуществляли столь масштабных интервенций в жизнь фармы, в том числе посредством изменений законодательства. Правительственные распоряжения, декларации, регуляторные акты затронули все стороны жизни фармы: от научных разработок молекул — кандидатов будущих лекарств до ценообразования на готовую продукцию. Данный разворот политической власти к частному бизнесу осуществлялся с целью обеспечения национальной безопасности и усовершенствования (модернизации) фармацевтической отрасли.

Олицетворением этого разворота стало принятие государственной «Стратегии развития фармацевтической промышленности на период до 2020

года» (вначале в юридическом статусе приказа Минпромторга РФ, затем как федеральной целевой программы и, наконец, как государственной программы). В этих документах фармацевтическая отрасль была названа сферой национальных (а следовательно, государственных) интересов и даже странством стратегической безопасности. Участники рынка быстро сократили длинное название стратегии до формулы — «Фарма 2020».

Выстраивание новых отношений потребовало от правительственных экспертов специфических знаний: изучения публикаций о Big Pharma, о внутренней жизни российской отрасли, мониторинга рынка, а также рефлексии над собственными целями. На выходе стратегия предусматривала предоставление фармбизнесменам ряда привилегий, но при этом обозначила государственную важность стоящих перед ними задач, социальную ответственность и необходимость соблюдения национальных интересов.

### Суверенность и безопасность

К потребности обозначить новые государственные приоритеты в пространстве фармы правительство подтолкнуло несколько обстоятельств, прежде всего — новая идеология суверенитета и безопасности.

Во второй половине 2000-х гг. понятия «суверенность» и «безопасность» стали едва ли не самыми частыми в риторике руководства страны. Под «суверенностью» понималась возможность обходиться без транснационального взаимодействия, своего рода самообеспечение и экономические «игры по собственным правилам» [1]. Подразумевалось, что глобализация противодействует этому, а потому стала интерпретироваться как вероятная угроза.

«Суверенность» шла рука об руку с понятием «безопасность». Руководители страны говорили о многообразии существующих рисков и угроз, были введены понятия: «репродуктивная», «демографическая», «продовольственная», «информационная» и даже «семейная» безопасность. На все эти угрозы государство должно было ответить созданием защитных институтов и выделить для этого дополнительные ресурсы. Такой способ консолидации против реальных и потенциальных врагов — один из самых надежных, в той или иной мере используется во всех странах.

В российский политический словарь расширительная трактовка безопасности пришла из европейских политических теорий, прежде всего Копенгагенской школы конструктивизма и Парижской школы. Дело в том, что на европейских языках это понятие передается двумя разными терминами: *insurance* и *securitization*. Лингвистические особенности порождают и недопонимание, и возможности риторических манипуляций. Раньше безопасность значила в российской политике охрану государственных границ и территорий, ответ на военные угрозы [2]. Датские политологи Д. Бузан и Дж. Девильде интерпретировали ее в качестве дискурсивной тактики, в которой актер (чаще всего государство) возводит любую проблему в ранг коллективной угрозы и оставляет за собой право на чрезвычайные действия в обход стандартных политических процедур [3].

Применение данной практики, уверяют представители этой школы, соблазнительно для любой власти, но успех зависит от готовности «аудитории» воспринимать апелляцию к страхам. Обычно люди принимают те аргументы, которые соответствуют их уже сформированным представлениям об окружающей реальности. Очевидно, поколение россиян, прошедших через слом советского уклада жизни и социалистических ценностей, пережившие голодные и криминальные 1990-е гг., испытавшие на себе реформы всего и по много раз, кризисы политической власти, дефолты и обнуление накоплений, были готовы к новым и новым нападениям, видели везде внешних и внутренних врагов. В этом смысле

это идеальная аудитория для алармистской политики.

Представители Парижской политической школы сдвинули изучения риторики в сторону исследования ежедневных практик профессионалов в области безопасности. Благодаря этому они обнаружили тесную связь политики секьюритизации с биополитикой, в том числе медийной биополитикой [4]. Предложивший данный термин Мишель Фуко понимал под ним искусство управлять телами людей ради извлечения максимальной экономической выгоды [5]. В регулировании жизни народонаселения практики безопасности опираются на большие данные (сведения об индивидах) и производят их сортировку на «хороших» и «плохих» с точки зрения экономической продуктивности. При этом профессионалы безопасности вольны решать, что является и что не является угрозой для экономики и коллективных интересов, как изолировать или нейтрализовать негативную динамику или группу.

Эти теории не изобретали реальности, а фиксировали тенденции в международных отношениях и внутренних политиках государств. А всем участникам постбиополярного мира в начале третьего тысячелетия приходилось действовать в условиях ослабления территориальности, т. е. экономической глобализации, широких миграционных движений и нового типа войн — террористических. Собственно, эти новые условия и способствовали изменению представлений о безопасном и небезопасном.

На 32-м саммите глав государств и правительств «Большой восьмерки» (Санкт-Петербург, 2006) лидеры G8, в которую тогда входила Россия, обсуждали широкий круг проблем, включая так называемую «безопасность человека». Одним из ее аспектов была признана борьба государств с инфекционными болезнями. Их распространенность обходила любое государство, сдерживала темпы экономического развития. А поскольку лечение и профилактика таких заболеваний, как ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия, птичий грипп, требует лекарств, вакцин и бактерицидных средств, то фармацевтическая промышленность интерпретировалась участниками встречи как своего рода оборонная отрасль. Возможно, именно в ходе этой встречи представители России впервые заговорили о фармацевтике как сфере государственного и оборонно-стратегического значения. Во всяком случае после саммита стало заметно изменение рассуждений политиков о фарме. «Отечественная промышленность практически не выпускает фармацевтические субстанции, — беспокоился, например, председатель Государственной думы Борис Грызлов. — Давно назрела необходимость выработки концепции развития медицинской отечественной промышленности. Считаю это вопросом национальной безопасности», — заявил он [6].

Другим важным стимулом для разработки «Фармы 2020» послужил масштабный кризис программы Дополнительного лекарственного обеспечения в конце 2006 г.—начале 2007 г. К этому времени долг



государства перед поставщиками медикаментов достиг астрономических 2,5 млрд долл., а социальная напряженность нарастала темпами, прямо пропорциональными скорости исчезновения льготных лекарств из аптек. В разрешении сложившейся ситуации оказалось вовлечено практически все руководство страны, которое таким образом более предметно познакомилось с положением дел на российском фармынке.

### Угрозы для фармы

Новая политическая концепция и старая финансовая проблема побудили государственных служащих заявить о модернизации российского рынка лекарств и необходимости его защиты от «чужаков». Это повлекло за собой реинтерпретацию ранее благостных министерских данных о развитии фармацевтической отрасли.

По данным отчетов министерств, все в деле производства и продажи лекарств выглядело неплохо. Министерство промышленности и энергетики сообщало, что российская фармпромышленность насчитывает 525 предприятий (а по данным Минздравсоцразвития еще лучше — их 640), на которых в 2007 г. было занято более 65 тыс. человек. Как уверяли ведомственные данные, эти предприятия производили до 3000 наименований лекарств на сумму 62 млрд руб. Степень износа основных фондов составляла 60%, загрузка производственных мощностей — 78%, а средняя рентабельность по отрасли — 17% [7].

При более тщательном изучении и рассмотрении с иного угла зрения выяснялось, что из сотен предприятий только несколько десятков работают по мировым стандартам (GMP), и что самые устойчивые принадлежат иностранным компаниям. Сквозь призму обеспечения безопасности чиновники сочли, что такая ситуация содержит огромные риски для государства: иностранцы не заинтересованы в модернизации российских фармпредприятий, желая от них только быстрых денег. В результате эти предприятия устаревают, и страна может в какой-то момент остаться без собственных лекарств или будет вынуждена считаться с условиями западной Big Pharma.

Подавляющее большинство выпускавшихся отечественными предприятиями препаратов были морально устаревшими дженериками. Об этом правительство знало и раньше. Главным образом, это были непатентованные препараты, запущенные в производство еще в советские времена, готовые лекарственные средства из растительного сырья, а также комбинированные препараты и витамины [8]. Многие предприятия выпускали одни и те же готовые лекарственные средства. Так, из 10 наиболее продаваемых медикаментов 7 изготавливали 5 компаний, а 2 — более 50. Это порождало высокую конкуренцию производителей и, как следствие, либо низкую, либо отрицательную рентабельность. Все это никак не могло обеспечить суверенность.

Еще большая опасность виделась в растущей зависимости россиян, а следовательно, и властей, от импорта. В условиях мирного времени и продолжающейся глобализации рынка лекарств это не было проблемой. Но для суверенной России это стало вызовом и изменило отношение политиков к оппозиции «свой—чужой». Тревогу вызывала очевидная тенденция: при устойчивом росте российского фармынка доля препаратов отечественного производства на нем снижалась — с 60% в 1992 г. до 20% в 2006 г. (объем представлен в денежном выражении). В структуре государственных закупок на отечественные лекарственные средства приходилось всего 16% (воспроизведенные лекарства — 15% и оригинальные российские препараты — 1%).

Правительственные эксперты уверяли, что столь низкий процент российского представительства в обращении лекарств чреват угрозами: бюджетные средства и деньги россиян уходят на развитие западной фармпромышленности, а зависимость России от импорта лекарственных средств (в том числе жизненно важных) превосходит все допустимые пределы. Для убедительности сторонники securitization ссылались на Японию, Великобританию и США, где собственная фармпромышленность обеспечивала страну на 70—90%. «Сегодня... доля [отечественных фармацевтических предприятий — авт.], — на рынке не превышает 20% в стоимостном выражении, — делился с россиянами тревогой президент. — Остальное — импорт. Причем зарубежные лекарства часто продаются у нас по ценам, в разы более высоким, чем в других странах. Это невозможно объяснить даже дополнительными транспортными расходами, которые составляют не более 0,2% от стоимости. Один из основных финансовых источников... — это гарантированный сбыт лекарств, в том числе через механизмы государственных и других централизованных закупок, объем которых в нашей стране достаточно большой — он составляет порядка 230 млрд руб. в год. Однако отечественный производитель такой возможности — на постоянной и длительной основе иметь рынок — лишен. Так, в рамках федеральных программ лекарственного обеспечения на долю российских препаратов приходится менее 10% объемов контрактов. То есть, отечественный производитель, по сути, — гость на собственном рынке»<sup>1</sup>.

В контексте курса на суверенность приобретение российскими производителями иностранных субстанций интерпретировалось как свидетельство технологической отсталости. Если в 1992 г. Россия производила 272 вида фармацевтических субстанций объемом 17,5 тыс. тонн и обеспечивала себя ими для производства синтетических лекарственных средств на 70%, антибиотиков — на 85%, витаминов — на 90%, иммунобиологических препаратов — на 100%,

<sup>1</sup> Совещание «О стратегии развития фармацевтической промышленности», состоявшееся 09.10.2009 в Зеленограде на производственной площадке «Биннофарм». URL: <http://archive.government.ru/special/docs/7859/>

то к 2007 г. общее производство субстанций по номенклатуре снизилось более чем в 3 раза, а в натуральном выражении — почти в 18 раз. В том числе субстанций для изготовлений синтетических лекарств — в 12 раз, антибиотиков — в 100 раз, витаминов — в 500 раз. Из субстанций отечественного производства изготавливалось не более 13—15% лекарственных средств, а объем импорта субстанций в денежном выражении составлял более 100 млн долл. в год [9].

Не могло породить национальной гордости и крайне малое число инновационных лекарств, вышедших российскими производителями на рынок. В качестве основной причины такого положения дел назывался разрыв в цепочках взаимодействий и в первую очередь — между академической наукой и фармпроизводителями. «В России сформировалась кризисная ситуация, когда ученые заявляют, что продукты есть и они созданы, а рынок их не видит, — признавался директор по развитию ОАО «Отечественные лекарства» Андрей Белашов, — Мало создать и произвести препарат. Его еще нужно умело довести до потребителя, сделать информацию о нем доступной, а целевой аудитории еще и продемонстрировать уникальные свойства и преимущества этого продукта перед существующими конкурентами. Это могут себе позволить компании, которые имеют не только грамотную разработанную маркетинговую стратегию, но и колоссальный ресурс в виде сотрудников, работающих с врачами и провизорами. А таких немного» [10].

Нежелание даже относительно крупных по российским меркам фармкомпаний «замечать» результаты научных разработок российских академических коллективов было связано в первую очередь с тем, что они не видели смысла в подобного рода инвестициях. Big Pharma, вкладываясь в новый препарат, рассматривала в качестве рынка сбыта весь мир, а потому могла себе позволить многомиллионные расходы на его разработку и продвижение. Российские же производители были ограничены отечественным рынком. Недостаточный уровень лабораторных (отвечающих международным стандартам надлежащей практики — GLP) и клинических (GCP) исследований, а также производственных стандартов (GMP) не оставлял надежд на успех экспорта. В результате продукт с объемом продаж более 5 млн долл. (сумма, которая у западных фармгигантов, уходила только на его регистрацию) для российских производителей считался вполне успешным. Неудивительно, что отечественные фармкомпании предпочитали вкладывать деньги не в создание инновационных молекул, а в производство дженериков лекарственных средств, утративших патентную защиту<sup>2</sup>. «В результате в начале 2007 г. был поставлен диагноз — фармы у нас нет, — вспоминал депутат Государственной Думы С. А. Наумов. — И развилка была очень простая. Или мы и дальше, не имея своих компетенций в производстве по стандартам GMP, «распахиваем» весь госзаказ Большой Фарме, Индии и Китаю, или мы принима-

ем какие-то особенные масштабные политические решения. Не политизированные, а именно политические»<sup>3</sup>.

Наконец, третьим фактором, побудившим разработать «Фарму-2020», была заинтересованность в ней конкретных акторов, в данном случае руководства Минпромэнерго. Начиная с 2004 г., выполняя поручения президента, министр промышленности и энергетики В. Б. Христенко старался расширить трансфер в Россию передовых промышленных технологий через глобальное партнерство и иностранные (прежде всего западные) инвестиции. Благодаря его усилиям в 2004—2006 г. поднялось российское автомобилестроение. Введя льготный режим и предоставив преференции, правительство смогло привлечь капиталы и локализовать на территории России около 20 ведущих автоконцернов мира. После этого успеха Христенко и его команда начали искать новые сферы привлечения инвестиций, в числе которых оказались химическая и фармацевтическая промышленность.

### Модернизаторы

Первым шагом на пути создания фармацевтической промышленности стало совещание 22.03.2007 у первого заместителя Председателя Правительства РФ Д. А. Медведева, названное «О мерах по развитию отечественной фармацевтической промышленности». Как следует из его протокола, в совещании приняли участие руководители Минздравсоцразвития и Минпромэнерго, двух агентств (Росздравнадзор и Роспром) и представители российских фармпроизводителей. Фармацевтическую отрасль представляли президент Союза Ассоциации российских фармацевтических производителей Ю. Т. Калинин, генеральный директор этой Ассоциации Л. В. Титова, генеральный директор ОАО «Фармстандарт» И. К. Крылов, генеральный директор ОАО «Акрихин» И. И. Тюляев, заместитель генерального директора ОАО «Отечественные лекарства» А. Е. Итин, первый заместитель генерального директора ОАО «Верофарм» М. В. Пенькова. Кроме них были приглашены директор ГУ «Государственный институт кровезаменителей и медпрепаратов» Г. Н. Хлябич и сотрудники аппарата правительства.

По результатам обсуждения было решено создать межведомственную рабочую группу из чиновников Минздравсоцразвития, Минпромэнерго, Минфина и Минэкономразвития, а также руководителей фармпредприятий и профессиональных сообществ. Ей предстояло разработать рабочий план восстановления производства фармацевтических

<sup>2</sup> Выпуском и продвижением оригинальных отечественных препаратов занимались преимущественно небольшие компании: «Ферон» (виферон), «Герофарм» (кортексин, ретиналамин, ринсулин), «Петровакс» (полиоксидоний, гриппол, лонгидаза), «Медикор» (галавит), «ЭкоФармИнвест» (мексикор), «МираксФарма» (индинол, эпигаллат), «Мастерлек» — афобазол, арбидол, амиксин; «НТФФ «Полисан» — циклоферон, реамберин, «Макиз-Фарма» — ацизол; «НПК «Фармасофт» — мексидол [10].

<sup>3</sup> Интервью С. Н. Затравкина с С. А. Наумовым 13.06.2022.

История и социология здравоохранения и медицины

субстанций; стимулировать инновации и инвестиции; развивать производства эффективных отечественных лекарственных средств для лечения социально значимых заболеваний и совершенствовать действующее законодательство.

И хотя большинство членов рабочей группы, по обыкновению, составили «тяжеловесы», в нее попали и малоизвестные на тот момент игроки, такие, например, как специалисты из группы компаний «ХимРар». «Нас позвали на группу как экспертов по инновациям», — признался корреспонденту VADEMECUM председатель Совета директоров группы компаний «ХимРар» А. А. Иващенко. И это приглашение станет знаковым, поскольку именно специалистам «ХимРар» будет суждено сыграть ведущую роль в разработке стратегии развития российской фармацевтической отрасли.

Какое-то время у бизнеса и Правительства ушло на запуск новой программы. В алгоритме бюрократических согласований прошла череда обсуждений на различных площадках — в ходе парламентских слушаний в Совете Федерации и Государственной Думе, заседаний Комиссии по здравоохранению Общественной палаты, Комиссии по здравоохранению и медицинской промышленности РСПП и др. Полученные от них предложения не были оригинальными и сводились к двум пожеланиям: 1) защитить отечественного производителя, возведя административные и правовые барьеры для иностранных конкурентов; и 2) осуществить государственную модернизацию российских фармпроизводств. То и другое предполагалось достичь через отмену ввозных таможенных пошлин и НДС на оборудование, комплектующие изделия и сырье; через возмещение части затрат по кредитам на закупку технологического оборудования и комплектующих для производств; предоставление налоговых льгот предприятиям, строящим новые цеха или модернизирующим производство в соответствии с требованиями международных стандартов.

И раз фармацевтика стала одним из государственных приоритетов, под нее создали управленческие институты. В структуре Минпромэнерго был учрежден департамент химико-технологического комплекса и биоинженерных технологий. 14.12.2007 его руководителем был назначен С. А. Цыб, который в дальнейшем координировал разработку стратегических документов<sup>4</sup>.

Ускорение бюрократических процедур совершилось после прямого вмешательства Президента, который 09.02.2008 провел оперативное совещание Совета безопасности Российской Федерации «О ме-

рах по обеспечению населения, учреждений системы здравоохранения и Вооруженных сил РФ лекарственными средствами отечественного производства». На совещании присутствовали все постоянные члены Совбеза: премьер В. Зубков, первый вице-премьер Д. Медведев, первый вице-премьер С. Иванов, министр иностранных дел С. Лавров, министр внутренних дел Р. Нургалиев, министр обороны А. Сердюков, директор ФСБ Н. Патрушев, глава Службы внешней разведки М. Фрадков, глава президентской администрации С. Собянин, спикер Совета Федерации С. Миронов, спикер Госдумы Б. Грызлов, а также специально приглашенный глава Минпромэнерго В. Христенко. Впервые заседание Совбеза было полностью посвящено фармацевтической отрасли. Оно перекодировало лекарственное обеспечение из проблемы социальной политики в проблему национальной безопасности. И, как признался С. А. Наумов, эта установка осталась ведущей в правительственной политике в следующее десятилетие<sup>5</sup>. Теперь применительно к фарме все говорили о рисках и безопасности.

Впоследствии главе Правительства В. В. Путину пришлось даже успокаивать особо тревожных сотрудников. «Здесь не должно быть никаких теорий заговора, не нужно лишний раз все говорить о национальной безопасности, упоминать такие серьезные сферы, — рекомендовал он на совещании по федеральной целевой программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и на дальнейшую перспективу», состоявшемся 08.12.2010 на производственных площадках «ХимРар». В то же время В. В. Путин подтверждал существование опасностей и угроз: «Но мы действительно попадаем в зависимость от действий отдельных монопольных производителей в других странах, — отмечал он. — Я уже не говорю о каких-то вопросах, связанных с национальной безопасностью, но это чревато возможным дефицитом и скачками цен на препараты. Собственно говоря, мы это с вами время от времени и видим, наблюдаем. И такое положение, разумеется, устраивать не может»<sup>6</sup>.

Возвращаясь к заседанию Совбеза 2008 г., отметим, что его участники среди первоочередных задач фармацевтической отрасли назвали повышение конкурентоспособности российской промышленности; увеличение доли лекарств отечественного производства в программах льготного лекарственного обеспечения; стимулирование разработки и производства новых лекарственных препаратов; защиту отечественных производителей от конкуренции зарубежных компаний. Совбез также обратил внимание профильных министерств на необходимость «перевооружить российскую фармотрасль, уstra-

<sup>4</sup> Сергей Анатольевич Цыб в 1991—1996 гг. был коммерческим директором экспериментального межотраслевого научно-производственного центра «Апекс» (Москва), затем последовательно занимал должности генерального директора в ТОО «РКЦ» (Москва, 1996—1999), ЗАО «Медбиофармацентр» (Москва, 2000—2006), ООО «Радиофармапрепарат» (Москва, 2006—2007). В последующем свой опыт государственного управления фармотраслью он обобщил в диссертации «Стратегическое управление отраслевым развитием: на примере фармацевтической промышленности» (2009).

<sup>5</sup> Интервью С. Н. Затравкина с С. А. Наумовым 13.06.2022.

<sup>6</sup> Путин В. В. На совещании по федеральной целевой программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и на дальнейшую перспективу». URL: <http://archive.government.ru/docs/13300/>

нить меры административных барьеров в системе подтверждения соответствия качества лекарств и совершенствовать систему подготовки кадров для фармпромышленности». Кроме того, Совбез выступил с инициативой внести изменения в федеральный закон «О лекарственных средствах» в части, касающейся совершенствования отношений в сфере обращения лекарственных средств, с целью защиты интересов и приоритетов отечественной фармацевтической отрасли [11]. Правительству было поручено разработать и принять соответствующую стратегию развития в срок до 01.10.2008.

Итак, в рамках новой политической концепции суверенности и безопасности российской фармацевтики был присвоен статус стратегически значимой отрасли, требующей повышенного внимания и протекционизма со стороны государства. И коль скоро опасности виделись в глобальной торговле и зависимости от Big Pharma, то политика безопасности и суверенности поменяла приоритеты в государственном регулировании российского фармрынка. С этого момента не торговля, а производство стало объектом внимательного изучения и патернализма.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдаев О. С. «Осторожно, безопасность!» Теория (ин)секьюритизации и Парижская школа исследований международной безопасности // Вестник МГИМО. 2022. № 1. С. 7—37.
2. Акопов С., Прошина Е. «Неоконченное приключение» образа врага: от теории секьюритизации до концепции «Далеких местных» // Власть. 2011. № 1. С. 89—92.
3. Buzan B., Waever O., de Wilde J. *Security: a new framework for analysis*. L.; 1998.
4. Dillon M. Biopolitics of security in the 21<sup>st</sup> century; an introduction // *Rev. Intern. Stud.* 2008. Vol. 34, N 2. P. 269—280
5. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. М.; 1996.
6. Романова С. А., Хабенский Б. М. Стратегическая роль отрасли в обеспечении национальной безопасности страны // *Ремедиум*. 2008. № 4. С. 6—14.
7. Иващенко А. А., Кравченко Д. В. Концепция инновационного развития отечественной фармацевтической отрасли // *Ремедиум*. 2008. № 5. С. 6—13.
8. Бучина А. Отечественный сегмент фармацевтического рынка России // *Ремедиум*. 2008. № 1. С. 22—24.
9. Федотова О. Отечественная фармпромышленность: реальность развития отрасли // *Ремедиум*. 2007. № 8. С. 28—31.
10. Широкова И. Россия на рынке инноваций // *Ремедиум*. 2008. № 1. С. 25—28.
11. Свечкопалова Г. Чиновники спешат на помощь фармпромышленности. Сроки разработки стратегии ее развития сократили на два месяца // *Фармацевтический вестник*. 2008. № 10.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Gaidaev O. S. «Beware of security!» The theory of (in)securitization and the Paris School of International Security Studies. *Vestnik MGIMO*. 2022;(1):7—37. (In Russ.)
2. Akopov S., Proshina E. «The Unfinished Adventure» of the image of the enemy: from securitisation theory to the concept of «Distant Locals». *Vlast'*. 2011;(1):89—92. (In Russ.)
3. Buzan B., Waever O., Wilde J. *Security: A new framework for analysis*. L.; 1998.
4. Dillon M. Biopolitics of Security in the 21<sup>st</sup> Century; an Introduction. *Review of International Studies*. 2008;34(2):269—280.
5. Foucault M. *The Will to Truth: Beyond Knowledge, Power and Sexuality*. Moscow; 1996. (In Russ.)
6. Romanova S. A., Khabensky B. M. The strategic role of the industry in ensuring national security. *Remedium*. 2008;(4):6—14. (In Russ.)
7. Ivashchenko A. A., Kravchenko D. V. Concept of innovative development of the domestic pharmaceutical industry. *Remedium*. 2008;(5):6—13. (In Russ.)
8. Buchina A. Domestic segment of the Russian pharmaceutical market. *Remedium*. 2008;(1):22—24. (In Russ.)
9. Fedotova O. Domestic pharmaceutical industry: the reality of industry development. *Remedium*. 2007;(8):28—31. (In Russ.)
10. Shirokova I. Russia on the market for innovation. *Remedium*. 2008;(1):25—28. (In Russ.)
11. Svechkopalova G. Officials are rushing to help the pharmaceutical industry. Deadlines for strategy development were shortened by two months. *Farmaceuticheskij vestnik*. 2008;(10). (In Russ.)

**Игнатъев В. Г.<sup>1</sup>, Затравкин С. Н.<sup>1,2</sup>**

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ «СТАРОГО» ФАРМБИЗНЕСА (2008—2011).  
СООБЩЕНИЕ 2. ФАРМБУДУЩНОСТЬ И БИОБЕЗОПАСНОСТЬ**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

*Данный цикл статей посвящен анализу политики безопасности в области лекарственного обеспечения Российской Федерации. Второе сообщение сосредоточено на истории разработки стратегии и выбора тактик модернизации фармацевтической отрасли, спектре интересов создателей концепции и противоречий между подходами. На основе журнальных публикаций и устных интервью авторы статьи проследили процесс создания регулятивного соглашения между политической властью и профессиональными группами по разделению полномочий и делегированию управления после признания фармрынка объектом государственной безопасности.*

*Ключевые слова:* история фармации; фармацевтический рынок; постсоветская Россия

**Для цитирования:** Игнатъев В. Г., Затравкин С. Н. Государственная модернизация «старого» фармбизнеса (2008—2011). Сообщение 2. Фармбудущность и биобезопасность. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):717—724. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-717-724>

**Для корреспонденции:** Затравкин Сергей Наркизович; e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Ignatiev V. G.<sup>1</sup>, Zatravkin S. N.<sup>1,2</sup>**

**GOVERNMENT MODERNISATION OF THE 'OLD' PHARMACEUTICAL BUSINESS (2008—2011).  
REPORT 2. PHARMACEUTICAL FUTURE AND BIOSAFETY**

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department, 115088, Moscow, Russia

*This series of articles is devoted to an analysis of the drug safety policy of the Russian Federation. The second communication focuses on the history of strategy development and choice of tactics for pharmaceutical industry modernisation, the spectrum of interests of the concept-makers and the contradictions between the approaches. Based on journal publications and oral interviews, the authors traced the process of creating a regulatory agreement between political authorities and professional groups on power sharing and management delegation after the recognition of the pharmaceutical market as an object of state security*

*Keywords:* history of pharmacy; pharmaceutical market; Post-Soviet Russia

**For citation:** Ignatiev V. G., Zatravkin S. N. Government modernisation of the 'old' pharmaceutical business (2008—2011). Report 2. Pharmaceutical future and biosafety. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):717—724 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-717-724>

**For correspondence:** Sergey N. Zatravkin; e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

В осмыслении и интерпретации государственной политики, формальных и неформальных соглашений между правительством и фармбизнесом 2000—2010-х гг. нам помогла разработанная экономическими историками, и прежде всего нобелевским лауреатом Р. Н. Coase концепция неоинституционализма (или «новой институциональной теории») [1]. Как и в традиционной институциональной истории, предметами изучения в ней служат структуры производства. Однако Р. Н. Coase и его сторонники изучали их не как идеальный механизм, реализующий футуристические проекты создателей, а с точки зрения несовершенства и технологических проблем, которые изменили первоначальные замыслы. Исследователи выявляли причины этих сбоев и их последствия. Такая установка неоинституционалистов побудила предложить целый ряд новых понятий: «транзакционные издержки», «контрактные от-

ношения», «ограниченная информированность» и «слабая компетентность». С их помощью мы описываем процесс заключения контрактов между бизнесом и государством, а также объясняем проблемы в их реализации.

Судя по эмпирическому материалу, с которым мы имели дело, для создания истории российской фармы важно изучение поведенческих предпосылок. Имеются в виду соображения и мотивы, при которых участники действуют иначе, чем предполагали и предсказывали инициаторы соглашений или логика исследователей [2]. Не менее важно изучение оппортунистического поведения отдельных участников или групп в ходе реализации соглашений. И так же, как для О. Е. Williamson [3], нам интересны регуляторные механизмы, которыми направлялось движение участников контрактных отношений, разрешались возникающие между ними

споры, происходила адаптация к неожиданным изменениям.

Сами институты сторонники данной концепции трактуют довольно широко. Это не только государство, правительство, фирмы, компании и ассоциации, но и созданные ими традиции, обычаи, правовые нормы, т. е. «правила игры» и внутренние ограничения. В случае российской фармы этот подход более продуктивен, чем описание формальных институтов. Все интервьюеры говорили нам о важности для жизни фармы неписанных правил, интуитивного знания и понимания реальных репутаций и иерархий. Так же, как теоретики неоинституционализма, мы исходим из того, что изучаемые нами институции действовали не в вакууме, что право суждения никогда полностью не было определено и защищено, что сформулированные суждения приносили не только победы, но и потери, что участники контрактов (договоров) были временами склонны к их нарушению.

И, наконец, неоинституционализм провозглашает принцип «методологического индивидуализма», т. е. призывает исследовать институции через поведение их членов. Для сторонников этой теории институты — это только оболочка для суммы агентов (представителей или сотрудников). Мы тоже признаем реально действующими участниками соглашений государства и фармбизнеса не столько органы, министерства, ассоциации и компании, сколько отдельных лиц, действующих от их имени. Соответственно, позиции институтов (в данном случае — государства и фармбизнеса) мы объясняем с точки зрения индивидуального поведения и интересов их участников.

### Сценирование

Стабилизация экономической ситуации в России 2000-х гг. и укрепление вертикали власти изменили темпоральное воображение политических и финансовых элит, переключили их внимание с сиюминутных проблем на перспективы большого будущего. В структурах правительства и бизнеса появились специальные институции, занимающиеся политическим и экономическим прогнозированием, а само правительство занялось разработкой стратегий. Они создавались на 5, 8 и даже 20 лет. Именно в этой деятельности теперь виделась основная задача верховной власти — определять пути и направления долгосрочного развития экономики, рынков, нации, образования.

«Примерно с 2000 года был такой взрыв создания фабрик мысли внутри России, — рассказывали в 2008 г. участники радиопередачи «Активное представление будущего». — Это и Центр стратегических исследований, и Центр стратегических разработок, и ЦСР «Северо-запад»<sup>1</sup>. Цель всех возникающих институций была одна — использовать предсказуемое будущее как ресурс для организации на-

стоящего. И поскольку для новой рациональности потребовались аналитические данные, информация и сведения, в это время начался бум интереса к статистике, делопроизводству (множились формуляры, копии, цифровая отчетность дублировалась бумажной) и его архивированию. Все эти зеркала использовались для обоснования и формулирования долгосрочных амбиций. В этих обсуждениях и процессах фарма стала рассматриваться политиками наряду с экологией в качестве большой долгосрочной макропроблемы, которая не может находиться исключительно в зоне ответственности частного бизнеса. Это дало второе (после концепции лекарственной безопасности) основание для государственной модернизации фармрынка.

О том, как конкретные участники подготовки стратегии «Фарма-2020» представляли себе состояние отечественного фармацевтического рынка, и какие у них были идеи по его обновлению, свидетельствуют материалы круглого стола, прошедшего в марте 2008 г. в Министерстве промышленности и энергетики [4]. На нем обсуждались 4 сценария фармацевтического будущего России. Первый предполагал воспроизведение успеха отечественного автомобилестроения. В кулуарах министерства этот футуристический проект называли «автомобильным». Его протагонистом был Г. Э. Афанасьев. Он и его сторонники предлагали привлечь в Россию крупнейшие иностранные компании (Big Pharma) и спустя время способствовать тому, чтобы они локализовали здесь свои предприятия. Предполагалось, что этот путь быстро обеспечит страну и государство инновационными препаратами новых поколений.

Второй обсуждавшийся сценарий предлагал делать ставку на долгосрочное развитие отечественной науки и производства: на разработку оригинальных инновационных препаратов с их последующим патентованием и продажей зарубежным производителям для продвижения на мировом рынке. Считалось, что этот путь более трудоемкий, но и более надежный с точки зрения политической безопасности.

Третий сценарий продвигал С. А. Цыб. Этот проект был комбинированным: он предусматривал строительство внутри страны новых современных, отвечающих требованиям GMP российских фармацевтических заводов и организацию выпуска на них лекарств с недавно закончившимся сроком патентной защиты.

Наконец, четвертый сценарий предполагал учреждение в России крупного государственного холдинга, способного заниматься и разработкой, и продвижением, и производством инновационных российских лекарств. Для 2008 г. идея создания государственного холдинга была уже не новой. Впервые она была высказана и даже частично реализована в начале 2007 г. по инициативе первого вице-премьера Правительства С. Б. Иванова. Он предложил объединить несколько государственных фармацевтических предприятий и научно-исследовательских

<sup>1</sup> Активное представление будущего. 03.10.2008. URL: <http://viperson.ru/articles/aktivnoe-predstavlenie-budushego>

История и социология здравоохранения и медицины

институтов. В их числе были Московский завод «Мосхимфармпрепараты» имени Семашко, Калининградская фармацевтическая фабрика, ПНИИ медицинской промышленности, Всероссийский научный центр по безопасности биологически активных веществ, НИИ витаминов, НИИ биосинтеза белковых веществ, Белгородский НИИ технологий медицинской промышленности, а также 55,5% акций алтайского фармацевтического завода «Восток-Вит». В дальнейшем к этому объединению предполагалось присоединить еще 6 компаний, находившихся на тот момент на балансе Росимущества и Минпромэнерго: Астраханскую фармацевтическую фабрику, Белгородский ПНИИ медицинской промышленности, Троицкий йодный завод (Краснодарский край), Московский центр по химии лекарственных средств, Научный центр по антибиотикам и НИИ органических полупродуктов и красителей (Москва) [5]. Создать такой холдинг Иванов поручил Федеральному агентству по промышленности Минпромэнерго (Роспром), которое в марте 2007 г. подготовило соответствующие проекты Указа Президента и постановления Правительства. Будущий холдинг получил наименование — ОАО «Российские фармацевтические технологии» (РФТ) и должен был приступить к работе не позднее 01.12.2007.

По свидетельству советника начальника управления имуществом Роспрома В. Суровцева, стоимость активов ОАО «РФТ» на старте должна была составить около 250—300 млн долл. Но в дальнейшем ее планировалось нарастить до 1,5—2,0 млрд долл. за счет вывода на рынок разработанных в этом холдинге оригинальных лекарств и продажи около 50% акций иностранным фармпроизводителям. «Коммерсантъ» сообщал читателям, что с этой целью Роспром провел предварительные встречи с представителями швейцарской «Novartis», американской «Pfizer» и франко-германской «Sanofi-Aventis» [5].

Из частных компаний идею создания холдинга активно поддерживал фармбизнесмен В. А. Брынцалов. В то время он испытывал проблемы в отношениях с правоохранительными органами. Некогда влиятельный бизнесмен, дважды пытавшийся стать Президентом страны, в 2006 г. проходил через судебные заседания по обвинениям в мошенничестве. Его сотрудников осудили за изготовление фальсифицированного инсулина и нанесения вреда здоровью потребителей. В связи с этим В. А. Брынцалов заявил о готовности передать будущему государственному холдингу контрольный пакет акций своего бизнеса [6].

В силу разных причин идея холдинга не получила тогда развития, хотя долго еще обсуждалась не только на круглых столах в Минпромэнерго, но и в «высоких кабинетах». Так, в 2008—2009 гг. ее дважды пытался воплотить в жизнь глава «Ростехнологий» С. В. Чемезов. Правда, его замысел отличался от такового С. Б. Иванова. Во-первых, Чемезов хотел организовать фармацевтический холдинг в рамках «Ростехнологий», а во-вторых, предполагал больший масштаб. В подготовленном им в 2008 г.

для внесения в Правительство проекте фигурировали 35 юридических лиц<sup>2</sup>. Принимая во внимание политическую влиятельность С. В. Чемезова, многие игроки фармрынка с тревогой восприняли перспективу выхода на рынок «Ростехнологий». Но ни в 2008 г., ни в 2009 г. его проект также не был реализован.

Однако вернемся к обсуждению путей реформирования фармацевтической отрасли в Минпромэнерго весной 2008 г. Тогда ни один из предложенных сценариев не получил большинства голосов. У каждого из них были уязвимые места, а у их протагонистов обозначились конфликты интересов. Локализация в России западных компаний мало что давала в плане возрождения отечественного фармацевтического производства: все лицензии и технологии все равно остались бы у иностранных инвесторов. При этом все участники из опыта прежних лет знали, что иностранные лекарства, произведенные в России, не становились от этого дешевле и доступнее для россиян. «Специфика современной фармацевтической отрасли такова, что к ней не в полной мере применима стратегия традиционного импортозамещения, используемая в других секторах экономики, — предупреждал исполнительный директор СПФО Геннадий Ширшов. — Главное при этом — не допустить игнорирования инновационной составляющей, без которой Россия безнадежно отстанет от развитых стран в сфере производства и потребления услуг здравоохранения» [7].

Предложение по финансированию научных разработок новых оригинальных отечественных лекарств было признано труднореализуемым. Критики проекта предупреждали, что международные компании не возьмут российские препараты на клинические испытания. Они вынужденно признавали, что отечественная фармпродукция не соответствует мировой системе стандартизации. В итоге, по состоянию на март 2008 г. вопрос о том, как реформировать отечественную фармацевтическую сферу, остался открытым [4].

По воспоминаниям двух наших собеседников — С. А. Наумова и А. А. Иващенко, в этих условиях роль лидера в разработке стратегического плана развития взял на себя глава Министерства промышленности и энергетики В. Б. Христенко. Благо у него к этому времени возникла не только профессиональная, но и личная заинтересованность в успешном решении данной проблемы: осенью 2007 г. его супруга Т. А. Голикова возглавила Министерство здравоохранения и социального развития. В таком сильном тандеме им удалось сделать больше, чем другим ведомствам.

С. А. Наумов констатировал, что назначение Т. А. Голиковой министром позволило снять трения, существовавшие прежде между Минпромэнерго и Минздравсоцразвития. И это существенно облегчило всем работу и взаимодействие. В свою оче-

<sup>2</sup> Чемезову выпишут все таблетки. URL: <https://gxpnews.net/2009/08/chemezovu-vypishut-vse-tabletki/>

редь А. А. Иващенко вспомнил, что именно В. Б. Христенко сформулировал тот подход к разработке новой идеологии взаимоотношений государства и фармбизнеса, который позднее претворялся в жизнь. Его суть состояла в том, чтобы силами государственных институций максимально отстаивать интересы российских игроков этого рынка. За это патерналистки защищенные российские фармбизнесмены должны были представлять на этом поле интересы государства. В. Б. Христенко так сформулировал свой замысел: «Стратегия развития фармацевтической промышленности является, по сути, продуктом синтеза корпоративных стратегий развития отечественных фармацевтических компаний, просеянных через сито государственной политики и задач, в первую очередь, инновационного развития страны» [8].

Для организации «фильтра или сита» министр выдвинул специалистов ГК «ХимРара». «Виктор Борисович нам говорит: ощущение, что вы единственные, кто ни с кем не ругается здесь, на рынке, — вспоминал А. А. Иващенко в интервью корреспонденту «Vademecum». — Конечно, говорю, не ругаемся, потому что ничего в России не продаем. И тогда он предложил нам стать интегратором экспертного сообщества по разработке проекта стратегии»<sup>3</sup>.

В СМИ до сих пор циркулирует журналистское предположение, что решающую роль в таком повышении сыграли давние дружеско-семейные связи председателя совета директоров ГК «ХимРар» А. А. Иващенко с С. А. Цыбом. Уверяли, что их отцы давно знали друг друга и познакомили сыновей. В данном нам интервью А. А. Иващенко такие неформальные связи отвергал. Согласно его признанию, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН Анатолий Федорович Цыб и доктор химических наук, профессор, лауреат Государственной премии СССР Александр Васильевич Иващенко не были даже знакомы<sup>4</sup>. При этом от личного знакомства с С. А. Цыбом он отрешиваться не стал. «Мы действительно были знакомы с Сергеем Анатольевичем еще до того, как он возглавил соответствующий департамент, — говорил Иващенко. — Он знал, что мы имеем экспертизу международного уровня в области инновационной фармацевтики, так как давали соответствующие заключения по йодсодержащим препаратам, производившимся в Обнинске».

### Проектирование

Коллегам по бизнесу и потребителям фармпродукции специалисты ГК «ХимРар» объяснили суть своих предложений правительству в статье, опубликованной в журнале «Ремедиум» [9]. Громкое название «Концепция инновационного развития отечественной фармацевтической отрасли» не должно вводить в заблуждение. Это не бюрократический документ: не распоряжение, не идеология и не инструк-

ция. Она написана как размышление и приглашение к диалогу. В ней нет готовых рецептов — сформулированы только «некоторые идеи, которые могут стать полезными при разработке... реалистичной стратегии, призванной вывести российскую фарминдустрию из состояния неустойчивого равновесия».

Отправной точкой авторских рассуждений послужило конструирование и формулирование различий западных (и в первую очередь американского) и российского фармрынков. По утверждению авторов, взятая как нечто общее и генерализированное, «западная фармацевтика» развивалась по пути глобализации с концентрацией капитала в управляющих компаниях на своих территориях и аутсорсингом производств и исследований в других странах. При этом США сохранили контроль над всей цепочкой производства лекарств, важных для безопасности собственной страны и стран-союзников. Постсоветская (а значит молодая и неопытная в рыночной экономике) Россия не обладала достаточными компетенциями и возможностями, что породило проблемы для экономики и большие риски для ее безопасности. Предполагалось, что теперь государство окрепло, подняло экономику, и настало время закрывать бреши, решать вопросы с возникающими угрозами. Так риторика новой политической концепции была адаптирована и зазвучала из уст российского фармбизнеса, заинтересованного в патернализме.

Опираясь на западный опыт и учитывая российские реалии, авторы статьи предложили модель реформирования в четыре этапа. На первом этапе предлагалось организовать в России современную производственную базу, на которой будет возможно выпускать лекарственные субстанции и готовые лекарственные формы. Причем делать это необходимо все же по мировым стандартам качества. Создать такую инфраструктуру можно было в ходе выпуска дженериковых продуктов. Реформаторы предлагали организовать двустороннее движение: осуществлять строительство новых современных российских заводов и способствовать тому, чтобы зарубежные фармкомпании захотели размещать свои фармацевтические и биотехнологические производства на территории Российской Федерации. Главное — предстояло усилить государственный контроль над качеством производимых в стране лекарств и установить барьеры на пути проникновения на российский рынок некачественной продукции из Юго-Восточной Азии по демпинговым ценам.

На втором этапе «дженериковая» составляющая реформы должна была быть дополнена «лицензионной» — приобретением лицензий на препараты, еще не вышедшие из-под действия зарубежных патентов и не имевшие действенных дженериков. Их предполагалось производить в России. А поскольку выпуск таких препаратов неизбежно сопряжен с довольно радикальным промышленно-технологическим перевооружением, неотъемлемой составляющей дан-

<sup>3</sup> Сошлась с инженером-химиком. URL: [https://vademecum.ru/article/soshlas\\_s\\_inzhenerom\\_khimikom/](https://vademecum.ru/article/soshlas_s_inzhenerom_khimikom/)

<sup>4</sup> Интервью А. А. Иващенко 27.05.2022.



ного этапа должна была стать реализация национальных программ по подготовке высококвалифицированных кадров для фармотрасли, привлечению в Россию западных специалистов и стимулирование зарубежных фармкомпаний на организацию деятельности научно-исследовательских центров на российской территории.

Первые два этапа авторы статьи считали подготовительными. Ни дженериковая, ни лицензионная модели не могли стать долгосрочными стратегиями развития, поскольку их потенциал в этом плане был ограничен. Из-за высочайшей конкуренции на дженериковом рынке его маржинальность быстро падала, и отрасль автоматически утрачивала средства для реинвестирования в развитие производственной базы. Поэтому единственным решением для стратегического развития виделся переход на инновационную модель. Собственно, третий и четвертый этапы и являлись таким переходом.

На третьем этапе предлагалось организовать разработку и производство оригинальных, патентоспособных отечественных препаратов, созданных с использованием структурной модификации существующих зарубежных прототипов и относящихся к тому же классу. В профессиональном сленге такие препараты получили наименование «next-in-class», а при успехе разработки — и «best-in-class» — в отличие от лекарств принципиально нового типа — «first-in-class». В ходе этого этапа должна была существенно возрасти государственная поддержка отрасли, которая могла бы выразиться в прямом финансировании научно-исследовательских работ по созданию импортозамещающих лекарственных средств; поддержке масштабных кооперационных проектов, объединяющих организации разных форм собственности и отраслевой принадлежности, работающие в сфере разработки лекарств; помощи во внедрении наукоемких и высокотехнологичных решений, относящихся к органическому и биотехнологическому синтезу, биологическому *in vitro* и *in vivo* скринингу, информационному сопровождению проектов и др.

Наконец, заключительный, четвертый этап следовало посвятить переходу от производства патентоспособных структурно-модифицированных аналогов к разработке и выпуску подлинно инновационных препаратов «с нуля» с использованием передовых научно-исследовательских подходов. Ключевыми элементами реализации этого этапа являлись создание государственных научно-исследовательских центров по разработке инновационных препаратов и эффективной схемы финансирования самых рискованных стадий их разработки — создания молекул, доклинических и первых фаз клинических исследований. В дальнейшем, начиная с третьей фазы клинических исследований, когда основные риски уже сняты, обычно возникает интерес у крупных фармацевтических компаний, готовых вкладывать собственные средства в доведение препарата до рынка.

Таким в версии специалистов ГК «ХимРар» представлялось соглашение российской фармы и Правительства, способное модернизировать отечественный рынок и обеспечить биобезопасность государства. Этот документ предложил картину автономного защищенного будущего и делал это на языке новой политической риторики. Стратегическое видение и созвучие политическому повороту обеспечили успех и поддержку проекта. Именно он лег в основу утвержденной Минпромторгом «Стратегии развития фармацевтической и медицинской промышленности РФ до 2020 года».

То есть фармбизнес участвовал в государственной регуляторике, только не весь и не самовыдвинутыми представителями, а через отобранных Правительством экспертов. «Мы понимали, что главной нашей задачей является не протекционизм, а создание развитой индустрии, — объяснял позднее С. А. Цыб. — А она формируется за счет сильных игроков. Семь лет назад, когда создавалась стратегия развития фарминдустрии, ими были в основном иностранные компании и наши крупные дистрибьютеры. Нужно было придумать такой механизм, который стимулировал бы не импорт лекарств, а создание их в России, причем механизм должен был быть единым для всех, как для российских игроков, так и для иностранных»<sup>5</sup>. И, видимо, предложения команды ГК «ХимРар» это намерение Правительства удовлетворили.

Отличия финального текста Стратегии от журнального варианта предложений фармбизнеса относятся, главным образом, к форме «упаковки» идей. Сравнительно живой язык научной статьи был перекодирован в сухие формулировки указаний. К ним добавились цифровые показатели ожидаемых результатов и финансовых затрат для каждого из этапов, а число этапов сократилось до 3 без изменения их общего содержательного наполнения: первый этап — «Локализация производства и разработки лекарственных средств на территории РФ» (2009—2012 гг.) — локализующий; второй этап — «Развитие фармацевтической отрасли на рынке РФ» — импортозамещающий (дженерики, покупка лицензий) (2012—2017 гг.); третий этап — «Развитие фармацевтической отрасли на внешних рынках» — экспортоориентированный (2017—2020 гг.) [10].

### Запуск программы

Впервые текст Стратегии был представлен широкой общественности на финальной стадии ее согласования в марте 2009 г. Тогда же В. Б. Христенко заявил, что первоочередные действия, стимулирующие развитие производства лекарств в России, должны быть реализованы уже в текущем году, «чтобы не упустить те выгоды, которые предостав-

<sup>5</sup>Если бы российские фармпроизводители не предпринимали усилий, то их доля едва бы превышала 10%. URL: <https://gxpnews.net/2014/11/esli-by-rossijskie-farmproizvoditeli-nepredprinimali-usilij-to-ix-dolya-edva-by-prevyshala-10/>

ляет текущая ситуация» [11], и в первую очередь кризисная девальвация рубля. И эти слова министра не разошлись с делом. Правительством уже в течение первого полугодия 2009 г. были отменены налог на добавленную стоимость и ввозные пошлины на импортное оборудование для фармпромышленности. Отечественные производители получили субсидии на техническое перевооружение, компенсацию процентов по экспортным кредитам, а также 15% преференцию при государственных закупках<sup>6</sup>.

Для привлечения в отрасль инвестиций, господдержки экспорта, создания интегрированных структур разработчиков и производителей, развития механизмов государственно-частного партнерства и реформирования профессионального образования Распоряжением Правительства от 31.03.2009 № 411-р был утвержден и приступил к работе Совет по развитию фармацевтической и медицинской промышленности при Правительстве РФ<sup>7</sup>. Его возглавил заместитель Председателя Правительства РФ И. И. Сечин. В состав Совета вошли представители Государственной Думы, Минпромторга, Минэкономразвития, МВД, Минздравсоцразвития, Росздравнадзора, ФАС, ФТС, ФСКН, РАН и РАМН; губернаторы; ректоры; руководители отраслевых ассоциаций и ведущих российских фармпредприятий.

Что же касается самого Минпромторга, то он развернул очень активную работу с фармпроизводителями. Причем в первую очередь — с иностранными. Косвенно об этом свидетельствует сенсационное заявление гендиректора «Nycomed Russia-CIS» J. Davidsen, сделанное им от лица 25 компаний западной Big Pharma в мае 2009 г. на очередной Конференции Адама Смита в Санкт-Петербурге. J. Davidsen тогда объявил о том, что западные гиганты приняли консолидированное решение инвестировать в российский фармрынок 1 млрд евро, который планировалось потратить на создание производств на территории России. И это при том, что по его же словам, для западных компаний размещение производства в России не представляло интереса с точки зрения сокращения издержек, поскольку инвестиционные расходы и затраты на производство оказывались не меньше, чем в Западной Европе [12]. Иными словами, западные фармгиганты добровольно или вынужденно поддержали правительственный сценарий реформирования фармацевтической отрасли.

Одновременно с этим Минпромторг завершил процедуру согласования текста Стратегии со всеми заинтересованными министерствами и ведомствами,

и 23.10.2009 «Стратегия развития фармацевтической промышленности на период до 2020 года» была утверждена Приказом Минпромторга № 965. Как только это произошло, и в Правительстве, и у игроков фармацевтического рынка возник справедливый вопрос о статусе Стратегии. Большинство ожидало утверждения ее на уровне Правительства, а отнюдь не министерства. Заместитель министра промышленности и торговли Д. В. Мантуров попытался объяснить случившееся, а заодно и успокоить тех, кто стал сомневаться в том, что отдельного приказа министерства будет достаточно для запуска столь значительных изменений. «Стратегия, разработанная Минпромторгом России, была согласована со всеми заинтересованными ведомствами, представителями индустрии и науки и... одобрена на заседании Совета по развитию медицинской и фармацевтической промышленности при Правительстве Российской Федерации, — сказал он в интервью «Российской газете». — Поскольку эта стратегия является отраслевой, то ее «введение в действие», как и всех других отраслевых стратегий, уже действующих на настоящий момент по химии, легкой промышленности, осуществлено приказом министерства» [13].

Однако Министерство финансов такое объяснение не удовлетворило, и оно заявило об отсутствии в бюджете соответствующей статьи расходов и потребовало от разработчиков Стратегии соблюсти стандартные для таких случаев бюрократические процедуры. А именно — подготовить и утвердить в Правительстве федеральную целевую программу (ФЦП). Минпромторг не стал возражать. К чести его руководителей надо отметить, что они не только без промедления начали работу над ФЦП, но и постарались изыскать внутренние резервы для дополнительной оперативной поддержки фармацевтической отрасли.

В частности, уже в октябре 2009 г. был создан «Реестр перспективных проектов в области медицинской и фармацевтической промышленности», в который отобрали 29 проектов, соответствовавших целям государственной политики в области лекарственного обеспечения и имевших предпосылки для успешной реализации. В их числе были проекты ЗАО «Рафарма» (организация и строительство фармацевтического завода по производству антибиотиков и противораковых препаратов), ЗАО «Биокад» (организация опытно-промышленного производства субстанций и лекарств на основе моноклональных антител), ЗАО «Генериум» (создание современного биотехнологического производственного предприятия и научно-производственного биотехнологического центра). В 2010 г. Минпромторг добился выделения 535 млн руб. на предоставление субсидий российским организациям — производителям лекарственных средств для возмещения части затрат на уплату процентов по кредитам, полученным в российских кредитных организациях в 2008—2010 гг. на технологическое перевооружение. Кроме того, министерством были предприняты зна-

<sup>6</sup> В 2009 г. вступил в силу Приказ Минэкономразвития России от 05.12.2008 № 427 о введении преференций российским производителям при размещении госзаказа на период до конца 2010 г. Согласно новым правилам, при прочих равных условиях преимущество может быть отдано иностранному производителю только в том случае, если цена на его продукцию окажется на 15% ниже, чем на продукцию отечественного производства.

<sup>7</sup> Решение о создании Совета было принято на выездном совещании Председателя Правительства РФ В. В. Путина с министрами и руководителями крупнейших отечественных фармкомпаний, состоявшемся в Курске 19.06.2008.

чительные усилия для привлечения инвестиций через такие институты развития, как Роснано, РВК, ВЭБ.

Что же касается ФЦП, то ее первый проект был подготовлен и представлен на обсуждение уже 02.08.2010, а 17.02.2011 ФЦП «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» была утверждена Постановлением Правительства № 91.

Цели и задачи ФЦП и Стратегии оказались полностью идентичными, а вот число этапов реализации оказалось сокращено до 2. На первом этапе (2011—2015 гг.) планировалось преодолеть существовавшее научно-техническое, технологическое и производственное отставание отечественной промышленности, а также обеспечить повышение конкурентоспособности в части производства лекарственных средств, входящих в перечни стратегически значимых и жизненно необходимых. На втором этапе (2016—2020 гг.) предусматривалось завершить переход отечественной фармацевтической и медицинской промышленности к модели устойчивого инновационного развития для обеспечения российского здравоохранения и потребительского рынка широким ассортиментом доступной и качественной отечественной фармацевтической продукции. Объем финансирования также несколько уменьшился. Вся ФЦП оценивалась в 172,986 млн руб., в том числе за счет средств федерального бюджета — 110,185 млн руб. (62,801 млн руб. планировалось привлечь из внебюджетных источников). Из средств федерального бюджета 86,895 млн руб. предназначались на научные исследования и экспериментальные разработки; 20,768 млн руб. — на капитальные вложения, 13,481 млн руб. — на бюджетные инвестиции в объекты капитального строительства государственной (муниципальной) собственности; 7,287 млн руб. — на субсидии на осуществление капитальных вложений в объекты капитального строительства государственной (муниципальной) собственности; 2,522 млн руб. — на прочие затраты<sup>8</sup>.

В своем выступлении на совещании по ФЦП, состоявшемся 08.12.2010 на предприятии ГК «ХимРар», В. В. Путин сообщил, что эти средства должны послужить своего рода «стартовым капиталом» для технологического перевооружения более чем 160 предприятий, создания 17 научно-исследовательских центров по разработке лекарственных препаратов и медицинской техники; организации выпуска в России не менее 90% лекарственных средств, входящих в перечень жизненно необходимых, и увеличения в 8 раз экспорта российской фармацевтической продукции.

Утверждение ФЦП в феврале 2011 г. получило широкое освещение в прессе. Все ведущие отраслевые и государственные СМИ отметили это событие, а привлеченные ими эксперты из числа руководи-

лей фармпредприятий и ассоциаций в один голос поддержали Программу. Однако анонимные опросы, проведенные чуть позже компанией «Ernst & Young», обнаружили, что многие участники рынка достаточно скептически оценивали перспективы этого начинания. В числе основных причин, по которым, с их точки зрения, у российской фармацевтической отрасли было немного шансов на успешное развитие, назывались несовершенное законодательство, коррупция и выраженный дефицит квалифицированных кадров. Кроме того, 69% иностранных и 25% отечественных фармпроизводителей полагали, что Россия попросту не готова к столь масштабным реформам с социально-экономической точки зрения<sup>9</sup>. Несмотря на это, ФЦП сначала медленно, а затем все активнее начала воплощаться в жизнь и, вопреки мнению недовольных и несогласных, уже в первой половине 2010-х гг. стала приносить вполне конкретные плоды.

Итак, в 2008—2011 гг. в политической риторике фармрынок обрел значение макропроблемы и стратегического ресурса российского будущего. В этом качестве он стал объектом мониторинга, контроля, проектирования и заинтересованности со стороны различных правительственных лидеров. Призывы к модернизации стали обоснованием для воздействия государства на сферу «старого» частного бизнеса. Конечно, активные административные усилия и значительные бюджетные средства позволяли усовершенствовать российские фармтехнологии и производить быстрее и глубже, чем это делали прежде. Опыт создания стратегии «Фарма 2020» стал примером сотрудничества новых политиков с новыми бизнесменами для достижения согласованных целей, которое изменило распределение сил в этом пространстве.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Coase R. H. The firm, the market and the law. Chicago-London; 1988.
2. Simon H. A. Models of man. N.Y.; 1957.
3. Williamson O. E. The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting. N.Y.; 1985.
4. Зыкова Т. Готовы ли россияне отказаться от импортных лекарств? // Российская газета. 2008. 18 марта. С. 18.
5. Кряжев Д. Фармацевтический холдинг подлечат иностранцами // Коммерсантъ. 2007. 1 марта. С. 18.
6. Чем прославился Владимир Брынцалов // Коммерсант. 2007. 27 июля. С. 9.
7. Свечкопалова Г. Чиновники спешат на помощь фармпромышленности. Сроки разработки стратегии ее развития сократили на два месяца // Фармацевтический вестник. 2008. 18 марта.
8. Дан старт разработке Стратегии развития российской фармацевтической промышленности на период до 2020 г. // Фармацевтический вестник. 2008. 9 апреля.
9. Иващенко А. А., Кравченко Д. В. Концепция инновационного развития отечественной фармацевтической отрасли // Ремедиум. 2008. № 5. С. 6—13.

<sup>9</sup> Компания Эрнст энд Янг: Перспективы развития фармотрасли России. URL: <https://gxpnews.net/2012/12/kompaniya-ernst-end-yang-perspektivy-razvitiya-farmotrasli-rossii/>

<sup>8</sup> Специальный сайт программы — <http://fcpfarma.ru>

10. Флорес М. А. Государственная политика по развитию отечественной фармацевтической промышленности: анализ стратегических документов // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 6. С. 1—19.
11. Николаева Д. Фармацевтам прописали курс импортозамещения // Коммерсантъ. 2009. 27 марта. С. 2.
12. Трофимова Е. Юбилей и кризис на российском фармрынке // Ремедиум. 2009. № 8—9. С. 80—86.
13. Емельяненко А. Денис Мантуров: В стране практически нет фармацевтических инженеров // Российская Бизнес-газета. 2010. 26 апреля.
5. Kryazhev D. A pharmaceutical holding will be cured by foreigners. *Kommersant*. 2007;(March 1):18. (In Russ.)
6. What Vladimir Bryntsalov is famous for. *Kommersant*. 2007;(27 July):9. (In Russ.)
7. Svechkopalova G. Officials are rushing to help the pharmaceutical industry. Deadline for working out a strategy of its development was shortened by two months. *Farmaceuticheskij vestnik*. 2008;(March 18). (In Russ.)
8. Development strategy for the Russian pharmaceutical industry for the period up to 2020 is launched. *Farmaceuticheskij vestnik*. 2008;(April 9). (In Russ.)
9. Ivashchenko A. A., Kravchenko D. V. Concept of innovative development of the domestic pharmaceutical industry. *Remedium*. 2008;(5):6—13. (In Russ.)
10. Flores M. A. State policy on the development of the domestic pharmaceutical industry: an analysis of strategic documents. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*. 2013;(6):1—19. (In Russ.)
11. Nikolaeva D. Pharmacists prescribed import substitution course. *Kommersant*. 2009;(March 27):2. (In Russ.)
12. Trofimova E. Jubilee and the crisis in the Russian pharmaceutical market. *Remedium*. 2009;(8—9):80—86. (In Russ.)
13. Emelyanenko A. Denis Manturov: there are practically no pharmaceutical engineers in the country. *Rossijskaja Biznes-gazeta*. 2010;(April 26). (In Russ.)

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Coase R. H. The firm, the market and the law. Chicago-London; 1988.
2. Simon H. A. Models of man. N.Y.; 1957.
3. Williamson O. E. The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting. N.Y.; 1985.
4. Zyкова Т. Are Russians ready to give up imported medicines? *Rossiyskaya gazeta*. 2008;(March 18). (In Russ.)

Казарян О. В., Мишина Е. Ю., Соболева О. С., Уманская М. Б.

## СИМВОЛИЗМ БЕЛОГО ХАЛАТА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина», 119071 Москва, Россия

*Для врачей давно стало традицией профессионально одеваться в белые халаты — универсальный символ принадлежности к медицинской профессии. Эта традиция восходит к временам Гиппократу, однако за XIX—XXI вв. символизм белого халата подвергся критике в связи с исследованиями по вопросам распространения инфекций посредством ткани. В настоящее время многие врачи отказываются от использования самого старого символа профессии, а практика медицинской деятельности изобилует новыми вариантами униформы медицинского работника как по фасону, так и по цветовой палитре. Однако необходимо отметить, что белый халат символизирует другую важную часть медицинского образования студентов — стандарт профессионализма и заботы, а также символ доверия, которое они должны заслужить у пациентов.*

*Ключевые слова:* медицина; врач; профессия; символ; белый халат; символизм; униформа; медицинские работники

*Для цитирования:* Казарян О. В., Мишина Е. Ю., Соболева О. С., Уманская М. Б. Символизм белого халата в медицинской профессии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):725—727. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-725-727>

*Для корреспонденции:* Казарян Ольга Владиславовна; e-mail: [kazaryan-ov@rguk.ru](mailto:kazaryan-ov@rguk.ru)

*Kazaryan O. V., Mishina E. Yu., Soboleva O. S., Umanskaya M. B.*

## SYMBOLISM OF THE WHITE COAT IN THE MEDICAL PROFESSION

A. N. Kosygin Russian State University, 119071 Moscow, Russia

*It has long been a tradition for doctors to dress professionally in white coats — a universal symbol of belonging to the medical profession. This tradition dates back to the time of Hippocrates, but during the XIX—XXI centuries, the symbolism of the white coat was criticized in connection with research on the spread of infections through tissue. Currently, many doctors refuse to use the oldest symbol of the profession, and the practice of medical activity is replete with new variants of the uniform of a medical worker (both in style and in color palette). However, it should be noted that the white coat symbolizes another important part of the medical education of students, the standard of professionalism and care, as well as a symbol of the trust they must earn from patients.*

*Keywords:* medicine; doctor; profession; symbol; white coat; symbolism; uniform; medical workers

*For citation:* Kazaryan O. V., Mishina E. Yu., Soboleva O. S., Umanskaya M. B. Symbolism of the white coat in the medical profession. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):725–727 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-725-727>

*For correspondence:* Olga V. Kazaryan; e-mail: [kazaryan-ov@rguk.ru](mailto:kazaryan-ov@rguk.ru)

*Source of funding.* This study was not supported by any external sources of funding.

*Conflict of interest.* The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

## Введение

Для врачей давно стало традицией профессионально одеваться в белые халаты — универсальный символ принадлежности к медицинской профессии. Эта традиция восходит к Гиппократу, который утверждал, что врачи должны «быть чистыми лично, хорошо одетыми и умащенными приятно пахнущими мазями» [1]. Белые халаты, которые сегодня носят врачи, первоначально использовались работниками лабораторий для обеспечения барьера от опасных загрязняющих веществ, с которыми они могли столкнуться на работе [2]. В то время как белые халаты возлагают ответственность на врачей и прививают им чувство профессионализма, восприятие этих халатов у пациентов различалось, в результате чего молодые пациенты предпочитают врачей без белых халатов, а пожилые пациенты — все-таки традиционную одежду. Такие различия привели к многочисленным международным исследованиям уровня доверия пациентов к своим лечащим врачам

и комфорта с ними в зависимости от их форменной одежды [3, 4].

«Белый халат — это глубоко укоренившаяся часть профессиональной идентичности врача, которая помогает установить необходимое доверие пациента. По мере расширения доступа к системе здравоохранения сохранение центральной роли белого халата в культуре системы оказания медицинской помощи становится более важным, чем когда-либо» [2]. Таким образом, в настоящем исследовании ставится цель рассмотреть символическое значение белого халата и его трансформацию с течением времени.

## Материалы и методы

Работа представляет собой описательное повествование, проведено с использованием общенаучных методов анализа и синтеза, обобщения и критического анализа научной литературы по рассматриваемому кругу вопросов.

## Результаты и обсуждение

Белый халат служит выдающимся символом врачей уже более 100 лет. Самое раннее воспоминание ребенка о враче — это человек в белом халате. Пациенты ожидают, что в кабинетах врачей, больницах и поликлиниках их будет лечить человек, одетый в белое. Практически в каждой медицинской школе первым символическим актом является «Церемония Белого халата», автором которой является Арнольд П. Голд, доктор медицинских наук. Это церемониальное «облачение» будущего врача, когда он начинает медицинскую карьеру [5, 6]. Поэтому для многих студентов медицинских университетов удивление вызывает тот факт, что до конца XIX в. врачи носили не белую, а черную одежду.

Однако за последние два десятилетия белый халат утратил свою популярность среди врачей из-за растущего осознания того, что белые халаты содержат микроорганизмы и являются потенциальными источниками инфекции. С 1969 по 2014 г. было проведено около 30 исследований, в которых было задокументировано, как такая одежда может быть загрязнена и связана с инфекциями [2]. Эти результаты привели к различным изменениям в национальных рекомендациях. Например, Национальная служба здравоохранения (NHS) в Великобритании в сентябре 2007 г. внедрила политику «обнажения ниже локтей» для всех работников медицинских учреждений NHS. В январе 2014 г. Американское общество эпидемиологии здравоохранения также выпустило новые рекомендации по одежде медицинского персонала. Руководящие принципы призвали медицинских работников снимать белые халаты во время консультаций и пропагандировали подход «обнажать руки ниже локтей», чтобы предотвратить передачу патогена от белых халатов к пациентам [2]. Одно из наиболее важных и ранних исследований в Малайзии выявило высокую распространенность метициллинрезистентного золотистого стафилококка на галстуках врачей [7].

Более того, исследования показали, что представления пациентов о белых халатах часто меняются в пользу врачей без них после того, как пациенты были проинформированы о возможности микробного загрязнения белой одежды врачей [8]. В редакционной статье, опубликованной в «Медицинском журнале Малайзии» об одежде врачей и безопасности пациентов в 2009 г., подчеркивалась обеспокоенность по поводу бактериального загрязнения галстуков врачей и белых халатов. Далее исследователям было рекомендовано изучить восприятие врачами и пациентами одежды врачей и может ли обучение пациентов изменить их восприятие [9].

Следует отметить, что далеко не все врачи сегодня носят белые халаты — педиатры и психиатры избегают этого — и не все профессиональные сообщества ожидают, что их врачи будут делать это. Пациенты в Дании, Англии, Швеции, Финляндии и Норвегии не ожидают, что их врачи будут носить белое. Исследования показывают, что молодые пациенты

предпочитают, чтобы врач не носил белое, в то время как пожилые пациенты предпочитают обратное [10].

Почему ожидания относительно использования врачом белого халата или отказа от него различаются? И как вообще белый халат стал олицетворять врачей?

Научные публикации открывают достаточно далеку и нелинейную ретроспективу практики использования белой одежды в качестве униформы медицинских работников. Слово «откровенность» происходит от латинского *candidus*, что означает «белый». На самом деле, основой всех профессиональных обществ является искренность или правда. Термин «кандидат» связано с тем фактом, что римляне, стремившиеся занять государственную должность, носили белые тоги. Изображением правосудия на протяжении тысячелетий была статуя или картина, изображающая человека, одетого в белое. Обратное — зло или смерть — изображаются черным цветом.

Врачи одевались в черное примерно до 1900 г., поскольку черный цвет олицетворял серьезность отношения к работе. Черная одежда считалась и остается официальной (например, сегодняшний смокинг). Священнослужители также были одеты в черное, что указывало на торжественный характер их роли при встречах с прихожанами. Дополнительной или альтернативной возможностью ношения темной одежды может служить тот факт, что до конца XIX в. обращение за медицинской помощью обычно было последним средством и часто предшествовало смерти. До последней трети 1800-х гг. встреча с врачом редко приносила пользу пациенту. На самом деле, до этого момента «практически вся медицина включала в себя множество бесполезных лекарств и много шарлатанств» [11]. В 1875 г. Томас Икинс создал, возможно, одну из величайших картин Америки под названием «Клиника Гросса». На ней изображена сцена из медицинского центра Джефферсона. В амфитеатре колледжа в Филадельфии показано, как доктор Сэмюэл Гросс и его ассистенты — все в черных официальных костюмах — проводят операцию на ноге молодому человеку.

Примерно в то же время в Европе получила распространение идея антисептики. Это был вклад Джозефа Листера, который действительно переместил медицину из области домашних средств и шарлатанства в область бинауки. Впервые воспроизводимые результаты помогли исследователям лучше понять, как предотвратить бактериальное заражение. Примечательно, что этот прогресс был задокументирован в другом, более позднем шедевре Т. Икинса под названием «Клиника Агню» (1889 г.). И уже на этой картине доктора медицины Д. Хейса Агню из Пенсильванского университета можно увидеть в белом халате, ассистенты также одеты в белое, что наводит на мысль о том, что в операционной появилось новое ощущение чистоты.

В конце XIX в. и начале XX в., когда медицина стала по-настоящему научным предприятием, кото-

## История и социология здравоохранения и медицины

рое мы знаем сейчас, «белизна» или «непорочность» медицины стала отражаться в одежде врачей и, что интересно, медсестер [12]. До этого времени медсестры, роль которых была возложена на монахинь, выполняли функции сиделок в основном в богадельнях в своих черных одеяниях.

На рубеже XIX в. «черные» привычки религиозных сестринских орденов стали «белыми». На самом деле и по сей день медсестер в Англии называют сестрами из-за их религиозного происхождения. Наше общество также принесло этот символ белизны к брачному алтарю, где невесты традиционно носят белое как символ своей чистоты.

В XX в. белый халат продолжал оставаться символом медицинского авторитета и уважения, поскольку прогресс прочно закреплял отношения между пациентом и врачом как взаимовыгодную встречу. Вероятно, величайшим достижением медицинской науки в XX в. стало появление антибиотиков. Пневмония, аппендицит, инфицированный воддырь или зубная боль больше не обрекали человека на смерть.

Изображение врача в белом халате является символом медицины, затмевающим черную сумку или стетоскоп [10]. Однако образ белого халата также стал настолько устрашающим, что педиатры и психиатры обычно предпочитают не носить его, чтобы уменьшить беспокойство своих пациентов. Термин «синдром белого халата» используется для описания нерепрезентативных записей о высоком артериальном давлении, вызванном беспокойством пациента при посещении врача в белом халате.

### Заключение

Многие пациенты сейчас рассматривают белый халат как «плащ сострадания» и символ заботы и надежды, которые они ожидают получить от своих врачей. И наоборот, студенты, начинающие обучение в медицинской школе, рассматривают свое образование и роль будущих врачей как стремление быть достойными белого халата. Медицинская школа должна предоставить студентам научные и клинические инструменты для того, чтобы они стали врачами. Также необходимо отметить, что белый халат символизирует другую важную часть медицинского образования студентов — стандарт профессионализма и заботы, а также символ доверия, которое они должны заслужить у пациентов. Церемония вручения белых халатов, по замыслу доктора А. П. Голда, приветствует тех, кто начинает свою медицинскую карьеру, в сообществе врачей, вручая им этот мощный символ сострадания и чести. Это также дает им стандарт, по которому они должны оценивать каждый свой акт оказания помощи пациентам, которые им доверяют.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Hochberg M. S. The doctor's white Coat: an historical perspective // *Virtual Mentor*. 2007. Vol. 9, N 4. P. 310—314.
2. Nash D. B. Keep the white coat // *Am. J. Med. Qual.* 2014. Vol. 29, N 6. P. 465—466.
3. Hartmans C., Heremans S., Lagrain M. et al. The doctor's new clothes: professional or fashionable? // *Primary Health Care*. 2013. Vol. 3, N 3. P. 135.
4. Yamada Y., Takahashi O., Ohde S. et al. Patients' preferences for doctors' attire in Japan // *Intern Med*. 2010. Vol. 49, N 15. P. 1521—1526.
5. Lewis L. D. White Coat Ceremony keynote address. Speech presented at Columbia University College of Physicians and Surgeons. N.Y.; 1994.
6. Enochs B. E. The Gold standard // *J. Coll. Phys. Surg. Columbia Univ*. 1998. Vol. 18. P. 11.
7. Koh K. C., Husni S., Tan J. E. et al. High prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) on doctors' neckties // *Med. J. Malaysia*. 2009. Vol. 64, N 3. P. 233—235.
8. Hueston W. J., Carek S. M. Patients' preference for physician attire: a survey of patients in family medicine training practices // *Fam. Med*. 2011. Vol. 43, N 9. P. 643—647.
9. Abu Bakar S. Doctor's attire and patient safety // *Med. J. Malaysia*. 2009. Vol. 64, N 3. P. 185—186.
10. Anvik T. Doctors in a white coat — what do patients think and what do doctors do? // *Scand. J. Prim. Health Care*. 1990. Vol. 8. P. 91—94.
11. Shryock R. H. The development of modern medicine. N.Y.; 1947. P. 248—272.
12. Blumhagen D. W. The doctor's white coat: the image of the physician in modern America // *Ann. Intern. Med.* 1979. Vol. 91. P. 111—116.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Hochberg M. S. The doctor's white Coat: an historical perspective. *Virtual Mentor*. 2007;9(4):310—314.
2. Nash D. B. Keep the white coat. *Am. J. Med. Qual.* 2014;29(6):465—466.
3. Hartmans C., Heremans S., Lagrain M. et al. The doctor's new clothes: professional or fashionable? *Primary Health Care*. 2013;3(3):135.
4. Yamada Y., Takahashi O., Ohde S. et al. Patients' preferences for doctors' attire in Japan. *Intern Med*. 2010;49(15):1521—1526.
5. Lewis L. D. White Coat Ceremony keynote address. Speech presented at Columbia University College of Physicians and Surgeons. N.Y.; 1994.
6. Enochs B. E. The Gold standard. *J. Coll. Phys. Surg. Columbia Univ*. 1998;18:11.
7. Koh K. C., Husni S., Tan J. E. et al. High prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) on doctors' neckties. *Med. J. Malaysia*. 2009;64(3):233—235.
8. Hueston W. J., Carek S. M. Patients' preference for physician attire: a survey of patients in family medicine training practices. *Fam. Med*. 2011;43(9):643—647.
9. Abu Bakar S. Doctor's attire and patient safety. *Med. J. Malaysia*. 2009;64(3):185—186.
10. Anvik T. Doctors in a white coat — what do patients think and what do doctors do?. *Scand. J. Prim. Health Care*. 1990;8:91—94.
11. Shryock R. H. The development of modern medicine. N.Y.; 1947:248—272.
12. Blumhagen D. W. The doctor's white coat: the image of the physician in modern America. *Ann. Intern. Med.* 1979;91:111—116.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 371.72

**Каменева Т. Н.<sup>1,2</sup>, Ткаченко П. В.<sup>3</sup>, Кунилова К. Д.<sup>4</sup>, Белоусова Н. И.<sup>3</sup>, Кеня П. А.<sup>3</sup>, Тарасова Ю. Ю., Надуткина И. Э.<sup>5</sup>****ЗДОРОВЬЕ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ — ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ДИАСПОР КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**<sup>1</sup>ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», Москва, Россия;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Государственный университет управления», Москва, Россия;<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия;<sup>4</sup>АНО «Диалог Регионы», Санкт-Петербург, Россия;<sup>5</sup>ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия

*Статья посвящена анализу современных подходов к проблеме поддержания здоровья в среде иностранных студентов, которые являются учебными мигрантами и нуждаются в организации медицинского обслуживания с учетом их текущего социального положения и статуса на территории России. Подрыв здоровья, значительное психоэмоциональное напряжение и в целом переживания относительно сохранения здоровья могут сказаться на процессе обучения, что ставит задачу определения зоны ответственности относительно здоровья учебных мигрантов: сами ли они обязаны контролировать свое состояние и обращаться в медицинские организации, заниматься вопросами заключения договоров медицинского страхования, должен ли вуз принимать участие в организации медицинских комиссий и обследований, или данные полномочия могут быть у диаспор, членами которых нередко являются иностранные студенты.*

**Ключевые слова:** студент; иностранный студент; учебный мигрант; здоровье; физическое здоровье; психоэмоциональное здоровье; здоровьесбережение; диаспора

**Для цитирования:** Каменева Т. Н., Ткаченко П. В., Кунилова К. Д., Белоусова Н. И., Кеня П. А., Тарасова Ю. Ю., Надуткина И. Э. Здоровье иностранных студентов — представителей диаспор как социальная проблема. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):728—732. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-728-732>

**Для корреспонденции:** Каменева Татьяна Николаевна; e-mail: kalibri0304@yandex.ru

**Kameneva T. N.<sup>1,2</sup>, Tkachenko P. V.<sup>3</sup>, Kunilova K. D.<sup>4</sup>, Belousova N. I.<sup>3</sup>, Kenya P. A.<sup>3</sup>, Tarasova Yu. Yu.<sup>2</sup>, Nadutkina I. E.<sup>5</sup>**

**HEALTH OF FOREIGN STUDENTS — REPRESENTATIVES OF DIASPORAS AS A SOCIAL PROBLEM**<sup>1</sup>Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia;<sup>2</sup>State University of Management, Moscow, Russia;<sup>3</sup>Kursk State Medical University Kursk, Russia;<sup>4</sup>ANO «Dialog Regions», St. Petersburg, Russia;<sup>5</sup>Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

*The article is devoted to the analysis of modern approaches to the problem of the health of foreign students who are educational migrants and need medical care, taking into account their current social status and status in the territory of the Russian Federation. The undermining of health, significant psycho-emotional tension and, in general, worries about maintaining health can affect the learning process, therefore it is necessary to determine in whose area of responsibility the health of educational migrants is: whether they themselves are obliged to monitor their condition and organize medical care, whether the university should participate in the organization of medical commissions and examinations, or diasporas, whose members are often foreign students, may have these powers.*

**Keywords:** student; foreign student; educational migrant; health; physical health; psycho-emotional health; health care; diaspora

**For citation:** Kameneva T. N., Tkachenko P. V., Kunilova K. D., Belousova N. I., Kenya P. A., Tarasova Yu. Yu., Nadutkina I. E. Health of foreign students — representatives of diasporas as a social problem. *Problemi socialnoi gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):728–732 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-728-732>

**For correspondence:** Tatyana N. Kameneva; e-mail: kalibri0304@yandex.ru

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Категория здоровья в трудах современных исследователей рассматривается как многомерный и сложный феномен. Имея многогранную структуру, здоровье может быть проанализировано с точки зрения физического, ментального и социального самочувствия [1]. С точки зрения Всемирной организации здравоохранения, здоровье — это «состояние полного физического, душевного, социального благополучия, не только отсутствие болезней и физических дефектов»<sup>1</sup>. Исходя из данного определения

можно сделать вывод о том, что аспекты здоровья не замыкаются лишь на «хорошем самочувствии», «отсутствии видимых физических дефектов», «отсутствии заболевания». Это еще и общее социальное благополучие индивида, его гармоничное развитие, участие в общественной жизни и удовлетворенность результатами своей деятельности. Здоровье нельзя ограничивать только отсутствием заболевания, поэтому при реализации здоровьесберегающих

<sup>1</sup> Устав ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int>



практик следует делать акцент на ментальном благополучии и реализации индивида в различных видах деятельности.

По мере развития общества здоровье стало пониматься не как нечто абстрактное, само собой разумеющееся: здоровье — это ценность, залог гармоничного и благополучного существования человека. Отношение к здоровью практически всегда находилось во взаимосвязи с теми изменениями, которые происходили в обществе [2, 3]. Таким образом, здоровье — как физическое, так и ментальное, социальное благополучие во многом зависят от той среды, в которой оказывается человек, от тех условий, в которых он проживает, и от той работы, которую он регулярно выполняет.

Вопросы здоровьесбережения для иностранных студентов зачастую выходят на первый план, нарушения соматического или психологического характера могут в существенной степени нарушить их планы, привести к невозможности обучения. Попадая в незнакомую среду, иностранные студенты не имеют элементарных навыков поддержания своего здоровья. Этому способствуют и иные климатические условия, незнакомые продукты, сложность в приобретении элементарных медикаментов [4], в том числе и по причине языкового барьера. Следует учитывать, что инокультурная среда также может выступать фактором риска здоровья иностранных обучающихся.

**Цель** исследования — определить особенности здоровьесбережения в среде иностранных студентов, выявить проблемы, связанные с поддержанием здоровья данной категории обучающихся.

### Материалы и методы

Объектом исследования стали иностранные студенты — граждане, которые прибыли из более чем 40 зарубежных стран для получения высшего образования. В социологическом исследовании приняли участие 600 респондентов в Москве, Санкт-Петербурге, Белгороде, Курске, которым было предложено ответить на ряд вопросов, которые касаются их текущей жизни в России, их социального благополучия, социокультурной адаптации и интеграции в образовательную среду вуза. Некоторые вопросы были посвящены медицинскому обслуживанию и здоровью студентов-иностранцев, поскольку от этого во многом зависит весь образовательный процесс, возможности студентов обучаться, их мотивация к образовательному процессу. Исследование проводилось методом опроса с использованием сервиса «Яндекс.Формы». Статистический анализ полученных данных был осуществлен в программе «MS Excel 2019».

### Обзор литературы

Не вызывает сомнения понимание того, что далеко не все условия сохранения здоровья зависят именно от индивида, крайне важны и практики государства, программы по сохранению здоровья населения, программы и мероприятия по адаптации

индивида с учетом его индивидуальных особенностей, особенно в кризисные периоды (геополитическая напряженность, неблагоприятная эпидемиологическая ситуация и пр.).

В последние годы человечество столкнулось с таким потрясением, как COVID-19, последствия которого ощущаются до сих пор, уже спустя 3 года с начала масштабного роста заболеваемости. Окончательно данное заболевание не было преодолено, перейдя в статус сезонного, не были до конца изучены и его последствия. Но стало ясно одно: в значительной степени изменились здоровьесберегающие практики, тщательнее стали относиться к своему здоровью и сами люди, а специалисты стали активнее изучать новые формы вируса для того, чтобы предупредить возможные осложнения. Не остается в стороне и проблематика здоровья мигрантов: с одной стороны, здоровье учебных мигрантов крайне важно для освоения ими учебных материалов и получения образования, с другой стороны, границы государства открываются, при этом вспышки заболеваемости не остались в прошлом, появились новые опасности, например, заболеваемость корью, которая до сегодняшнего дня являлась исключительной редкостью. Соответственно требуется более тщательный контроль за состоянием здоровья, наличием профилактических прививок всех пребывающих в Россию и выезжающих из нее.

В социальных и социально-экономических, демографических исследованиях вопрос здоровья учебных мигрантов является достаточно актуальным. Это обусловлено постоянным ростом числа студентов-иностранцев, прибывающих в Россию для получения высшего образования. Минобрнауки сообщило, что в 2022 г. количество иностранных студентов, обучающихся в вузах России, выросло на 8,4% по сравнению с 2021 г. и составило 351 488 человек<sup>2</sup>. Тенденции последних лет демонстрируют востребованность российского образования у иностранных студентов, эпидемиологическая ситуация и достаточно напряженная геополитическая обстановка в стране и в мире в целом не сказываются на ситуации. В связи с этим крайне важно контролировать миграционные потоки, регулировать их, изучать социальное и физическое самочувствие учебных мигрантов. Это позволит своевременно выявить отклонения, пресечь вспышки возможных заболеваний, создать условия для адаптации мигрантов.

Если вопрос о социокультурной адаптации иностранных студентов был актуализирован несколько десятков лет назад, то озабоченность здоровьем иностранных студентов общество в целом и отдельные организации в частности демонстрируют только в последнее время. Во-первых, свою роль сыграла эпидемия коронавируса COVID-19, человечество стало тщательнее следить за своим здоровьем, гиги-

<sup>2</sup> Число иностранных студентов в России в 2022 году выросло на 8,4%. URL: <https://tass.ru/obschestvo/16453991?ysclid=lfm74xljp542122381> (дата обращения: 29.03.2023).

ной, произошли изменения именно на уровне сознания человека. Человек оказался в новой реальности, где на первом месте стоят личная гигиена, предельно внимательное отношение к своему состоянию. Изменилась ценность здоровья: ощутив его хрупкость, человек ценит благополучие физическое и ментальное. Все чаще в обществе поднимаются вопросы безопасности именно с точки зрения здоровья сохранения. Учитывая, что международная миграция возобновляется, растет поток беженцев и вынужденных переселенцев, одна из приоритетных задач — не допустить распространения новых инфекций, а также усилить защиту здоровья учебных мигрантов, что также является важным условием получения качественного образования. Помимо этого, должны использоваться сдерживающие факторы и в отношении других заболеваний, которые могут быть распространены среди представителей отдельных культур и наций, и к которым у россиян отсутствует иммунитет, и наоборот. Также следует сделать акцент на важности профилактики неинфекционных заболеваний в среде учебных мигрантов.

Одним из доказательств актуализации данного исследовательского направления является то, что сегодня многие исследователи используют термин «эффект здоровых мигрантов». Основано данное понятие на предположении, что в миграцию вовлекаются молодые и здоровые люди. После получения образования они являются привлекательными с точки зрения трудоустройства. Образовательный процесс, тем более процесс получения образования в чужой с точки зрения культуры, языка и законодательства стране, может быть достаточно стрессовой ситуацией, в связи с чем мигранты чаще болеют, испытывают проблемы, напряжение. Все это приводит к росту заболеваемости, что в значительной степени сказывается на качестве образования [5]. Важно, чтобы человек, который приезжает в Россию, имел высокий уровень физического и ментального здоровья, и чтобы он покидал Россию после получения образования, имея тот же уровень здоровья или даже выше.

Несмотря на логичность и вместе с тем непротиворечивость этого подхода, все же в последние годы здоровье мигрантов, в частности учебных мигрантов, студентов, которые приезжают в Россию для получения высшего образования, рассматривается как социальная проблема<sup>3</sup>. Чаще здоровье иностранных мигрантов рассматривается как социальная угроза, потому что сложно охватить всех иностранных мигрантов, изучить их состояние, поэтому исследователи делают акцент на том, что они могут представлять опасность. Но самое главное — недопомощь, болезни могут сказаться именно на образовательном процессе, что негативно влияет на

качество образования и подготовки будущего специалиста. В высшем учебном заведении студент получает некоторые виды медицинской помощи, однако если говорить о более комплексных обследованиях (анализы, флюорография, КТ или МРТ, иные обследования, которые относятся к категории дорогостоящих), а также экстренной медицинской помощи, операционном вмешательстве, — это совершенно иное направление, и оно необходимо, то далеко не все учебные мигранты осведомлены, где и как они могут получить эти виды помощи [6].

Важную роль в этом процессе могут играть диаспоры. Члены диаспоры, которые взаимодействуют с другими участниками диаспоральных образований, имеют возможность обратиться к ним за помощью. Помощь в медицинском обслуживании является одним из направлений поддержки, причем в условиях современности данное направление актуализируется: высок риск заболеваний при адаптации к новым климатическим условиям, сезонные заболевания, а также респираторно-вирусные инфекции, коронавирусная инфекция. Однако иностранные студенты зачастую вынуждены заниматься поиском врачей и медицинских услуг самостоятельно, а диаспоры могут оказывать более консультативную поддержку, нежели практическую (запись к врачу, оформление медицинского страхования и пр.).

Согласно правилам оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории России, прописанным в Постановлении Правительства РФ от 06.03.2013 № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями), медицинская помощь иностранным гражданам, которые на постоянной или временной основе проживают на территории Российской Федерации, оказывается медицинскими организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, независимо от их правовой или организационной формы. Соответственно, каждый гражданин, который прибывает на территорию России с целью работы, бизнеса, обучения, имеет право в любой момент получить медицинскую помощь в полном объеме и без ограничений. Другой вопрос — далеко не все иностранные граждане знают или понимают свои права на территории государства, соответственно, они могут сталкиваться с проблемами при получении медицинских услуг, а сами услуги могут оказываться не в полном объеме, поскольку и организации нередко пользуются незнанием иностранцев.

Что касается экстренной медицинской помощи, особенно при внезапных и острых заболеваниях, острых состояниях, требующих оперативного вмешательства, при обострении хронических заболеваний, то она оказывается иностранным гражданам абсолютно бесплатно и независимо от того, есть ли у них страховка, как долго и с какой целью они находятся на территории страны.

<sup>3</sup> ВОЗ. Доклад о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311370/9789289053921-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1> (дата обращения: 30.03.2023).

Иностранные студенты приезжают в Россию для обучения обычно на длительный срок — от 1 семестра до 4—5 лет, соответственно, в этот период предусмотрено, что иностранный студент может почувствовать недомогание или ему может потребоваться медицинская помощь. Обычная туристическая медицинская страховка, которую студенты приобретают в своих странах, может им не подойти, или же она предусматривает далеко не все случаи, когда медицинская помощь может потребоваться. Во-первых, по этому полису пациенту придется самостоятельно покрывать все финансовые издержки по оказанию медпомощи. Во-вторых, туристическая медицинская страховка из некоторых стран недействительна на территории России, прежде всего по причине того, что в ней прописаны условия, не являющиеся актуальными в России. Соответственно, поэтому в медицинском обслуживании иностранным студентам может быть или отказано вовсе, или же помощь будет оказана в неполном объеме.

Обеспокоенность проблемой здоровья учебных мигрантов, и мигрантов в целом проявляется достаточно давно. Например, еще в 1990 г. эта проблематика была отражена в принятии Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций Международной конвенции о защите прав всех мигрантов, трудящихся мигрантов, членов их семей и близких родственников. Этот документ вступил в силу только в 2003 г., а в настоящее время его подписали уже более 40 государств. Эти страны являются странами происхождения мигрантов, но также они выражают готовность принимать мигрантов, обеспечивать их социальными благами, гарантировать медицинское и социальное обслуживание и достойный уровень образования, если речь идет об учебных мигрантах [7].

Таким образом, сохранение здоровья (физического и ментального) иностранных студентов — это проблема, которая обусловлена их неопределенным положением в новой социальной и культурной среде, особенно на этапе адаптации, а также проблемой, которая может негативно сказываться и на процессе получения образования [8]. Для того, чтобы подчеркнуть значимость этой проблемы и сформулировать рекомендации по ее разрешению, было проведено социологическое исследование. Оно по большей части охватывало вопросы социальной и культурной адаптации иностранных студентов, их интеграции в новое социокультурное пространство и образовательную среду, но также были подняты вопросы о том, какую роль играет диаспора в их жизни, и конкретно с точки зрения здоровья и медицины оказывает ли диаспора или ее представители содействие в разрешении вопросов медицинского обслуживания, страхования и защиты.

### Результаты

Объектом исследования стали иностранные студенты — граждане, которые прибыли из более чем 40 зарубежных стран для получения высшего образования. В социологическом исследовании приняли

участие 600 респондентов, которым было предложено ответить на ряд вопросов, которые касаются их текущей жизни в России, их социального благополучия, социокультурной адаптации и интеграции в образовательную среду вуза. Некоторые вопросы были посвящены медицинскому обслуживанию и здоровью студентов-иностранцев, поскольку от этого во многом зависит весь образовательный процесс, возможности студентов обучаться, их мотивация к образовательному процессу.

Из ответов студентов, которые приняли участие в социологическом исследовании, можно сделать несколько значимых выводов. Во-первых, более половины участников опроса (52,2%) отметили, что у них есть полис добровольного медицинского страхования (ДМС), который был оплачен ими самими (в данном случае предполагается, что студенты либо проводили оплату самостоятельно, либо получили помощь со стороны родителей, любой спонсорской организации, родственников или знакомых). Треть (32,4%) респондентов указали, что они оплачивают медицинскую помощь самостоятельно, из собственных средств, при этом страховки у них нет. Полиса обязательного медицинского страхования нет ни у одного иностранного студента, который участвовал в исследовании. Однако следует отметить, что даже те студенты, у которых есть полис ДМС, все равно периодически самостоятельно оплачивают свои услуги (64,7%).

Важная тема, которая поднимается в исследовании, — здоровье иностранных студентов. На вопрос «Как Вы себя чувствуете в настоящий момент?» участники исследования ответили следующим образом:

- однозначно хорошо — 15,5%;
- скорее хорошо — 33,5%;
- скорее плохо — 10,4%;
- однозначно плохо — 12,6%;
- затрудняюсь ответить — 28%.

Для уточнения, какие недомогания испытывают студенты-иностранцы, и в целом с какими проблемами сталкиваются, когда описывают свое самочувствие как неудовлетворительное, был задан еще один вопрос для тех, кто в предыдущем («Как Вы себя чувствуете в настоящий момент?») выбрал варианты «скорее плохо» и «однозначно плохо». Ответы распределились следующим образом<sup>4</sup>:

- испытываю проблемы с адаптацией (психологический дискомфорт) — 77,4%;
- испытываю проблемы с пищеварением — 27,3%;
- испытываю проблемы с сердечно-сосудистой системой — 26,2%;
- испытываю проблемы с дыхательной системой — 23,1%;
- испытываю проблемы с кожей, волосами — 18,3%;
- испытываю проблемы с опорно-двигательным аппаратом — 16%;

<sup>4</sup> Респонденты могли выбрать все подходящие варианты ответа.

- испытываю проблемы со слухом — 9,8%;
- испытываю иные проблемы — 3,6%;
- затрудняюсь ответить — 8,2%.

Из числа тех, кто отметил, что в настоящий момент чувствует себя плохо (23%), две трети (77,4%) указали, что имеют проблемы с адаптацией, включая психологический дискомфорт. На данный момент вопросы социальной и культурной адаптации являются одними из наиболее актуальных, когда речь идет об иностранных гражданах и иностранных студентах. Социокультурная адаптация является механизмом, который способствует успешному проживанию и обучению иностранных студентов с учетом того, что они оказываются в новых для себя условиях, им требуется время для того, чтобы привыкнуть к ним, изучить правовую базу, адаптироваться к климатическим и культурным условиям и преодолеть языковой барьер. Испытывая психологические трудности, непринятие со стороны окружающих, иностранные студенты могут «заикливаться» на своей проблеме, что отвлекает их от образовательного процесса и может в значительной степени негативно влиять на их общее состояние. На втором месте — проблемы с пищеварением, на третьем — проблемы с сердечно-сосудистой системой. Однако, судя по распределению, психологические проблемы преобладают с большим отрывом.

Ранее мы упомянули о том, что одна из функций диаспоры — это оказание медицинской помощи и поддержки ее членам. Респондентам был задан вопрос о том, получают ли они какую-либо медицинскую помощь или поддержку со стороны представителей своей диаспоры.

Распределение ответов:

- да, оказывает — 4,4%;
- нет, не оказывает — 87,9%;
- затрудняюсь ответить — 7,7%.

Подавляющее большинство (87,9%) не получают от диаспоры никакой помощи, которая касалась бы медицинских услуг и медицинского обслуживания. Это позволяет нам сделать вывод о том, что диаспорам необходимо усилить работу в сфере медицинского обслуживания, как минимум, касающуюся консультирования и оказания помощи в оформлении медицинских страховок для того, чтобы иностранные студенты могли в любой момент обратиться за помощью, если они испытывают недомогания.

### Заключение

Определенные результаты и изложенные выводы свидетельствуют о необходимости последующих научно-исследовательских разработок, которые должны стать основой для реализации мер, направленных на решение медицинских и медико-социальных проблем, с которыми сталкиваются иностранные студенты, обучающиеся в вузах России. Необходимо усилить информированность членов диаспор в вопросах медицины, профилактики, в том числе предоставить подробный и понятный перечень возможностей диаспоры (помощь в оформлении стра-

ховок, консультации, групповая взаимопомощь, а также возможность способствовать направлению иностранных студентов на обследования и дообследования и пр.).

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кетова Н. А., Непочатых Е. А. Подходы к определению социального здоровья в отечественных и зарубежных исследованиях. // Коллекция гуманитарных исследований, 2022. № 1. С. 25—31.
2. Каменева Т. Н., Лескова И. В., Чанкова Е. В. Гендерные различия в отношении к здоровью: региональный аспект // Мир науки. Социология, филология, культурология. 2022. Т. 13, № 1. URL: <https://sfk-mn.ru/PDF/53SCSK122.pdf>. DOI: 10.15862/53SCSK122
3. Каменева Т. Н., Разов П. В., Кунилова К. Д. и др. Здоровье населения и отношение к нему в условиях нестабильности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 2. С. 227—232. DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-2-227-232
4. Ананченкова П. И., Тонконог В. В., Тимченко Т. Н. Аптечный туризм. Часть 1. Анализ состояния лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 1. С. 33—43. DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-1-33-43
5. Кузнецова И. Б., Мухарьямова Л. М., Вафина Г. Г. Здоровье мигрантов как социальная проблема // Казанский медицинский журнал. 2013 г. № 3. С. 367—372.
6. Иванова С. С. Реализация студентами здоровьесформирующих технологий в межэтническом пространстве школы // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. С. 487.
7. Самарин А. В., Мехришвили Л. Л. Теоретическая модель формирования здорового образа жизни студенческой молодежи в ?дискурсе культуры здоровья // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18, № 2. С. 816—820.
8. Тюменцева Е. В., Харламова Н. В., Годенко А. Е. Проблемы обучения иностранных студентов в условиях пандемии // Высшее образование в России. 2021. Т. 30, № 7. С. 149—158.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Ketova N. A., Nepochatykh E. A. Approaches to the definition of social health in domestic and foreign studies. *Collection of Humanitarian Studies*. 2022;(1):25—31. (In Russ.)
2. Kameneva T. N., Leskova I. V., Chankova E. V. Gender differences in relation to health: a regional aspect. *The world of science. Sociology, philology, cultural studies*. 2022;13(1) URL: <https://sfk-mn.ru/PDF/53SCSK122.pdf>. (In Russ.) DOI: 10.15862/53SCSK122
3. Kameneva T. N., Razov P. V., Kunilova K. D. et al. The health of the population and the attitude towards it in conditions of instability. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2023;31(2):227—232. (In Russ.) DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-2-227-232
4. Ananchenkova P. I., Tonkonog V. V., Timchenko T. N. Pharmacy tourism. Part 1. Analysis of the state of drug provision for patients with rare diseases. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2023;31(1):33—43. (In Russ.) DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-1-33-43
5. Kuznetsova I. B., Mukharyamova L. M., Vafina G. G. Migrant health as a social problem. *Kazan Medical Journal*. 2013;(3):367—372. (In Russ.)
6. Ivanova S. S. Implementation of health-forming technologies by students in the interethnic space of the school. *Modern problems of science and education*. 2015;(6):487. (In Russ.)
7. Samarina A. V., Mekhrishvili L. L. Theoretical model of healthy lifestyle formation of students in the discourse of health culture. *Health and education in the XXI century*. 2016;18(2):816—820. (In Russ.)
8. Tyumentseva E. V., Kharlamova N. V., Godenko A. E. Problems of teaching foreign students in a pandemic. *Higher education in Russia*. 2021;30(7):149—158. (In Russ.)

Климов Ю. А.<sup>1</sup>, Гурцкой Л. Д.<sup>2,3</sup>, Сточик А. А.<sup>4</sup>, Карпова Е. Г.<sup>5</sup>

## О НЕОБХОДИМОСТИ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

<sup>1</sup>ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», 119602, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», 344022, Ростов-на-Дону, Россия;

<sup>4</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

<sup>5</sup>ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», 119071, Москва, Россия

*Развитие телемедицины и предоставления медицинской помощи с использованием дистанционных технологий требует от медицинских специалистов соответствующих компетенций и навыков, формирование которых является важной задачей адаптации образовательных систем к вызовам современности и ответом на запрос как со стороны медперсонала, так и со стороны пациентов. В работе на основе анализа зарубежных научных публикаций рассмотрена оценка необходимости обучения медицинских работников технологиям дистанционной работы с пациентами и перспективе внедрения телемедицинских консультаций в повседневную профессиональную практику. Сделан вывод о том, что, имея больше знаний о том, какие аспекты медицины лучше всего сочетаются с телемедициной, важно обучать будущих медицинских работников использованию этих технологий и предоставлению этих видов медицинской помощи. Врачи должны быть не только обучены использованию телемедицины, но и научиться делать это профессионально, безопасно и на основе фактических данных.*

**Ключевые слова:** телемедицина; дистанционные технологии; реабилитация; консультации; обучение; медицинский персонал; пациенты

**Для цитирования:** Климов Ю. А., Гурцкой Л. Д., Сточик А. А., Карпова Е. Г. О необходимости обучения медицинских специалистов работе в условиях внедрения дистанционных технологий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):733–737. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-733-737>

**Для корреспонденции:** Климов Юрий Андреевич; e-mail: [yklimov@rambler.ru](mailto:yklimov@rambler.ru)

Klimov Yu. A.<sup>1</sup>, Gurtskoy L. D.<sup>2,3</sup>, Stochik A. A.<sup>4</sup>, Karpova E. G.<sup>5</sup>

## ON THE NEED TO TRAIN MEDICAL SPECIALISTS TO WORK IN THE CONDITIONS OF THE INTRODUCTION OF REMOTE TECHNOLOGIES

<sup>1</sup>Scientific and Practical Center of Child Neuropsychiatry of the Moscow Department of Health, 119602, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Rostov State Medical University, 344022, Rostov-on-Don, Russia;

<sup>4</sup>Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of Moscow, Moscow, Russia;

<sup>5</sup>A. N. Kosygin Russian State University (Technologies. Design. Art), 119071, Moscow, Russia

*The development of telemedicine and the provision of medical care using remote technologies requires appropriate competencies and skills from medical specialists, the formation of which is an important task of adapting educational systems to modern challenges and responding to requests from both medical staff and patients. Based on the analysis of foreign scientific publications, the paper considers the assessment of the need to train medical workers in remote work with patients and the prospects for the introduction of telemedicine consultations into everyday professional practice. It is concluded that having more knowledge about which aspects of medicine are best combined with telemedicine, it is important to train future medical professionals in the use of these technologies and the provision of these types of medical care. Doctors should not only be trained in the use of telemedicine, but also learn how to do it professionally, safely and on the basis of evidence.*

**Keywords:** telemedicine; remote technologies; rehabilitation; consultations; training; medical personnel; patients

**For citation:** Klimov Yu. A., Gurtskoy L. D., Stochik A. A., Karpova E. G. On the need to train medical specialists to work in the conditions of the introduction of remote technologies. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):733–737 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-733-737>

**For correspondence:** Yury A. Klimov; e-mail: [yklimov@rambler.ru](mailto:yklimov@rambler.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

### Введение

Телемедицина определяется как «предоставление медицинских услуг на расстоянии посредством использования телекоммуникационных технологий с целью принести пользу пациенту или населению»

[1]. Телемедицина может улучшить как качество медицинской помощи, так и здоровье пациентов, а также снизить расходы на здравоохранение на душу населения. В 2019 г. объем рынка телемедицины превысил 41,4 млрд долл<sup>1</sup>. Всемирная организация здравоохранения подчеркнула, что телемедицина

является важной услугой в ответ на чрезвычайную ситуацию с COVID-19<sup>2</sup>. Ситуация в сфере здравоохранения в эпоху COVID-19 создает идеальные условия для ускорения этого роста. Глобальная физическая нехватка рабочей силы, географическое неравномерное распределение первичной и специализированной медицинской помощи и высокие национальные расходы на здравоохранение стимулируют внедрение телемедицины в сельской местности, городах, в условиях транспортной ограниченности и пр. [2]. В опросе 2019 г. около 85% потребителей были заинтересованы в получении виртуальной медицинской помощи<sup>3</sup>.

Развитие телемедицины и предоставления медицинской помощи с использованием дистанционных технологий требует от медицинских специалистов соответствующих компетенций и навыков, формирование которых является важной задачей адаптации образовательных систем к вызовам современности и ответом на запрос как со стороны медперсонала, так и со стороны пациентов.

**Цель** настоящей работы — рассмотреть оценку необходимости обучения медицинских работников технологиям дистанционной работы с пациентами и перспективы внедрения телемедицинских консультаций в повседневную профессиональную практику.

### Материалы и методы

Проведен обзор, анализ и обобщение информации, представленной в зарубежной научной литературе. В качестве единицы информации для исследования были рассмотрены работы, в которых обосновывается необходимость обучения медицинских специалистов работе с применением телемедицинских технологий как основной фактор принятия дистанционной работы и ее внедрения в профессиональную деятельность.

### Результаты и обсуждение

Медицинские работники, оказавшиеся в период распространения пандемии COVID-19 перед необходимостью трансформации своей профессиональной деятельности и перевода медицинского консультирования в дистанционный формат, столкнулись со сложностями и барьерами, которые до сих пор рассматриваются как опасения относительно качества предоставления дистанционной медицинской помощи и даже принципиальной возможности ее существования в подобном формате.

Опасения поставщиков медицинских услуг по поводу телемедицины включают в себя снижение

качества медицинской помощи по сравнению с очными посещениями, снижение конфиденциальности и безопасности медицинской информации пациентов и потенциальное отсутствие личной связи между поставщиками медицинских услуг и пациентами. Кроме того, есть свидетельства того, что телемедицина напрямую к потребителю может привести к росту врачебной халатности [3]. Поставщики медицинских услуг также могут сопротивляться инновациям в телемедицине, поскольку они считают, что технологии конкурируют с их услугами [4]. Однако спустя некоторое время после пандемии, первичный страх и неприятие телемедицинских консультаций прошел, и многие сотрудники медицинских организаций активно включились в освоение дистанционных технологий, поскольку наступило понимание и принятие того факта, что обучение врачей оказанию высококачественной, безопасной и представительной медицинской помощи с помощью телемедицины может облегчить проблемы и способствовать повсеместному внедрению данной технологии.

Благодаря учебным программам, включающим обучение телемедицине, как студенты-медики, так и практикующие медицинские работники с опытом могут научиться поддерживать прочные отношения между пациентом и врачом, защищать частную жизнь пациентов, содействовать равенству в доступе и лечении и добиваться наилучших результатов при использовании платформ и инструментов телемедицины. Также было показано, что телемедицинское образование, включающее «получение клинической информации, передаваемой в несколько клинических центров и соответствующим специалистам, таким как радиология, дерматология, патология и офтальмология, является эффективным» [5].

Как отмечает Р. А. Guze, «основные цели использования платформ телемедицины в медицинском образовании включают: облегчение приобретения базовых знаний, улучшение процесса принятия решений, расширение вариативности восприятия на уроках анатомии или трехмерных симуляциях, улучшение координации навыков, отработку редких или критических событий, обучение работе в команде и улучшение психомоторных навыков» [6]. Эти цели могут быть включены в учебные планы и интегрированы с существующим клиническим опытом, чтобы предоставить студентам базовые навыки телемедицины и клинической подготовки к текущим и будущим пандемиям. Благодаря значимому и постоянному дистанционному уходу за пациентами в самых разных клинических условиях под руководством разнообразного межпрофессионального преподавательского состава врачи, заинтересованные в освоении дистанционных технологий, узнают, как использовать телемедицину, ориентированную на пациента, с состраданием, практикуя сбор анамнеза, проводя пациентов через самоисследование и приобретая навыки клинического мышления дистанционно.

<sup>1</sup> Grand View Research. Telemedicine market size, share, and trends analysis report, 2020—2027. URL: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/telemedicine-industry> (дата обращения: 07.05.2023).

<sup>2</sup> World Health Organization. Telehealth. Analysis of third global survey on eHealth based on the reported data by countries, 2016. URL: <https://www.who.int/gho/goe/telehealth> (дата обращения: 07.05.2023).

<sup>3</sup> Pennic F. Survey: 83% of consumers are interested in receiving virtual care, but only 17% have access to it. URL: <https://hitconsultant.net/2019/05/22/survey-83-of-consumers-are-interested-in-receiving-virtual-care-but-only-17-have-access-to-it>

Области применения телемедицины многочисленны, однако, по мнению специалистов, базовое обучение должно быть сосредоточено в 4 ключевых областях: телехирургия, телереабилитация, отделение телеинтенсивной терапии и ведение хронических заболеваний.

Телереабилитация позволяет переводить стационарных пациентов домой после острой фазы заболевания и снижает расходы на госпитализацию как для пациентов, так и для медицинских работников [7]. Телереабилитация может способствовать социальному дистанцированию и более эффективной интеграции физических и иных упражнений в повседневную жизнь. Доказана эффективность индивидуальных упражнений дома на беговой дорожке, телемониторинга физиотерапевтом посредством видеоконференцсвязи с использованием планшетного компьютера и самостоятельного управления с помощью настроенного веб-сайта [8]. Специалистов по реабилитации могут использовать разнообразные технологии, чтобы наблюдать за пациентами во время выполнения упражнений и отслеживать их улучшение.

Телереабилитация доказала свою эффективность в оказании помощи пациентам, перенесшим инсульт, в восстановлении моторных и сенсорных функций пораженных конечностей и может быть адаптирована для оказания помощи большему числу молодых пациентов, перенесших инсульт [9]. Человек с сопутствующими заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые и легочные заболевания, подвергаются более высокому риску развития тяжелой формы без соответствующих реабилитационных программ [10]. Практикующим медицинским специалистам необходимо получить навыки телереабилитации сердца, поскольку она столь же эффективна в снижении заболеваемости и смертности, как и программы реабилитации сердца в стационарах [11].

Дети с психоневрологической патологией — это наиболее уязвимая и незащищенная категория детей, им постоянно необходимы внимание, поддержка, помощь в адаптации, реализация консультативной и коррекционной работы со специалистами: психологами, логопедами, дефектологами, коррекционными педагогами. Спектр нарушений у детей с особенностями здоровья достаточно широк, поэтому индивидуальное построение и своевременная реализация комплексной психолого-педагогической помощи выступает в данном случае решающим фактором психологического сопровождения ребенка и подростка с психоневрологической патологией, а также его семьи.

Пандемия изменила представление пациентов и лиц, осуществляющих уход, поставщиков медицинских услуг и систем здравоохранения о телемедицине. В вопросах, касающихся оказания медицинской помощи детскому населению, возможности телемедицины подвергаются еще большему вниманию, анализу и критике. Предпандемический обзор рынка детской телемедицины выявил требования к ли-

цензированию, заинтересованность поставщиков, нехватку ресурсов для обучения поставщиков и вопросы возмещения расходов в качестве основных проблем, стоящих перед программами детской телемедицины [12]. Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения вынудила медицинские организации решить многие из этих проблем, сделав телемедицину необходимой частью ухода за пациентами-детьми, поскольку предписания о предоставлении убежища на месте и другие меры профилактики инфекций препятствовали личным встречам. Учитывая, что телемедицина останется основой педиатрической помощи, в настоящее время перед этой областью стоит задача улучшения предоставления телемедицины педиатрическим пациентам, чтобы гарантировать, что все пациенты имеют доступ к высококачественной медицинской помощи [13].

Ускоренное внедрение телемедицины во время пандемии привело к накоплению ценного опыта и фактических данных о предоставлении телемедицины педиатрическим пациентам, нуждающимся в медицинской реабилитации. Образование и профессиональная подготовка медицинских специалистов к применению телемедицинских технологий в процессе дистанционной работы с пациентами-детьми с психоневрологической патологией имеет важное значение для обеспечения непрерывности процесса реабилитации и сохранения ее результативности и эффективности в случае невозможности проведения очных занятий.

Образование и профессиональная подготовка в области телемедицины важны для улучшения восприятия педиатрическими врачами виртуальных посещений [14]. Обучение, ориентированное на телемедицину, также может улучшить качество посещений и увеличить опыт встреч для поставщиков медицинских услуг, пациентов и семей. В дополнение к обучению, ориентированному на оказание медицинской помощи с помощью видео, для обеспечения всеобъемлющей и соответствующей документации необходимо специальное обучение по рабочим процессам телемедицины.

Учебные инструменты для телемедицины, включая наборы инструментов, вебинары и обучающие модули, могут быть использованы для улучшения внедрения телемедицины. Разработка и использование онлайн-образовательных модулей были одной из стратегий, принятых во время пандемии для быстрого обучения медицинских работников. Эти модули являются обязательными в некоторых клиниках и/или системах здравоохранения и обучают поставщиков тому, как взаимодействовать с электронной медицинской картой во время посещений телемедицины, как оптимизировать звук и освещение и как наилучшим образом привлечь пациентов, например, настроив компьютер на имитацию зрительного контакта [15].

Подобные методические материалы также могут быть разработаны для работы иных медицинских специалистов, а также для работы с другой катего-

рией пациентов. Информационные бюллетени — еще один полезный инструмент, который может помочь поставщикам услуг поддерживать профессиональную, последовательную и высококачественную медицинскую помощь. Эти бюллетени могут быть ориентированы на оказание технической помощи врачу и включать стратегии оптимизации качества звука и изображения, оценки пациентов по видео, документирования посещения и выставления счетов. Учебные ресурсы для телемедицины, в том числе в педиатрии, продолжают разрабатываться. Например, для методической поддержки работы реабилитологов в период перехода на дистанционную работу с пациентами-детьми в Научно-практическом Центре детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы были разработаны временные методические рекомендации «Организация дистанционного дневного стационара с использованием телемедицинских технологий для реабилитации детей и подростков с заболеваниями психоневрологического профиля».

### Заключение

COVID-19 выявил возможности для технологического прогресса в медицине и медицинском образовании. Имея больше знаний о том, какие аспекты медицины лучше всего сочетаются с телемедициной, важно обучать будущих медицинских работников использованию этих технологий и предоставлению этих видов медицинской помощи. Учебные программы по телемедицине должны обучать будущих медицинских работников разбираться с этическими, правовыми и нормативными последствиями телемедицины. Это обучение особенно важно в свете неизбежных потребностей в медицинской помощи и трансформации технологий ее оказания. Врачи должны быть не только обучены использованию телемедицины, но и научиться делать это профессионально, безопасно и на основе фактических данных.

Медицинское образование — это область, в которой высококачественная подготовка по телемедицине особенно актуальна. Недавно Американская ассоциация медицинских колледжей опубликовала список компетенций в области телемедицины, имеющих отношение к медицинскому образованию, для врачей при поступлении в ординатуру или практику, а также для опытных факультетских врачей после окончания учебы<sup>4</sup>. Эти компетенции распределены по следующим 6 областям:

- безопасность пациентов и надлежащее использование телемедицины;
- доступ и равенство в телемедицине;
- общение с помощью телемедицины;
- сбор и оценка данных с помощью телемедицины;
- технология для телемедицины;

- этические практики и юридические требования к телемедицине.

Хотя эти компетенции дополняют новые области, помогая направлять учебное и профессиональное развитие, оценку эффективности и межпрофессиональное сотрудничество медицинских специалистов разной специализации, остаются возможности для дальнейшей разработки учебных программ, включающих основанные на фактических данных практики, которые повышают ценность для пациентов и поставщиков медицинских услуг. С этой целью медицинское образование, учебные программы и непрерывное профессиональное образование должны оставаться актуальными и включать новую клиническую информацию о передовой практике по мере ее поступления.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Waseh S., Dicker A. P. Telemedicine training in undergraduate medical education: Mixed-methods review // *JMIR Med. Educ.* 2019. Vol. 5. P. e12515.
2. Hwang J. S., Lappan C. M., Sperling L. C., Meyerle J. H. Utilization of telemedicine in the U.S. military in a deployed setting // *Mil. Med.* 2014. Vol. 179. P. 1347—1353.
3. Fogel AL, Kvedar JC. Reported cases of medical malpractice in direct-to-consumer telemedicine // *JAMA.* 2019. Vol. 321. P. 1309—1310.
4. Lustig T. A. Institute of Medicine Board on Health Care Services. The Role of Telehealth in an Evolving Health Care Environment: Workshop Summary. Washington; 2012.
5. Boyers L. N., Schultz A., Baceviciene R. et al. Teledermatology as an educational tool for teaching dermatology to residents and medical students // *Telemed. J. E. Health.* 2015. Vol. 21. P. 312—314.
6. Guze P. A. Using technology to meet the challenges of medical education // *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.* 2015. Vol. 126. P. 260—270.
7. Peretti A., Amenta F., Tayebati S. K. et al. Telerehabilitation: review of the state-of-the-art and areas of application // *JMIR Rehabil. Assist Technol.* 2017. Vol. 4. P. e7.
8. Zanaboni P., Dinesen B., Hjalmarsen A. et al. Long-term integrated telerehabilitation of COPD patients: a multicentre randomised controlled trial (iTrain) // *BMC Pulm. Med.* 2016. Vol. 16. P. 126.
9. Tcheron H., Tabue Teguo M., Lannuzel A., Rusch E. Telerehabilitation for stroke survivors: Systematic review and meta-analysis // *J. Med. Internet Res.* 2018. Vol. 20. P. e10867.
10. Wu Z., McGoogan J. M. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention // *JAMA.* 2020. Vol. 323. P. 1239—1242.
11. Thorup C., Hansen J., Grønkjær M. et al. Cardiac patients' walking activity determined by a step counter in cardiac telerehabilitation: data from the intervention arm of a randomized controlled trial // *J. Med. Internet Res.* 2016. Vol. 18. P. e69.
12. Olson C. A., McSwain S. D., Curfman A. L. et al. The current pediatric telehealth landscape // *Pediatrics.* 2018. Vol. 141, N 3. P. e20172334.
13. Curfman A., McSwain S. D., Chuo J. et al. Pediatric telehealth in the COVID-19 pandemic era and beyond // *Pediatrics.* 2021. Vol. 148, N 3. P. e2020047795.
14. Costich M., Robbins-Milne L., Bracho-Sanchez E. et al. Design and implementation of an interactive, competency-based pilot pediatric telemedicine curriculum // *Med. Educ. Online.* 2021. Vol. 26, N 1. P. 1911019.
15. Yang L., Brown-Johnson C. G., Miller-Kuhlmann R. et al. Accelerated launch of video visits in ambulatory neurology during COVID-19: key lessons from the Stanford experience // *Neurology.* 2020. Vol. 95, N 7. P. 305—311.

<sup>4</sup> Association of American Medical Colleges Telehealth competencies. 2021. URL: <https://www.aamc.org/data-reports/report/telehealth-competencies> (дата обращения: 07.05.2023).



История и социология здравоохранения и медицины

16. Богданова Т. М., Блинова В. В., Осколкова А. И., Семенова В. А. Преподавание на клинической кафедре медицинского вуза: адаптация в современных условиях // Антропологическая дидактика и воспитание. 2022. Т. 5. № 6. С. 194—204.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Wasah S., Dicker A. P. Telemedicine training in undergraduate medical education: Mixed-methods review. *JMIR Med. Educ.* 2019;5:e12515.
2. Hwang J. S., Lappan C. M., Sperling L. C., Meyerle J. H. Utilization of telemedicine in the U.S. military in a deployed setting. *Mil. Med.* 2014;179:1347—1353.
3. Fogel AL, Kvedar JC. Reported cases of medical malpractice in direct-to-consumer telemedicine. *JAMA.* 2019;321:1309—1310.
4. Lustig T. A. Institute of Medicine Board on Health Care Services. The Role of Telehealth in an Evolving Health Care Environment: Workshop Summary. Washington; 2012.
5. Boyers L. N., Schultz A., Baceviciene R. et al. Teledermatology as an educational tool for teaching dermatology to residents and medical students. *Telemed. J. E. Health.* 2015;21:312—314.
6. Guze P. A. Using technology to meet the challenges of medical education. *Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc.* 2015;126:260—270.
7. Peretti A., Amenta F., Tayebati S. K. et al. Telerehabilitation: review of the state-of-the-art and areas of application. *JMIR Rehabil. Assist Technol.* 2017;4:e7.
8. Zanaboni P, Dinesen B., Hjalmsen A. et al. Long-term integrated telerehabilitation of COPD patients: a multicentre randomised controlled trial (iTrain). *BMC Pulm. Med.* 2016;16:126.
9. Tchero H., Tabue Tegu M., Lannuzel A., Rusch E. Telerehabilitation for stroke survivors: Systematic review and meta-analysis. *J. Med. Internet Res.* 2018;20:e10867.
10. Wu Z., McGoogan J. M. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020;323:1239—1242.
11. Thorup C., Hansen J., Grønkjær M. et al. Cardiac patients' walking activity determined by a step counter in cardiac telerehabilitation: data from the intervention arm of a randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* 2016;18:e69.
12. Olson C. A., McSwain S. D., Curfman A. L. et al. The current pediatric telehealth landscape. *Pediatrics.* 2018;141(3):e20172334.
13. Curfman A., McSwain S. D., Chuo J. et al. Pediatric telehealth in the COVID-19 pandemic era and beyond. *Pediatrics.* 2021;148(3):e2020047795.
14. Costich M., Robbins-Milne L., Bracho-Sanchez E. et al. Design and implementation of an interactive, competency-based pilot pediatric telemedicine curriculum. *Med. Educ. Online.* 2021;26(1):1911019.
15. Yang L., Brown-Johnson C. G., Miller-Kuhlmann R. et al. Accelerated launch of video visits in ambulatory neurology during COVID-19: key lessons from the Stanford experience. *Neurology.* 2020;95(7):305—311.
16. Bogdanova T. M., Blinova V. V., Oskolkova A. I., Semenova V. A. Teaching at the clinical department of a medical university: adaptation in modern conditions. Anthropological didactics and education. 2022;5:6:194—204.

**Ковальчук О. В., Шаповалова И. С., Назаров С. Р.****ПАСПОРТИЗАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КАК АНАЛИТИЧЕСКИЙ РЕСУРС СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ**ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Белгород, Россия;  
Ассоциация «Драйвер Роста», 308024, Белгород, Россия

В статье изложены результаты исследования основных социально-бытовых характеристик семей с детьми-инвалидами, проведенного на территории Белгородской области (целевой опрос;  $n = 990$ ). Исследование позволило ответить на вопросы о проблемах здоровья детей, условиях их проживания, экономическом статусе семьи, трудовой деятельности родителей, социальном окружении и иных характеристиках семей. В статье рассматривается методика паспортизации целевых проблемных (социально уязвимых) групп как эффективный способ получения системной информации, социальной картины ситуации, условий жизнедеятельности и проблем таких семей. Результаты исследования позволили определить риски, связанные с состоянием детей, требующих постоянной помощи и поддержки, категории семей, имеющих неудовлетворительные условия проживания, потребности в повышении квалификации и переквалификации среди родителей. Важным итогом исследования стала карта доходов семей с детьми-инвалидами, которая обозначала проблемные характеристики социально-уязвимой группы и помогла определить направления первичной помощи и поддержки. Научным результатом статьи становится вывод о необходимости системного контроля всех проблемных компонент жизнедеятельности семей, воспитывающих детей-инвалидов, об административной потребности в мониторинге такой информации для организации целенаправленной помощи и коррекции социальной политики под действительные нужды таких семей.

**Ключевые слова:** дети-инвалиды; родители детей-инвалидов; инвалидность; социальная политика; паспортизация

**Для цитирования:** Ковальчук О. В., Шаповалова И. С., Назаров С. Р. Паспортизация родителей детей-инвалидов как аналитический ресурс социальной политики. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):738–746. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-738-746>

**Для корреспонденции:** Шаповалова Инна Сергеевна; e-mail: [shapovalova@bsu.edu.ru](mailto:shapovalova@bsu.edu.ru)

**Kovalchuk O. V., Shapovalova I. S., Nazarov S. R.****PASSPORTING OF PARENTS OF DISABLED CHILDREN AS AN ANALYTICAL RESOURCE OF SOCIAL POLICY**Belgorod National Research University, 308015, Belgorod, Russia;  
«Driver Rosta» Association, 308024, Belgorod, Russia

The article presents the results of a study of the main social and household characteristics of families with disabled children, conducted in the territory of the Belgorod region (targeted survey;  $n = 990$ ). The research made it possible to answer questions about children's health problems, their living conditions, the economic status of the family, the work of parents, the social environment and other characteristics of families. The article examines the passporting method of target problem (socially vulnerable) groups as an effective way of obtaining system information, a social picture of the situation, conditions, and problems of such families. The results of the research made it possible to determine the risks associated with the condition of children who require constant help and support, the category of families with unsatisfactory living conditions, the need for advanced training and retraining among parents. An important result of the study was the income map of families with disabled children, which identified the problematic characteristics of the socially vulnerable group and helped determine the directions of primary assistance and support. The scientific result of the article is the conclusion about the need for systematic control of all problematic components of the life of families raising disabled children, about the need for monitoring such information for the organization of targeted assistance and changes in social policy to meet the actual needs of such families.

**Keywords:** disabled children; parents of disabled children; disability; social policy; passporting

**For citation:** Kovalchuk O. V., Shapovalova I. S., Nazarov S. R. Passporting of parents of disabled children as an analytical resource of social policy. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):738–746 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-738-746>

**For correspondence:** Inna S. Shapovalova; e-mail: [shapovalova@bsu.edu.ru](mailto:shapovalova@bsu.edu.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023**Введение**

Уровень развития общества, его цивилизованности и прогрессивности напрямую зависит от того, какие условия жизни фиксируются у его проблемных групп. Дети-инвалиды как наиболее страдающая категория, их проблемы и нужды требуют не только постоянного внимания со стороны соответствующих служб, но и включения в стратегическое

планирование всех регионов в качестве зоны постоянного совершенствования и одновременно риска.

В идеальном варианте, показатель качества жизни семей, имеющих ребенка-инвалида, должен стоять в перечне планируемых к изменению переменных, а также в качестве критерия, определяющего эффективность региональной власти, как, впрочем, и эффективность действий властей более высокого уровня. Планирование от достигнутого становится

причиной медленных изменений, причиной того разрыва, который существует в качестве жизни таких семей по сравнению с высокоразвитыми, с позиции социальных гарантий, странами.

Важным здесь также становится существующая практика «экспертного» определения проблемных зон, критериев для контроля, а впоследствии и решений, предлагаемых семьям, осуществляющим уход за детьми-инвалидами. Сфера социальных услуг для детей и их семей сегодня насыщена большим количеством инновационных социальных практик, тем не менее системы профессиональной верификации для определения их результативности и целесообразности применения в настоящее время не существует. Даже опытные организации сферы детства не всегда располагают надежными сведениями, к каким именно результатам приводит применение той или иной практики; не всегда могут аргументированно объяснить, какие именно технологии и меры целесообразно внедрять и использовать, какие из них более, а какие — менее результативны, и почему.

В социальной сфере до сих пор еще не сложилась культура обращения к системе существующего знания и опыта при разработке и оценке результатов социальных практик. Во-первых, многие практики сферы детства реализуются без обращения к научным знаниям, результатам прикладных и теоретических исследований. Во-вторых, не всегда учитываются опыт и знания специалистов, непосредственно оказывающих услуги детям и их семьям, реализующих программы в сфере детства. В-третьих, и это особенно важно, при реализации практик в сфере детства не происходит обращения к знаниям и опыту самих благополучателей — эти целевые группы практически не вовлекаются в разработку и принятие решений, в оценку результатов практики. В основу общей методологии доказательного анализа практики положена модель сбора и анализа данных, позволяющая комплексно подходить к получению новых и оценке имеющихся сведений о замысле, реализации и социальных результатах практики.

Применение доказательного подхода позволяет принимать обоснованные решения относительно использования той или иной практики в сфере детства, опираясь на данные о том, в какой мере реализация той или иной практики приводит к достижению социальных результатов. В этой связи мы предлагаем использовать паспортизацию проблемных целевых групп (в данном случае — семей с детьми-инвалидами) как возможность ответа на все вызовы, обозначенные выше, как способ получения системной, проблемной информации об объекте социальной защиты.

Несмотря на действительное внимание к проблеме социальной защиты уязвимых групп, исследование ситуации для семей, имеющих ребенка-инвалида, со стороны социологической отрасли выражено, по нашему мнению, недостаточно. Конечно, мы видим исследования, посвященные общим вопросам социальной политики в отношении данной целевой

группы и ее когорт [1, 2], представлены также единичные исследования, иллюстрирующие воздействие фрустрирующих факторов на ситуацию таких семей (например, ситуации пандемии [3]). Чаще всего мы видим исследования, посвященные локальным проблемам данной социальной группы, относительно к конкретным территориям, и, как правило, контекст таких исследований связан с работой социальных служб и поддержкой, которая заложена в региональной социальной политике [4, 5]. В рамках междисциплинарных исследований мы фиксируем и внимание к частным вопросам и случаям таких семей — например, проблеме отцовства [6], или рассмотрению правового регулирования вопросов государственной политики относительно поддержки таких семей [7]. Немногие уделяют внимание поиску исследовательской модели, которая позволила бы получить актуальную информацию, способную дать отправные точки для формирования социальной политики региона, оказания адресной помощи, определения направлений трансформации мер, программ, проектов. Так, в работе А. А. Пимаховой рассмотрены социологические параметры, а также психологические, социальные и юридические аспекты работы органов и учреждений соцзащиты с семьями, воспитывающими детей-инвалидов [8], но нет диагностических показателей и индикаторов, позволяющих получить полную информацию о состоянии таких семей.

**Цель** нашей работы — показать, как на основе паспортизации социально-уязвимых групп можно получить полную информацию о социальной ситуации и проблемах объекта социальной защиты.

### Материалы и методы

В июне—сентябре 2021 г. в Белгородской области было проведено исследование по вопросам социальной паспортизации семей, имеющих детей-инвалидов. Проблема, ставшая основой социологического исследования, заключалась в противоречии между пониманием значения, которое имеет социальная паспортизация семей Белгородской области, воспитывающих детей-инвалидов, и потребностью в такой информации, отсутствием достаточной и адекватной информационной базы, которая позволила бы точно описать состояние целевой аудитории.

Объектом социологического исследования стали родители Белгородской области, воспитывающие детей-инвалидов и детей с особыми потребностями. Цель социологического исследования состояла в получении социологического портрета родителей Белгородской области, воспитывающих детей-инвалидов и детей с особыми потребностями, а также выявление и систематизация перечня основных проблем в таких семьях. В генеральную совокупность (целевая совокупность) исследования были включены семьи Белгородской области, воспитывающие детей-инвалидов и детей с особыми потребностями. По данным Федерального реестра инвалидов, по состоянию на 01.05.2020 численность детей-инвалидов в Белгородской области составила 5591



Рис. 1. Ответы респондентов на вопрос: «С каким заболеванием связана инвалидность ребенка?».

человек. В силу того, что был использован метод онлайн-опроса с рекрутингом районных групп, представителей разных территорий проживания и семей, представляющих интересы детей с различным диагнозом, выборка формировалась методом стихийного набора, но с соблюдением представленности всех категорий. Определяя доверительную вероятность для исследования, равную 95% (рекомендованная), а величину ошибки — не более 3%, размер выборочной совокупности был определен как 990 (при этом ошибка приобретала точное значение 2,83%). Основными характеристиками репрезентативности выборки стали представленность детей с определенными диагнозами, местность проживания семей и район проживания. Дополнительные характеристики включали в себя статус респондента по отношению к ребенку и его возраст. Основным методом исследования был выбран опрос, проводимый при помощи онлайн-анкетирования среди целевых групп.

Паспортизация была проведена по блокам: здоровья детей, условий их проживания, трудовой деятельности и потребностей родителей детей-инвалидов, экономической ситуации и социального окружения семьи.

### Результаты

Первым разделом паспортизации стала информация по *состоянию здоровья детей*. Важным индикатором, позволяющим увидеть общую социальную ситуацию, становится возраст детей. Так, наибольшее количество детей, находящихся в статусе инвалидности или имеющих особые потребности, относятся к возрастным группам 7—10 и 11—15 лет — совокупно эти группы составляют 67,0% общей совокупности — младший и средний школьный возраст. Дошкольники среди данной категории составляют 22,1%. Таким образом, можно говорить о том, что в спектр проблем семьи с таким ребенком будут включены все проблемы, характерные для школьно-

го возраста, в том числе по созданию соответствующих условий образовательного процесса.

Распределение детей по группам заболеваний показало, что наибольшее количество детей могут быть отнесены к группам с нарушением опорно-двигательного аппарата (18,9%) и интеллектуальных нарушений (17,9%), но в сопоставимых цифрах представлены также эмоционально-волевые нарушения и нарушения речи (по 14,8%) (рис. 1). Такое распределение должно стать ориентацией в том числе при планировании программ сопровождения детей, обеспечения их необходимыми средствами для качественной жизни.

При этом, говоря о дебюте заболевания, большая часть опрошенных отмечают, что в ситуацию ухода за ребенком с особыми потребностями попали с момента рождения или с раннего возраста ребенка (78,3%). Если к этой группе присоединить тех, кто столкнулся с проблемой ребенка в дошкольном возрасте, можно видеть 93,8% родителей (представителей), борющихся с проблемами с малых лет своих детей.

Диагноз и статус не дают полного представления о тяжести ситуации, проблемах и потребностях ребенка. В их оценке по 34% опрошенных указали, что их ребенку требуются и постоянное сопровождение, и постоянное наблюдение, 21,4% указали на постоянную необходимость медикаментозного лечения, и при этом 14,7% нуждаются именно в дорогостоящих препаратах. Проблемы с самостоятельным обслуживанием у ребенка отметили 17,9% опрошенных, 10,9% говорят о том, что ребенок не может самостоятельно передвигаться. Треть опрошенных не фиксируют ничего из приведенного списка — таким образом, наличие даже одного выбора из указанных проблем показывает, что почти 70% родителей имеют ребенка в достаточно тяжелом состоянии, нуждающимся в опеке и помощи, практически постоянной (рис. 2).

Следующим показателем социального паспорта становятся *условия проживания семей*, имеющих



Рис. 2. Ответы респондентов на вопрос: «Насколько тяжела ситуация со здоровьем ребенка?».

ребенка-инвалида или с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Большая часть заболеваний таких детей связана с необходимостью создания условий повышенной комфортности, а иногда и технического оснащения — организация доступной среды места проживания — важная составляющая качества жизни такого ребенка.

В рамках исследования были практически в равной степени представлены все варианты местности, исключения составляют деревни, которые в процентном выражении занимают меньшую долю генеральной совокупности. Наличие представителей таких поселений в общей выборке даст возможность увидеть специфические особенности такой местности, особые проблемы семей с детьми-инвалидами и с ОВЗ.

Более 90% респондентов являются собственниками жилья, только 7,9% снимают его. Для 1,6% жилье было предоставлено по той или иной причине. Наиболее уязвимой является категория семей, снимающих жилье — имеющих дополнительные расходы и скованность в плане обустройства жилья под нужды ребенка. Тем более, что в данную категорию чаще других попадали семьи, где есть дети с эмоционально-волевыми нарушениями и с тяжелыми множественными нарушениями — в отношении последней группы ситуация съема жилья может быть критичной в плане сохранения здоровья и жизни ребенка. Ну и конечно, такие категории семей более характерны для районных и регионального центров.

Среди вариантов жилищных условий респонденты чаще всего выбирали дом частной застройки с внутренней гигиенической комнатой (46,1%) и многоквартирный дом с лифтом (21,8%). Из категорий с возможными неудобствами для детей-инвалидов мы фиксируем проживание 6,1% семей в доме без лифта выше 3 этажа, 8,5% в доме частной застройки без удобств.

Большая часть респондентов оценила условия своего проживания как комфортные для ребенка-инвалида (53,5%). Недостаточно пригодные и не-

пригодные условия были выявлены для 17,6%. Стоит подчеркнуть, что такая оценка чаще других была дана как раз для тех групп детей, род заболеваний которых требуют дополнительного обустройства территории — дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, сочетанные нарушения, тяжелые множественные нарушения — такая ситуация требует немедленного принятия мер — проверку условий и оказания помощи таким семьям. Чаще всего такая ситуация характерна для деревень и сельских поселений, также достаточно высок процент тех, кто отмечает это в районном центре.

Следующий блок в паспортизации — *трудовая деятельность родителей ребенка-инвалида*, она имеет важнейшее значение в нашей стране, т. к. напрямую связана с возможностью обеспечить ребенку и семье хоть какой-то уровень жизни в условиях высоких запросов и потребностей больного ребенка. Именно поэтому ситуация здесь была изучена с разных сторон, в том числе с позиции образования родителей. Так, становится очевидным превалирование родителей с высшим образованием, в том числе матерей по отношению к отцам. Среднее профессиональное образование чаще имеют отцы, впрочем это справедливо и в отношении начального профессионального образования. Не имеют профессионального образования порядка 10% родителей обеих категорий, при этом половина этой группы имеет только неполное среднее образование.

Наиболее представленными среди спектра сферы трудовой деятельности родителей являются производство и промышленность, строительство и недвижимость, наука, образование и культура. Также относительно велики группы по трудоустройству в торговле, сельском хозяйстве, здравоохранении.

Работают по полученной в образовательных заведениях специальности 25,7% опрошенных. Из тех вариантов, когда один из родителей не работает по

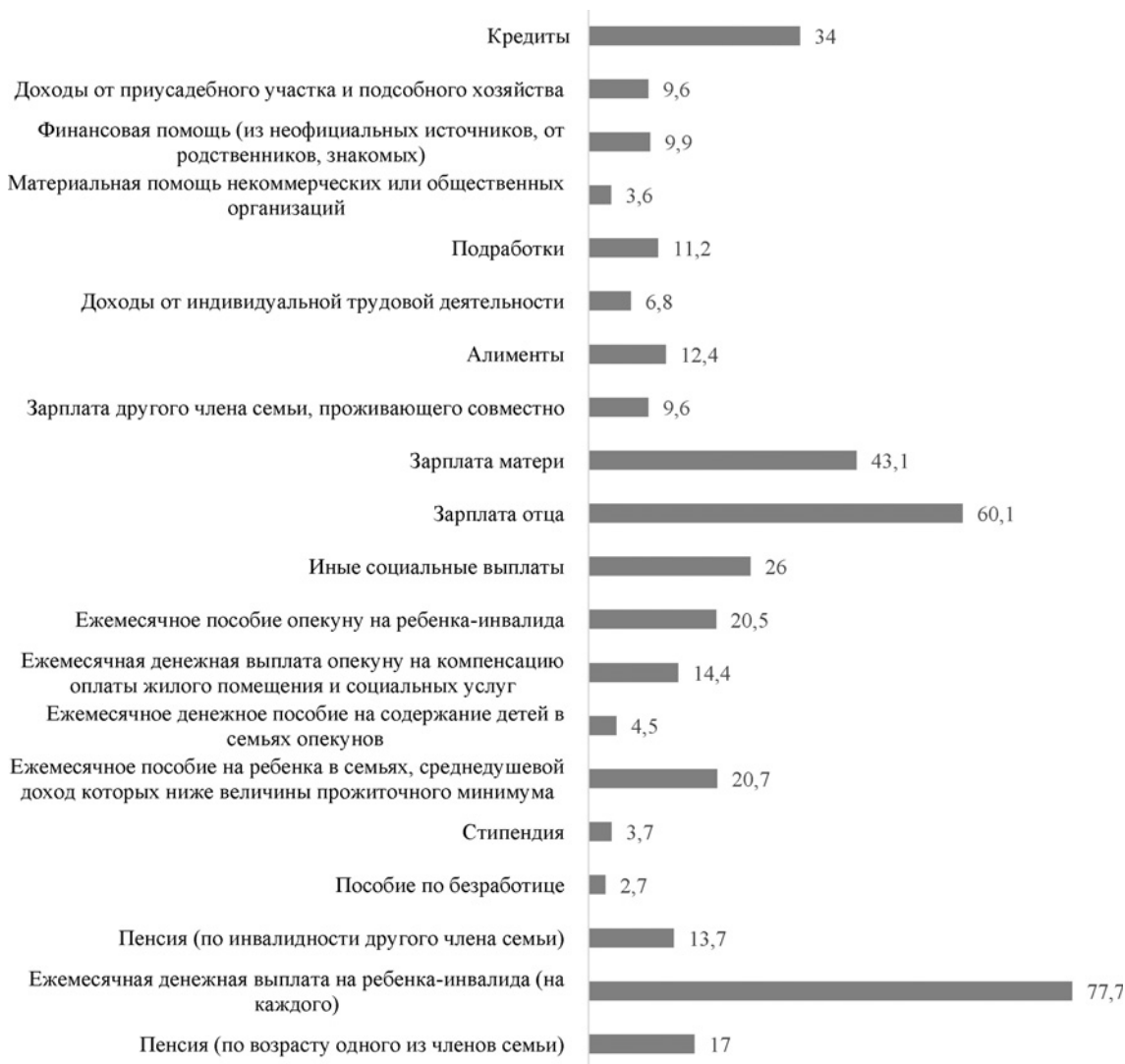


Рис. 3. Ответы респондентов на вопрос: «Ваш семейный доход (денежные поступления) включает...».

специальности, чаще других эта участь постигает отца (22,0%).

В связи с тем, что часто полученная специальность не позволяет работать при уходе за ребенком или вернуться в сферу деятельности после долгого перерыва, можно предположить существующую потребность в переобучении, повышении квалификации или переподготовке родителей для включения их в трудовую активность. Положительный ответ на такой вопрос был получен от каждого пятого респондента — такой запрос создает предпосылки для определения индивидуальных потребностей респондентов и предложения им индивидуальных образовательных траекторий, а также помощи в последующем трудоустройстве и организации трудовой деятельности. Чаще других указывает на необходимость такой переподготовки родители ребенка с диагнозами сочетанных нарушений, тяжелых множественных нарушений, эмоционально-волевых нарушений, нарушение опорно-двигательного аппарата. Более других такой переподготовки требуют родители, проживающие в районных и региональных центрах.

Пики ответов по занятости в отношении разнополых родителей приходятся на работающего по полной занятости отца (68,1%) и не работающую в связи с уходом за ребенком мать (44,7%) — такое соотношение даже в полной семье формирует финансовый дефицит, для неполной семьи практически равно катастрофе. Только 38,7% матерей могут позволить себе полную загрузку по работе — как правило, это сопряжено с более легкими (если можно так сказать) диагнозами ребенка. Другие варианты альтернативной занятости для матерей практически не рассматриваются — неофициальное трудоустройство, неполная занятость, самозанятость практически не превышают 3%. Для отцов такие альтернативы более приемлемы — так, неофициальное трудоустройство фиксируется для 8,7%, самозанятость — для 7,8%. Готовность и потребность в трудоустройстве демонстрируют 8,7% матерей (при этом 7,0% готовы выйти на работу на полный рабочий день) — такая помощь в обеспечении рабочим местом может быть оказана по востребованности.

*Экономическая ситуация семьи, имеющей ребенка-инвалида или ребенка с ОВЗ — важнейший ин-*

История и социология здравоохранения и медицины

дикатор качества и уровня жизни таких семей, возможности в обеспечении достойной жизни как родителям, так и детям, возможности гарантировать соблюдение равных прав всем членам общества, несмотря на состояние их физического и душевного здоровья. Одновременно с важностью, данный показатель является самым проблемным. На рис. 3 представлена карта дохода семей с ребенком-инвалидом. Эта карта дохода со всей ясностью очерчивает нам истинную ситуацию семей — каждый ее пункт говорит о существующих проблемах. Так, 17% получают пенсию по возрасту — это значит, что 17% имеют достаточно преклонный возраст (возможен вариант престарелого родственника, проживающего вместе с семьей); 77,7% получают денежные выплаты на ребенка — это значит, что 22,7% таких выплат не имеют, несмотря на те диагнозы, которые поставлены их детям.

Пособие по безработице получают 2,7% — это значит, что они предпринимали попытки найти работу, но не смогли этого сделать и вынуждены перебиваться минимальной помощью от государства, имея на руках больного ребенка! Пенсию по инвалидности другого члена семьи получают 13,7% опрошенных — в семье есть еще как минимум один человек, требующий дополнительного ухода. Стипендию относят в семейный бюджет 3,7% опрошенных — и здесь два варианта: наличие ребенка-студента, на стипендию которого рассчитывает семья, или наличие родителей-студентов — и тот и другой вариант достаточно тяжелы в рассмотрении.

Ежемесячное пособие на ребенка по причине низкого дохода (ниже прожиточного минимума!!!) получает каждая пятая семья — как это вообще возможно, что, имея ребенка-инвалида, семья еще и входит в категорию бедности — каким образом выживают эти люди? Только 14,4% получают компенсацию на оплату жилищно-коммунальных услуг — непонятно, почему такой маленький процент указывает этот вариант — возможно, они не информированы о такой возможности.

На зарплату отца могут рассчитывать только 60,1% семей — это значит, что примерно в 28% случаев в семье есть только одна мать (исключая тех отцов, которые находятся дома с ребенком или не работают по тем или иным причинам — порядка 12%). При этом зарплата матерей входит в семейный бюджет только у 43,1% — это значит, что как минимум 50% не имеют работы и трудового дохода (если ориентироваться, что 6,8% имеют доход от индивидуальной трудовой деятельности — хотя здесь заложены ответы и отцов, конечно). Мы уже отметили ранее, что почти 28% матерей справляются с пробле-



Рис. 4. Ответы респондентов на вопрос: «Описывая размер семейного дохода, можно сказать...».

мами в одиночку, но только 12,4% из них получают алименты на ребенка.

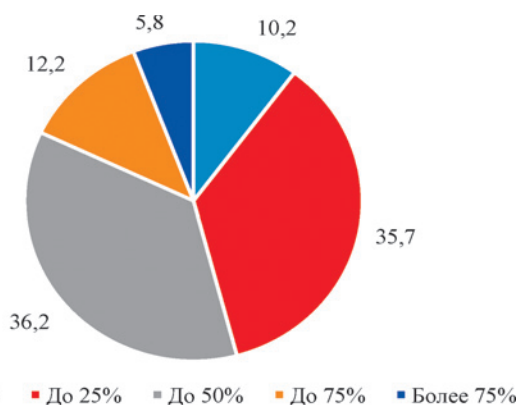
Значимость деятельности общественных и некоммерческих организаций, конечно, трудно переоценить — но только 3,6% семей получают от них материальную помощь. Почти 10% могут рассчитывать на помощь родственников и знакомых и примерно столько же — на доходы от приусадебного участка, с которого и происходит, по-видимому, питание таких семей. 34% семей закредитованы! При сложных финансовых обстоятельствах они вынуждены брать кредиты и выплачивать их, имея на руках ребенка-инвалида и ограничения в возможности трудовой деятельности. Данный график рисует нам реальную и далекую от позитива ситуацию.

Рассматривая свой доход с позиции субъективной оценки, респонденты преимущественно разделились на три основные группы, представленные в равной степени (по 27%): семьи, где средств хватает на необходимые траты, но не на отдых и большие покупки; семьи, которые могут только оплачивать питание, счета и лечение, и семьи, которым с трудом хватает средств даже на это (рис. 4). Практически 11% не имеют достаточно средств на питание, лечение и коммунальные платежи. К последним двум группам по экономическому дефициту чаще других относятся семьи с наиболее тяжелыми диагнозами детей — орфанные заболевания, нарушения опорно-двигательного аппарата, сочетанные заболевания и множественные тяжелые нарушения.

Градиентная самооценка уровня жизни от респондентов, показала, что воспринимают свой уровень как достаточно высокий только 1,8% (несмотря на то, что к первой категории достатка себя относят 6,7%). К среднему уровню склоняются в оценке 62,9%, а вот 35,3% диагностируют для своей семьи низкий уровень жизни.

При этом в эту группу входят более 80% семей, где есть дети с орфанными заболеваниями, порядка 40% семей, где детям поставлены диагнозы: соматические, эмоционально-волевые нарушения и нарушения слуха. Говоря о местности, где чаще всего ре-





**Рис. 5.** Ответы респондентов на вопрос: «Сколько примерно, в процентном соотношении от дохода семьи, уходит на обслуживание ребенка-инвалида?».

спонденты определили себя к низкому уровню жизни, мы преимущественно видим сельскую территорию и региональный центр.

На тот факт, что на ребенка-инвалида уходит почти 50% их семейного дохода, указывают 36,2% респондентов, учитывая, что только 31% семей имеют 1 ребенка, во всех остальных это 2 и более детей, нетрудно представить себе их уровень жизни. А если учесть, что 12,2% тратят на ребенка 75%, а 5,8% — более 75%, ситуация становится просто плачевной. Такие серьезные диспропорции в семейном бюджете наблюдаются, как правило, в случаях с самыми тяжелыми диагнозами — до 50% тратят в семьях, где есть дети с орфанными заболеваниями, сочетанными и множественными тяжелыми нарушениями. А вот более 75% чаще тратят в семьях на детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

*Социальная среда и социальный капитал* — важные показатели коммуникативного и иного комфорта ребенка-инвалида, а также показатель социальной ситуации, в которой существует семья. И первое, что здесь необходимо определить, — это те характеристики семей, которые существуют сейчас в рамках исследуемой проблемы.

В 71,5% случаев мы говорим о полной семье с двумя родителями. В 26,1% семей проживают другие родственники, не требующие ухода и, возможно, помогающие в уходе за ребенком, но в 6% семей

есть проживающие совместно с семьей родственники, которые сами требуют ухода. Почти в 70% случаев в семье есть 2 и более детей, а 7,3% имеют более 3 детей. Более 3 детей и ребенок с ОВЗ — это серьезная, критичная жизненная ситуация. Однако самую серьезную проблему мы видим для 9,6% семей, в которых более 1 ребенка имеют инвалидность или иное хроническое заболевание.

Распределение по видам образовательных организаций показало, что 3,2% семей не могут определить своего ребенка в образовательную организацию по роду заболевания. Чуть более 12% проходят обучение на дому — семейное, дистанционное обучение или приходящие учителя. Классы или учреждения для детей с ОВЗ посещают 13,9%, но большая часть детей посещают общеобразовательные школы (40,9%), что накладывает определенные требования по созданию соответствующих условий для их пребывания.

Вопрос помощи в уходе за ребенком-инвалидом или с ОВЗ показал, что родители в большинстве могут рассчитывать на помощь членов семьи, проживающих вместе с ними (57,9%), а также родственников, проживающих отдельно (42,6%). Социальный капитал в 16,1% случаев позволяет им рассчитывать на помощь друзей и знакомых. Помощь со стороны социальных служб получают 8,5% опрошенных, а вот 4,1% приходится дополнительно планировать бюджет на оплату приходящих помощников. Специфическую ситуацию мы можем увидеть в зависимости от диагноза — в случае каждого конкретного диагноза

Одной из проблем по созданию комфортной социальной ситуации для ребенка с ограничениями становится обеспечение его социальных коммуникаций. Не испытывают трудности с этим 60,9% семей, но 20,0% говорят об ограниченности такого круга в силу его заболевания или характера (рис. 5). Общаться только с приходящими к ним людьми могут 14% детей, а 5,1% даже такой возможности не имеют — круг общения ребенка сужен до членов проживающей совместно семьи. Такая ситуация, конечно, напрямую коррелирует с заболеванием ребенка.



**Рис. 6.** Ответы респондентов на вопрос: «Каков круг общения Вашего ребенка?».



### Обсуждение

Подводя итог проведенного исследования и результатов паспортизации родителей детей-инвалидов, можно расставить следующие акценты и очертить круг выявленных проблем.

На территории области представлены все виды заболеваний детей, но наибольшее количество случаев связаны с нарушением опорно-двигательного аппарата и интеллектуальными нарушениями. Заболевания большей частью возникают практически с момента рождения ребенка, что выводит на необходимость проверки готовности всех направлений помощи по всем видам заболевания в разные возрастные периоды.

Более трети всех семей имеют ребенка, нуждающегося в постоянном присмотре и сопровождении, — это поднимает вопрос о достаточности мер поддержки таких семей в возможности обеспечения дохода, получения помощи для полноценной жизни всех членов семьи и т. д. На данный момент есть семьи (не менее 12%), где дети находятся в тяжелом состоянии (согласно своего диагноза), но семья снимает жилье или проживает в доме без удобств, без лифта, выше третьего этажа; проживание в непригодных для ребенка условиях фиксируют более 17% семей.

Существует реальная потребность в получении дополнительного образования и переподготовки среди родителей детей-инвалидов, а также помощь в частичном или полном трудоустройстве для повышения трудового дохода семей. На данный момент практически половина матерей не работают, в основном по необходимости ухода за ребенком — помощь в уходе, поиск вариантов дистанционной работы — все это может помочь повысить качество жизни семьи.

Экономическое положение таких семей — вопрос, требующий быстрого рассмотрения и решения. Каждая десятая семья с ребенком-инвалидом еле «сводит концы с концами», есть проблемы с жизненно важным обеспечением: питанием, лекарствами и т. д. Каждая третья семья с ребенком-инвалидом оценивает свой уровень жизни как низкий, а более половины семей тратят 50% и более своего дохода только на ребенка-инвалида. Практически 70% семей с ребенком-инвалидом имеют 2 и более детей — тем самым значительно возрастает нагрузка на потребление семейного бюджета, при том раскладе, что львиная доля тратится на ребенка-инвалида, а 10% семей имеет более 1 ребенка на инвалидности или с хроническими заболеваниями, — это катастрофическая ситуация. Как правило, помощь семьям, имеющим ребенка-инвалида, приходит со стороны ближайшего окружения семьи — помощь от государства получает только каждая 12-я семья. Такая ситуация требует внимания в том числе со стороны социальной политики.

Существующая ситуация далека от идеала, проблемные моменты, связанные прежде всего с повы-

шением экономической поддержки семей, организацией помощи таким семьям, требуют незамедлительного решения.

### Заключение

Проведенное исследование доказывает важность получения актуальной информации в системном разрезе обо всех сторонах жизни социально-уязвимых групп, к которым относятся и семьи с детьми-инвалидами. То, что данные объекты не поставлены на контроль со стороны регионального администрирования, является существенным упущением, создающим ситуацию непрозрачности принятия решений. Экспертное принятие решений об организационном и ресурсном обеспечении помощи таким семьям зачастую приводит к перенасыщению одних направлений поддержки и ресурсному дефициту других. Данная информация может быть полезна для организации межсекторального партнерства — на данный момент (как показывают результаты паспортизации и собственно исследование проблем помощи и поддержки таким семьям) взаимодействие родителей детей-инвалидов и общественных организаций не выражено в той мере, которое должно быть в просоциальном и солидарном обществе.

Реестр, контроль, учет ситуации за счет предлагаемой системы паспортизации позволит вывести данную категорию на определенный уровень социального благополучия, тем самым поднимая планку среднего благополучия регионального жителя. Мониторинговые технологии дадут возможность получить информацию об эффективности принятых мер, динамике состояний.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовина М. В., Семочкина Н. Н. Поддержка семьи с детьми-инвалидами как приоритетное направление социальной политики // Социальная политика и социология. 2020. Т. 19, № 4. С. 103—110.
2. Федорова В. К. Проблемы семей с детьми-инвалидами в городской местности // Общественное и социальное психология. 2022. № 6. С. 235—241.
3. Сизикова В. В., Аникеева О. А., Афанасьева О. О. Нуждаемость семей с детьми-инвалидами в социальном обслуживании в период пандемии COVID-19 // Социальная политика и социология. 2020. Т. 19, № 3. С. 146—154.
4. Цинченко Г. М., Орлова И. С. Ресурсы социальной поддержки семей с детьми-инвалидами в Ленинградской области // Управленческое консультирование. 2021. № 3. С. 110—118.
5. Кузьмин В. П. Семьи с детьми-инвалидами как объект социальной политики в Курской области // Коллекция гуманитарных исследований. 2021. № 3. С. 22—27.
6. Самойлова В. А., Дужак И. В., Киселева В. А., Приходько М. Г. Социальная поддержка вовлеченного отцовства в семьях с детьми-инвалидами // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2021. № 20. С. 78—92.
7. Цинченко Г. М. Правовое регулирование государственной политики в отношении семей с детьми-инвалидами // Научные труды Северо-Западного института управления РАНХиГС. 2018. Т. 9, № 4. С. 330—338.

8. Пимахова А. А. Социологические параметры социальной работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов // Научный журнал Дискурс. 2018. № 4. С. 161—176.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

## REFERENCES

1. Vdovina M. V., Semochkina N. N. Support for families with disabled children as a priority direction of social policy. *Social'naya politika i sociologiya*. 2020;19(4):103—110. (In Russ.)
2. Fedorova V. K. Problems of families with disabled children in urban areas. *Obshchestvoznaniye i social'naya psihologiya*. 2022;(6):235—241. (In Russ.)
3. Syzykova V. V., Anikeeva O. A., Afanasyeva O. O. The need for social services for families with disabled children during the COVID-19 pandemic. *Social'naya politika i sociologiya*. 2020;19(3):146—154. (In Russ.)
4. Tsinchenko H. M., Orlova I. S. Resources for social support for families with disabled children in the Leningrad region. *Upravlencheskoe konsul'tirovanie*. 2021;(3):110—118. (In Russ.)
5. Kuzmin V. P. Families with disabled children as an object of social policy in the Kursk region. *Kollekciya gumanitarnykh issledovanij*. 2021;(3):22—27. (In Russ.)
6. SamoiloVA V. A., Duzhak I. V., Kiseleva V. A., Prykhodko M. G. Social support of involved fatherhood in families with disabled children. *Social'noe obsluzhivaniye semej i detej: nauchno-metodicheskij sbornik*. 2021;(20):78—92. (In Russ.)
7. Tsinchenko H. M. Legal regulation of state policy in relation to families with disabled children. *Nauchnye trudy Severo-Zapadnogo instituta upravleniya RANHiGS*. 2018;9(4):330—338. (In Russ.)
8. Pymakhova A. A. Sociological parameters of social work with families raising disabled children. *Nauchnyj zhurnal Diskurs*. 2018;(4):161—176. (In Russ.)

Курочкина М. Н.<sup>1</sup>, Абесалашвили М. З.<sup>1</sup>, Багова Л. Л.<sup>2</sup>

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА  
В МЕДИЦИНСКОМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ**

<sup>1</sup>Кубанский казачий государственный институт пищевой индустрии и бизнеса (филиал)

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К. Г. Разумовского (Первый казачий университет)»,  
353500, Темрюк, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 323500, Майкоп, Россия

*Происходящая в современном обществе переориентация деятельности врача с позиции лечения болезней на самосохранительное поведение пациентов, ставящее своей целью сохранение здоровья человека за счет предотвращения развития заболеваний и патологий, предполагает вовлечение медицинских специалистов в общеобразовательный процесс. Актуальность темы статьи обусловлена необходимостью формирования психолого-педагогических компетенций медицинских специалистов, получающих высшее медицинское образование, несмотря на сложность и многоплановость деятельности врача.*

*Цель исследования заключается в рассмотрении психолого-педагогической готовности врача после окончания медицинского учебного заведения к профессиональной деятельности, оценке профессионально-деловых коммуникаций в связке «врач—пациент» и способности восприятия различий пациентов социального, этнического и культурного характера.*

*Несмотря на то что со стороны государственных структур в последние годы реализуется достаточное количество программ законодательной и социальной направленности, которые ставят своей целью популяризацию среди жителей нашей страны здорового образа жизни и отказ от негативных факторов, основной преградой на пути воспитания граждан здоровьесберегающему поведению выступает слабая мотивация врачей на использование психолого-педагогических компетенций в профессиональной деятельности. Очевидно, что врачебно-диагностическая деятельность на современном этапе развития требует от выпускников медицинских учебных заведений специальной подготовки, включающей основы психолого-педагогического характера.*

*Ключевые слова:* психолого-педагогическая подготовка; общеобразовательный процесс; деятельность врача; профессиональная компетентность; самосохранительное поведение

*Для цитирования:* Курочкина М. Н., Абесалашвили М. З., Багова Л. Л. Психолого-педагогические основы общеобразовательного процесса в медицинском учебном заведении. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):747—751. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-747-751>

*Для корреспонденции:* Курочкина Марина Николаевна; e-mail: [macha.0109@mail.ru](mailto:macha.0109@mail.ru)

Kurochkina M. N.<sup>1</sup>, Abesalashvili M. Z.<sup>1</sup>, Bagova L. L.<sup>2</sup>

**PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL FOUNDATIONS OF THE GENERAL EDUCATIONAL PROCESS  
IN A MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTION**

<sup>1</sup>Kuban Cossack State Institute of Food Industry and Business (fili-al) Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky (First Cossack University), 353500, Temryuk, Russia;

<sup>2</sup>Adygea State University, 323500, Maykop, Russia

*The article discusses the psychological and pedagogical foundations of the general educational process in a medical educational institution and the formation of professional training of a modern doctor who is able not only to conduct medical and diagnostic activities, but also to provide psychological and pedagogical assistance. The reorientation of the doctor's activity taking place in modern society from the position of treating diseases to the self-preserving behavior of patients, which aims to preserve human health by preventing the development of diseases and pathologies, involves the involvement of medical specialists in the educational process. The relevance of the topic of the article is due to the need for the formation of psychological and pedagogical competencies of medical specialists receiving higher medical education, despite the complexity and diversity of the doctor's activities. Despite the fact that a sufficient number of legislative and social programs have been implemented by state structures in recent years, which aim to popularize a healthy lifestyle among the residents of our country and reject negative factors, the main obstacle to educating citizens to health-saving behavior is the weak motivation of doctors to use psychological and pedagogical competencies in professional activities. It is obvious that medical diagnostic activity at the present stage of development requires special training from graduates of medical educational institutions, including the basics of a psychological and pedagogical nature. The purpose of the study is to consider the psychological and pedagogical readiness of a doctor after graduation from a medical school for professional activity, to assess professional and business communications in a doctor-patient relationship and the ability to perceive differences between patients of a social, ethnic and cultural nature.*

*Keywords:* psychological and pedagogical training; educational process; doctor's activity; professional competence; self-preserving behavior

*For citation:* Kurochkina M. N., Abesalashvili M. Z., Bagova L. L. Psychological and pedagogical foundations of the general educational process in a medical educational institution. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):747—751 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-747-751>

*For correspondence:* Maria N. Kurochkina; e-mail: [macha.0109@mail.ru](mailto:macha.0109@mail.ru)

*Source of funding.* This study was not supported by any external sources of funding.

*Conflict of interest.* The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

## Введение

Происходящая в современном обществе переориентация деятельности врача с позиции лечения болезней на самосохранительное поведение пациентов, ставящее своей целью сохранение здоровья человека за счет предотвращения развития заболеваний и патологий, предполагает вовлечение медицинских специалистов в общеобразовательный процесс. Логика образовательного процесса сегодня кардинально трансформируется: она направлена на развитие навыков самостоятельной работы личности с поэтапным переходом на новые уровни развития в профессиональном плане. Идеальный профиль современного врача — это специалист с набором профессиональных компетенций, обладающий также определенными личностными качествами, позволяющими не только осуществлять лечебно-диагностическую деятельность, но и оказывать психолого-педагогическую помощь.

Несмотря на то что со стороны государственных структур в последние годы реализуется достаточное количество программ законодательной и социальной направленности, которые ставят своей целью популяризацию среди жителей нашей страны здорового образа жизни и отказ от негативных факторов, основной преградой на пути воспитания граждан здоровьесберегающему поведению выступает слабая мотивация врачей на использование психолого-педагогических компетенций в профессиональной деятельности. Компетентностный подход в общеобразовательном процессе способствовал становлению модульных дисциплин, развивающих родственные компетенции. Очевидно, что лечебно-диагностическая деятельность на современном этапе развития требует от выпускников медицинских учебных заведений специальной подготовки, включающей основы психолого-педагогического характера.

Актуальность темы статьи обусловлена необходимостью формирования психолого-педагогических компетенций медицинских специалистов, получающих высшее медицинское образование, несмотря на сложность и многоплановость деятельности врача.

**Цель** исследования заключается в рассмотрении психолого-педагогической готовности врача после окончания медицинского учебного заведения к профессиональной деятельности, оценке профессионально-деловых коммуникаций в связке «врач—пациент» и способности восприятия различий пациентов социального, этнического и культурного характера.

## Материалы и методы

В ходе рассмотрения психолого-педагогических основ общеобразовательного процесса в медицинском учебном заведении автором использованы работы российских исследователей, рассматривающих особенности общеобразовательного процесса в медицинском учебном заведении [1—3]. Приведены

результаты опроса врачей-ординаторов, характеризующего роль и место психолого-педагогической подготовки в лечебной деятельности врача.

## Результаты

В 1990-е гг. в глобальном образовательном сообществе был переосмыслен как термин «образование», так и связанные с ним понятия, среди которых — «обучение». Понятие «learning» вытеснило термин «education», предполагающего в качестве главного действующего лица образовательного процесса преподавателя, «проводника, ведущего к знаниям, умениям, навыкам». В современном образовательном процессе ключевой фигурой становится тот, «кто сам движется навстречу знаниям—умениям—навыкам», формируя собственную личностную культуру [1].

Выделим основные функции профессиональной деятельности врача: диагностическая, лечебная, реабилитационная, организационно-управленческая, научно-исследовательская, психолого-педагогическая (предохранительная, профилактическая, социальная) [2].

Психолого-педагогическая деятельность врача заключается в воспитании у пациентов и их семей самосохранительного поведения, т. е. в обучении комплексу действий, ориентированных на сохранение здоровья в течении жизненного цикла.

Профессиональная компетентность врача — это способность медицинского специалиста с самого начала своей врачебной деятельности успешно, в соответствии с определенными стандартами, отвечать требованиям общества и профессии путем надлежащего и эффективного исполнения работы врача и демонстрировать соответствующие личные качества с учетом приобретенных знаний, умений, навыков, эмоций, полагаясь на внутреннюю мотивацию, моральные и этические ценности и опыт.

Компонентами профессиональной компетентности выступают также качества и способности специалистов, позволяющие им достигать лично значимых целей. Рассматривая профессиональные задачи, стоящие перед специалистами медицинской сферы, можно говорить о том, что каждый уровень оказания медицинской помощи непременно включает психолого-педагогический момент в деятельности медицинского работника, который и формирует профессиональные компетенции врача. Психолого-педагогическая подготовка должна реализовываться посредством как активных, так и интерактивных форм образовательного процесса в медицинском учебном заведении.

Отметим, что задача разглядеть личность пациента в процессе лечебно-диагностических процедур играет особую роль, несмотря на мнение научного и практического медицинского сообщества, полагающего, что для медицинского специалиста на первом плане находится больной, а не личность пациента [3].

К сожалению, на современном этапе развития медицины еще остается большая часть медицинских

История и социология здравоохранения и медицины

работников, которые не считают психологические методы лечения полезным способом коррекции для пациента и поддерживают методы лечения с помощью высоких технологий. Тем не менее многочисленные исследования свидетельствуют о том, что в практике системы здравоохранения сегодня существует острая потребность в психолого-педагогическом сопровождении образовательного процесса при подготовке будущих врачей.

Отработка жалоб, направляемых пациентами в контролирующую систему здравоохранения органы, явно показывает, что в своем большинстве больные зачастую выражают свое недовольство не столько к профессиональной подготовке врачей, сколько к процессу общения при взаимодействии медицинского специалиста и пациента. В век активного развития медицинских технологий и разносторонней деятельности врача многие медицинские работники уделяют недостаточное внимание общению с больными, забывая, что это важнейший элемент лечения заболевания, показывающий хорошие результаты в процессе выздоровления и начинающийся с установления доверительных отношений между врачом и пациентом. Следует отметить, что невнимательное отношение медицинского работника к больному зачастую сопровождается ошибками, связанными с диагностированием того или иного заболевания, приводя, как следствие, к тактическим ошибкам в процессе лечения.

Так, в качестве претензий пациенты и их родственники указывают отсутствие у врача способности и готовности выслушать больного и в доступной форме объяснить необходимость и адекватность предлагаемых назначений и рекомендаций. Наряду с потребностью в разъяснениях применяемой терапии для больного важное значение имеет характер взаимоотношений с эмоциональной точки зрения и возможность установления доверительного контакта. Ведь, обращаясь за помощью к доктору, больной ждет от медицинского работника душевной поддержки и сопереживания постигнутому заболеванию.

По нашему мнению, психолого-педагогическая подготовка в общеобразовательном процессе в медицинском учебном заведении должна включать информационную, технологическую и психологическую составляющие (рис. 1).

С целью выявления, какие, по мнению будущих медицинских работников, знания, умения и компетенции психолого-педагогического характера необ-



Рис. 1. Психолого-педагогические основы общеобразовательного процесса в медицинском учебном заведении.

ходимы врачам для успешной профессиональной деятельности, автором были проанализированы данные открытого анкетирования среди врачей-ординаторов. В исследовании приняли участие 130 ординаторов, проходящих обучение по 36 специальностям [2].

Большая часть участников исследования высоко оценивает необходимость изучения психолого-педагогических основ и формирование психолого-педагогических компетенций в профессиональной деятельности врачей, отмечая при этом потребность в их непрерывном развитии (64,2%); некоторые участники опроса отметили, что такая потребность актуализируется, когда появляются проблемы установления профессионально-деловых взаимоотношений с пациентом (23,2%); 11,1% опрошенных считают, что обладают достаточными компетенциями в психолого-педагогическом плане для врачебной деятельности; 1,5% респондентов затруднились ответить на этот вопрос [2].

Ключевую роль в формировании будущего медицинского специалиста играет преподаватель, участвующий в общеобразовательном процессе, — его профессионализм и психолого-педагогическая компетентность. Преподаватель в медицинском учебном заведении должен уметь сочетать знания и навыки по врачебной и педагогической деятельности. По мнению ученых, изучение психолого-педагогических основ способствует формированию и развитию такого важного качества для профессиональной деятельности врача, как познавательная активность, выступающая необходимым условием непре-

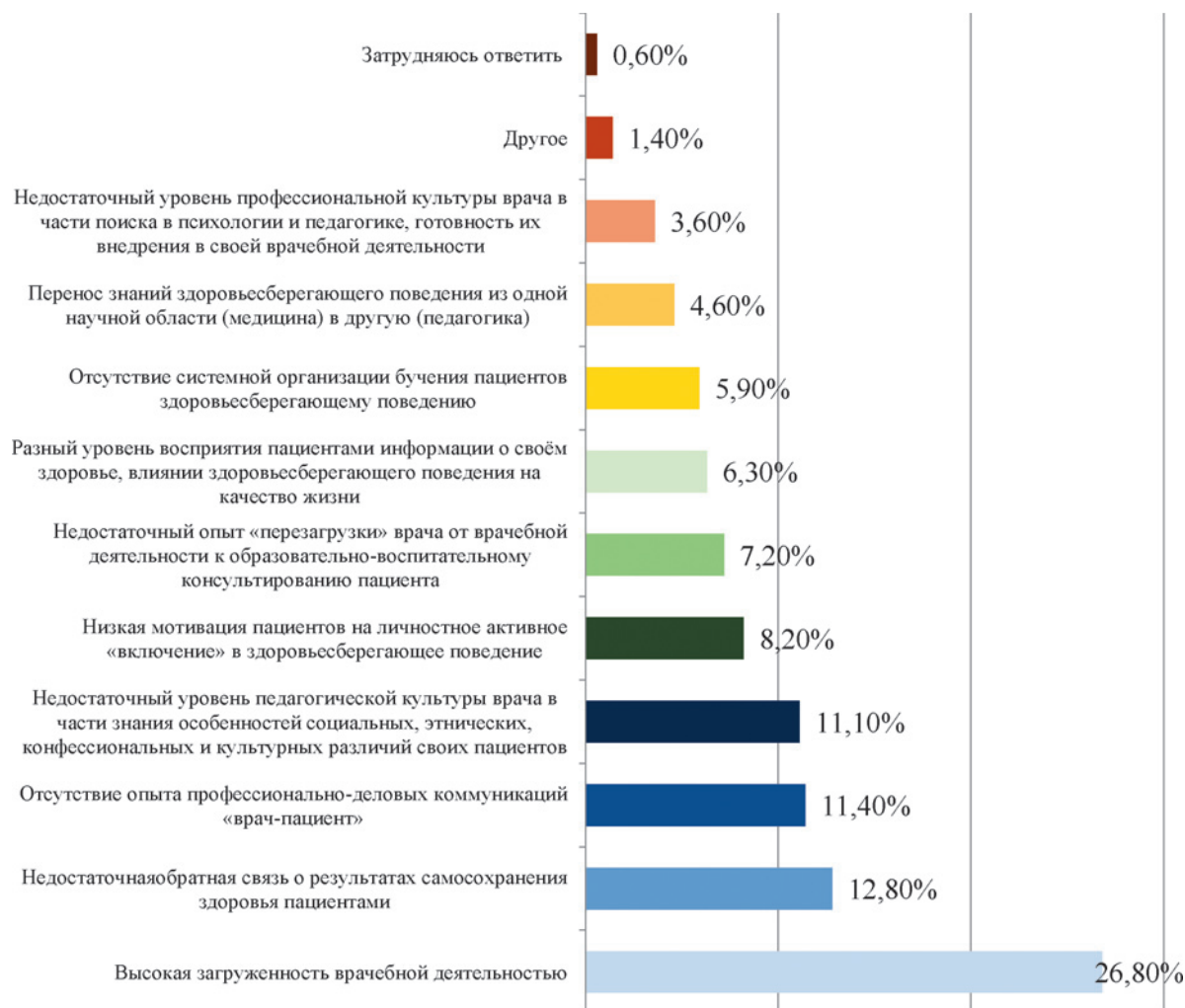


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос: «Какие, по Вашему мнению, барьеры препятствуют психолого-педагогической готовности врача к профессиональной деятельности?».

Источник: [2].

рванного медицинского образования в современной практике врача [2].

В ходе исследования обучающимся было предложено определить, какие факторы препятствуют психолого-педагогической подготовке будущих врачей. Ответы представлены на рис. 2.

Анализ данных анкетирования врачей-ординаторов показал, что будущие специалисты отмечают потребность включения в общеобразовательный процесс в медицинском учебном заведении психолого-педагогических основ и развития психолого-педагогических компетенциях наравне с профессиональными, а также востребованность в лечебной деятельности навыков воспитательных методик прикладного характера, мотивирующих пациентов и их близких к соблюдению предписаний и рекомендаций лечащего врача, направленных на мобилизацию у них внутренних резервов к выздоровлению и самосохранительному поведению.

### Обсуждение

Под психолого-педагогическими компетенциями медицинского специалиста понимается его способ-

ность и готовность профессионально и эффективно решать лечебно-диагностические задачи в симбиозе с воспитанием у пациентов самосохранительного и здоровьесберегающего поведения. Способность выстроить профессионально-деловые коммуникации «врач—пациент» подразумевает взаимодействие медицинского специалиста с пациентами и их близкими. Цель такого сотрудничества — достижение совместными усилиями определенных результатов в лечебном процессе, совместное решение общей задачи — сохранения здоровья и предупреждения заболеваний. Профессиональная компетентность врача включает развитие психолого-педагогических компетенций и формирование культуры профессионально-деловых коммуникаций медицинского специалиста и присутствие профессиональной этики в работе.

В современной системе здравоохранения сегодня на высоком счету не просто «квалифицированные специалисты» в узком плане, а творчески развитые личности, которые умеют приобретать востребованные навыки и развивать профессиональные компетентности, постоянно совершенствуют их за счет

История и социология здравоохранения и медицины

непрерывного медицинского образования. Общеобразовательный процесс в медицинском учебном заведении включает реализацию профессионального элемента развития личности и психолого-педагогические основы.

Реализация инновационного медицинского образования в медицинском учебном заведении должна опираться на качественно новый уровень общеобразовательного процесса с учетом современных требований и, учитывая мировые тренды, формировать эффективную систему непрерывного медицинского образования как инструмента профессионального развития врача.

### Заключение

Проведенное исследование дает основание сделать вывод о том, что психолого-педагогическая готовность медицинского специалиста — выпускника медицинского учебного заведения — состоит не только в наличии профессиональных знаний, умений и навыков, но и в способности обобщить опыт и умения применить психолого-педагогические компетенции в лечебно-диагностическом процессе.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мельникова И. Ю., Романцов М. Г. Особенности медицинского образования и роль преподавателя вуза в образовательном процессе на современном этапе // *Международный журнал экспериментального образования*. 2013. № 11—2. С. 47—52.
2. Рюмина Т. В. К вопросу о психолого-педагогической готовности врача-ординатора к профессиональной деятельности // *Казанский педагогический журнал*. 2022. № 1. С. 106—114.
3. Васильева Е. Ю., Гайкина М. Ю., Тагаева Т. В. Педагогика в клинической практике врача. Архангельск; 2017. 118 с.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Melnikova I. Yu., Romantsov M. G. Features of medical education and the role of a university teacher in the educational process at the present stage. *International Journal of Experimental Education*. 2013;(11—2):47—52. (In Russ.)
2. Ryumina T. V. On the issue of psychological and pedagogical readiness of a resident doctor for professional activity. *Kazansky pedagogical journal*. 2022;(1):106—114. (In Russ.)
3. Vasilyeva E. Yu., Galkina M. Yu., Tagaeva T. V. Pedagogy in the clinical practice of a doctor. Arkhangelsk; 2017. 118 p. (In Russ.)

Надуткина И. Э.<sup>1</sup>, Ельникова Г. А.<sup>1,2</sup>, Коршунов А. М.<sup>3</sup>, Котовская М. Г.<sup>3</sup>**СОЦИАЛЬНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В МАРКЕТИНГОВОЙ И РЕКЛАМНОЙ ПРАКТИКЕ**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Белгород, Россия;<sup>2</sup>АНО ВО «Белгородский университет кооперации, экономики и права», 308023, Белгород, Россия;<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина», 119071, Москва, Россия

*Цель исследования — проанализировать современную практику маркетинговой и рекламной деятельности с использованием образа инвалидности и лиц с ограниченными возможностями. Представлены данные, отражающие статистику инвалидности и потребительского поведения на рынке товаров и услуг для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Сделан вывод о том, что реклама и любые другие формы маркетинговых инициатив отражают общество, и поэтому большинство рекламодателей в какой-то момент создают коммуникационные продукты, которые отражают их целевую аудиторию. Хорошие примеры изображения людей с ограниченными возможностями и продуманная рекламная кампания призваны повысить лояльность к бренду и одновременно сделать продукт более популярным у широкой аудитории.*

**Ключевые слова:** маркетинг; реклама; лица с ограниченными возможностями; инвалидность; коммуникации

**Для цитирования:** Надуткина И. Э., Ельникова Г. А., Коршунов А. М., Котовская М. Г. Социальная репрезентация лиц с ограниченными возможностями здоровья в маркетинговой и рекламной практике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):752—755. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-752-755>

**Для корреспонденции:** Коршунов Анатолий Михайлович; e-mail: [kafedra-rsuk@yandex.ru](mailto:kafedra-rsuk@yandex.ru)

Nadutkina I. E.<sup>1</sup>, Elnikova G. A.<sup>1,2</sup>, Korshunov A. M.<sup>3</sup>, Kotovskaya M. G.<sup>3</sup>**SOCIAL REPRESENTATION OF PERSONS WITH DISABILITIES IN MARKETING AND ADVERTISING PRACTICE**<sup>1</sup>Belgorod National Research University, 308015, Belgorod, Russia;<sup>2</sup>Belgorod University of Cooperation, 308023, Belgorod, Russia;<sup>3</sup>Kosygin Russian State University, 119071, Moscow, Russia

*The article discusses the issues of including the image of persons with disabilities in marketing and advertising practice. The data reflecting the statistics of disability and consumer behavior in the market of goods and services for the disabled and persons with disabilities are presented. The purpose of the study is to analyze the current practice of marketing and advertising activities using the image of disability and persons with disabilities. It is concluded that both advertising and any other forms of marketing initiatives reflect society, and therefore most advertisers at some point create communication products that somehow reflect their target audience. Good examples of images of people with disabilities and a well-thought-out advertising campaign are designed to increase brand loyalty and at the same time make the product more popular with a wide audience.*

**Keywords:** marketing; advertising; persons with disabilities; disability; communications

**For citation:** Nadutkina I. E., Elnikova G. A., Korshunov A. M., Kotovskaya M. G. Social representation of persons with disabilities in marketing and advertising practice. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):752–755 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-752-755>

**For correspondence:** Anatoly M. Korshunov; e-mail: [kafedra-rsuk@yandex.ru](mailto:kafedra-rsuk@yandex.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов признает свободный доступ всех категорий граждан к потребительским товарам и услугам на рынке необходимым условием для их полноценного участия в социально-экономических процессах жизни общества<sup>1</sup>. Свободный доступ формирует концепции участия потребителей и доступности рынка вокруг социальной модели инвалидности и не проводит различия между участниками рынка с ограниченными возможностями и лица-

ми, не являющимися инвалидами (далее понятия «лица с ограниченными возможностями здоровья (лица с ОВЗ)» и «инвалиды» будут использоваться как эквивалентные). Признание равенства потребительских предпочтений между инвалидами и неинвалидами формирует соответствующую совокупность интегрированных коммуникационных технологий, направленных на продвижение товаров и услуг данной категории граждан. Однако как на глобальном рынке, так и в его региональных областях существует сегмент товаров и услуг, удовлетворяющих особые потребности инвалидов и лиц с ОВЗ, что обусловило цель настоящего исследования — рассмотреть маркетинговые аспекты их продвижения в контексте репрезентации лиц с ОВЗ.

<sup>1</sup> Конвенция о правах инвалидов. URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml) (дата обращения: 01.04.2023).



### Материалы и методы

Исследование было проведено с использованием ряда общенаучных и социологических методов. На первом этапе был осуществлен анализ научной литературы по вопросам участия в спортивной деятельности представителей разных возрастных групп.

На втором этапе были отобраны спортивные клубы в населенных пунктах Белгородской области и Краснодарского края, где занимаются группы разных возрастов. Руководителям этих клубов было предложено принять участие в социальном эксперименте по организации спортивных занятий и мероприятий в смешанных, межпоколенческих группах. В течение 16 мес 2021—2022 гг. проводился эксперимент.

На третьем этапе были проведены анкетирование членов смешанных групп, полуструктурированное интервью с некоторыми представителями данных групп и экспертный опрос тренеров и спортивных инструкторов, работающих с данными группами.

Респонденты были условно разделены на молодые и взрослые категории. К молодой категории отнесены подростки в возрасте 10—14 лет (160 человек) и молодежь в возрасте 15—35 лет (120 человек). Во взрослую категорию были отнесены граждане в возрасте 65 лет и старше (96 человек).

На четвертом этапе были проведены обработка полученных данных, обобщение и формулировка выводов.

### Результаты и обсуждение

Согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения, примерно 15% населения земного шара страдает той или иной формой инвалидности.

При этом:

- около 13,7% из них имеют ограниченную подвижность (серьезные трудности при ходьбе или подъеме по лестнице);
- около 10,8% имеют когнитивные нарушения (проблемы с концентрацией внимания, принятием решений или запоминанием);
- 5,9% имеют нарушения слуха;
- около 4,6% имеют проблемы со зрением;
- около 10,5% испытывают трудности с самообслуживанием или самостоятельной жизнью.

Глобальный маркетинг для инвалидов огромен. Это примерно 1,3 млрд человек<sup>2</sup> реальных потребителей и 2,3 млрд потенциальных потребителей, среди которых друзья и родственники людей с ОВЗ. Этот сектор контролирует более 8 трлн долл. годового располагаемого дохода<sup>3</sup>.

По словам Ч. А. Райли, «эта потребительская сила составляет больше, чем рынки афроамериканцев,

латиноамериканцев и ЛГБТК вместе взятых. Потребительская покупательная способность сообщества инвалидов в 2 раза превышает покупательную способность тинейджеров и более чем в 17 раз превышает покупательную способность подростков (8—12 лет) — двух наиболее потребительски активных демографических групп»<sup>4</sup>.

По мнению известного американского маркетолога и специалиста по потребительскому поведению Майкла Соломона, «по иронии судьбы маркетологи практически игнорируют потребности одного из крупнейших сегментов рынка в США и в мире: потребителей с ОВЗ. Только в США более 54 млн человек испытывают трудности с покупками из-за умственных или физических недостатков. Например, 11 млн взрослых страдают заболеванием, из-за которого им трудно выходить из дома за покупками, поэтому при покупке товаров они полагаются почти исключительно на каталоги и Интернет. В настоящее время почти 3 млн ветеранов-инвалидов сталкиваются с множеством проблем реабилитации. Бюро переписи населения сообщает, что эти потребители тратят почти 200 млрд долл. в год, однако учеными-маркетологами или практиками было проведено удивительно мало исследований в этом огромном сегменте. Производители, поставщики услуг и розничные торговцы недополучают существенную прибыль, когда не осознают возможности, которые заключаются в обслуживании этих людей!»<sup>5</sup>.

В свою очередь исполнительный директор консалтинговой компании «Open Doors» Э. Липп отмечает, что «рынок инвалидов контролирует более чем в 2 раза больше дискреционных расходов, чем рынок подростков, оцениваемый в 67 млрд долл. Тем не менее даже половина маркетинговых средств не предназначена для инвалидов. Эта ниша рынка недостаточно обслуживается крупными производителями, что оставляет прибыльную возможность для мелких предпринимателей»<sup>6</sup>.

Исследование, проведенное британским рекламано-аналитическим изданием «Marketing Week» в 2015 г., выявило недостаточное внимание маркетологов и специалистов по рекламе и связям с общественностью к рынку товаров и услуг для лиц с ОВЗ и инвалидов. Всего 22% опрошенных конечных потребителей заявили, что, по их мнению, люди с физическими недостатками хорошо представлены в британском маркетинге, в то время как еще меньше

<sup>3</sup>Sharma M. 5 marketing techniques to reach disabled customers. URL: <https://customerthink.com/5-marketing-techniques-to-reach-disabled-customers/> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>4</sup>Riley C. A. II. Handshakes. Not handouts: building the business case for inclusion. URL: <https://archive.org/details/disabilitybusine00char> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>5</sup>Consumers with disabilities: the overlooked market segment. URL: <https://www.michaelsolomon.com/consumers-with-disabilities-the-overlooked-market-segment/> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>6</sup>Neumann J. E. Road map for inclusion: changing the face of disability in the media. Ford Foundation. 2019. URL: [https://www.fordfoundation.org/media/4276/judyheumann\\_report\\_2019\\_final.pdf](https://www.fordfoundation.org/media/4276/judyheumann_report_2019_final.pdf) (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>2</sup>The importance of service accessibility, what is accessible customer service? URL: <https://www.commbbox.io/the-importance-of-service-accessibility-what-is-accessible-customer-service/> (дата обращения: 01.04.2023).

людей (8%) то же могут сказать о людях с психическими отклонениями в рекламе товаров и услуг<sup>7</sup>. Важным индикатором отсутствия интереса к продвижению товаров и услуг этой особой категории потребителей является тот факт, что исследованная представленность людей с ОВЗ в отделах маркетинга крайне низкая: половина опрошенных маркетологов заявили, что они не работают с людьми с ОВЗ.

Другое исследование, проведенное благотворительной организацией «Score», утверждает, что компании недополучают 420 млн фунтов стерлингов каждую неделю, не предлагая инвалидам соответствующих услуг<sup>8</sup>. Директор по внешним связям «Score» Л. Куинлан-Рахман утверждает, что люди с ОВЗ редко видят отражение своей жизни в массовой рекламе. Следовательно, по ее мнению, многие бренды не могут выйти на мощный и прибыльный рынок.

Большинство маркетологов согласны с тем, что их бренды и маркетинговые инициативы в большей степени отражают общество, что, в свою очередь, может оказать положительное влияние на продажи. Более половины (54%) согласны с тем, что если бы их бренд решал проблемы разнообразия, это повысило бы вероятность того, что потенциальный клиент купит их продукты и услуги, по сравнению с 30%, которые говорят, что это никак не повлияет на их решение о покупке<sup>9</sup>. Что касается конечных потребителей, то большинство утверждают, что улучшение разнообразия не повлияет на их решения о покупке товаров и услуг, но при этом признают, что отсутствие образов инвалидов в маркетинговых кампаниях свидетельствует о недостаточном внимании к данной категории граждан.

Недавнее исследование, результаты которого опубликованы в журнале «Forbes», показало, что только 0,06% рекламных объявлений в Великобритании показывают людей с ОВЗ, в отличие от 20% в Великобритании. Американская ассоциация людей с ОВЗ и «Public Opinion Research Inc.» сообщают, что более 70% членов ассоциации предпочитают покупать у розничных продавцов, поддерживающих людей с ОВЗ, в то время как аналогичный опрос, проведенный Центром социального развития и образования Массачусетского университета в Бостоне, показал, что 92% участников с ОВЗ более благосклонно относятся к компаниям, в которых работают люди с ОВЗ, и 87% отдали бы свой бизнес этим компаниям<sup>10</sup>.

Проведенный в 2012 г. контент-анализ рекламных роликов американского телевидения в прайм-

тайм показал, что только 1,7% рекламных роликов включали персонажей с ОВЗ [1]. В более широком исследовании Фонда Форда о репрезентации инвалидности в американских СМИ аналогичная статистика была найдена из других источников: GLAAD отметил, что только 2,1% транслируемых в прайм-тайм телесериалов имели обычных персонажей с ОВЗ, а исследование Анненберга показало, что только 2,5% из 100 самых кассовых фильмов в 2006—2016 гг. изображены персонажи с ОВЗ<sup>11</sup>.

В большинстве случаев инвалидность отсутствует в рекламе, за исключением случаев, когда она ориентирована на продукты, которые лечат инвалидность. В рекламе редко изображаются люди с ОВЗ в повседневной жизни, такие как работа, воспитание детей, домашние дела или развлечения. В ходе специального анализа данных «Nielsen Ad Intel» были просмотрены почти 450 тыс. рекламных роликов в прайм-тайм на вещательном и кабельном телевидении Соединенных Штатов Америки в феврале 2021 г. Из этих объявлений только 1% включали представление тем, визуальных элементов или тем, связанных с инвалидностью<sup>12</sup>.

Такая нехватка представлений об инвалидности заставляет задуматься, почему реклама и медиа представляют людей с ОВЗ намного меньше, чем фактическая доля таких людей в повседневной жизни. Некоторые исследователи обнаружили, что производители средств массовой информации и рекламы исторически утверждали, что изображения инвалидности заставляют людей чувствовать себя некомфортно [2]. Однако некоторые исследователи опровергли эти предположения. В одном экспериментальном исследовании 33 человека одинаково отреагировали на рекламу с инвалидностью и без инвалидности, поэтому небольшое количество изображений людей с ОВЗ в рекламе может быть скорее вопросом институциональной воли со стороны рекламодателей и производителей СМИ, а также ограниченного числа людей с ОВЗ, работающих в рекламе и медиаиндустрии [3].

Как отмечает британский исследователь в области медиа Ш. Оргад, сегодня — эпоха новой медиа-видимости, когда представительство в СМИ равносильно признанию существования людей, которых представляют [4]. Учитывая, что в рекламе фигурирует так мало людей с ОВЗ, а реклама способна влиять на то, кого и что считают желательным, способы представления инвалидности в рекламе позволяют лучше понять мысли общества о людях с ОВЗ, их проблемы и интеграцию.

Существуют различные причины, по которым некоторые компании, возможно, исторически сопротивлялись представлению интересов лиц с ОВЗ.

<sup>7</sup> Bacon J. Marketing's diversity problem. URL: <https://www.marketingweek.com/an-utter-disgrace-marketings-diversity-problem/> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> Bacon J. How brands are taking a proactive approach to disability. URL: <https://www.marketingweek.com/how-brands-can-take-a-proactive-approach-to-disability/> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>10</sup> Bates D. 10 ways to engage the disability market and keep a competitive edge. URL: <https://austinstartups.com/10-ways-to-engage-the-disability-market-and-keep-a-competitive-edge-62a725634ecf> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>11</sup> Heumann J. E. Road map for inclusion: changing the face of disability in the media. Ford Foundation. 2019. URL: [https://www.fordfoundation.org/media/4276/judyheumann\\_report\\_2019\\_final.pdf](https://www.fordfoundation.org/media/4276/judyheumann_report_2019_final.pdf) (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>12</sup> Nielsen Ad Intel. Primetime Ads: research report. 2021. P. 11. URL: <https://www.nielsen.com/news-center/2022/nielsen-releases-2021-advertising-figures/> (дата обращения: 01.04.2023).

Многие изображения инвалидности в рекламе являются проблематичными, поскольку они воспроизводят стереотипные представления об инвалидах как об ограниченных в своих возможностях людях, больных, беспомощных или предполагают, что они ведут нездоровый образ жизни. Такой подход одновременно отвергает личную идентичность людей с ОВЗ, а также предполагает, что инвалидность — это в определенной степени их вина.

Около половины всех денег, которые интегрируют информацию об инвалидности в рекламные сообщения, могут быть соотнесены с фармацевтической рекламой, которая фокусируется на лечении. Это не учитывает многие другие аспекты повседневной жизни человека с ОВЗ, а также укрепляет идею о том, что люди с ОВЗ должны быть представлены в маркетинговом коммуникационном пространстве только с помощью медицинской модели.

Исследование «Nielsen Ad Intel» показало, что расходы на рекламу с учетом людей с ОВЗ и тематики, связанной с инвалидностью, в феврале 2021 г. составили почти 57 млн долл., но только 3% пришлось на рекламу с участием людей с ОВЗ или на рекламу с тематикой инвалидности в креативе. А фармацевтические препараты, медицинские процедуры, устройства и т. п. составили почти 50% от общего количества долларов, потраченных на рекламу с учетом инвалидности<sup>13</sup>. Хотя лечение и организация ухода являются важными аспектами жизни инвалидов, важно, чтобы жизнь с инвалидностью рассматривалась не только как предписание врача. Рекламодатели имеют широкие возможности продемонстрировать людей с ОВЗ в повседневной жизни.

Компании часто откладывают решение о включении инвалидов в свои маркетинговые мероприятия на неопределенный срок, будь то из-за страха негативного PR, потребительского промаха или нежелания выходить из привычных и традиционных рамок восприятия маркетинговой информации массовым потребителем. Хотя цифры еще невелики, некоторые компании в последние годы взяли на себя инициативу, создав сильные, позитивные маркетинговые и рекламные кампании, в которых участвуют сообщества инвалидов.

Интегрированные маркетинговые коммуникации и прежде всего реклама играет важную роль в

изображении людей с различными формами инвалидности в СМИ и коммуникации. Вовлечение людей с ОВЗ в творческий процесс с помощью рекламы может помочь обществу осознать, что инвалидность не ограничивается несколькими людьми и что это нормальная и существенная часть общества, в котором мы живем. Понятно, что реклама сама по себе не может достичь этой цели, но она может помочь.

### Заключение

Маркетологи, занимающиеся коммуникациями, могут опасаться, что, слишком часто используя инвалидность, они каким-то образом создадут непреднамеренную рекламную идентификацию своего бренда. Непреднамеренный брендинг может не только подорвать желаемый потребительский спрос, но и стереть различия между одной рекламной кампанией и другой. Однако хорошие примеры изображения людей с ОВЗ и продуманная рекламная кампания призваны повысить лояльность к бренду и одновременно сделать продукт более популярным у широкой аудитории.

Реальность такова, что и реклама, и любые другие формы маркетинговых инициатив отражают общество, и поэтому большинство рекламодателей в какой-то момент создают коммуникационные продукты, которые каким-то образом отражают их целевую аудиторию. И независимо от того, какова целевая группа, в ней будут люди с ОВЗ.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Farnall O. F., Lyons K. Are we there yet? A content analysis of ability integrated advertising on prime-time TV // *Disability Studies Quarterly*. 2012. Vol. 32, P. 1.
2. Ellcessor E., Kirkpatrick B. *Disability media studies*. N.Y.; 2017.
3. Ellis K., Goggin G. *Disability and the media*. L., 2015. P. 94—112.
4. Orgad S. *Media representation and the global imagination*. L.; 2012. P. 4—10.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Farnall O. F., Lyons K. Are we there yet? A content analysis of ability integrated advertising on prime-time TV. *Disability Studies Quarterly*. 2012;32:1.
2. Ellcessor E., Kirkpatrick B. *Disability media studies*. N.Y.; 2017.
3. Ellis K., Goggin G. *Disability and the media*. London, 2015:94—112.
4. Orgad S. *Media representation and the global imagination*. London; 2012:4—10.

<sup>13</sup> Nielsen Ad Intel. Primetime Ads: research report. 2021. P. 49—50. URL: <https://www.nielsen.com/news-center/2022/nielsen-releases-2021-advertising-figures/> (дата обращения: 01.04.2023).

Пенской В. В., Борисов С. Н., Липич Т. И., Липич В. В., Борисова О. С.

**POLIZEISTAAT И ПОЛИЦИЯ ПРОТИВ МОРОВЫХ ПОВЕТРИЙ: РОССИЙСКИЕ ВЛАСТЬ И ЗАКОН В БОРЬБЕ С УГРОЗОЙ ЭПИДЕМИЙ В 1-Й ТРЕТИ XVIII ВЕКА**

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России, 308015

Начало XVIII в. в истории Российского государства и общества ознаменовалось началом широкомасштабных преобразований Петра I. В результате этих реформ патриархальное Московское царство превратилось в «регулярную» Российскую империю, политическое, юридическое и административное устройство которой существенно отличались от прежних. Не случайно Петра I нередко именуют «революционером на троне». В своих действиях Петр I руководствовался идеей «общего блага» и идеями «регулярного» государства и *Polizeistaat*. Он почерпнул их в Западной Европе, в странах протестантского круга: Пруссии, Дании, Швеции. Одна из ведущих идей доктрины *Polizeistaat* заключалась в проведении государством активной политики по формированию общества всеобщего благоденствия, которое предполагалось достичь за счет активного вмешательства власти в повседневную жизнь подданных, ее регламентацию и регулирование посредством разного рода регламентов, инструкций и наставлений. Регулярная, правильно устроенная полиция выступала одним из важнейших инструментов такого вмешательства, имевшего своей конечной целью создание условий для роста благосостояния подданных и их числа. Этот рост численности подвластного населения достигался и за счет создания системы мер по предотвращению эпидемий и их последствий. В данной статье авторы, опираясь на материалы петровского законодательства, реконструируют ход постепенного формирования в петровской России санитарного законодательства.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** Раннее Новое время; *Polizeistaat*; Россия; Петр I; реформы; эпидемии; санитарно-эпидемиологическое законодательство

**Для цитирования:** Пенской В. В., Борисов С. Н., Липич Т. И., Липич В. В., Борисова О. С. *Polizeistaat* и полиция против моровых поветрий: российские власть и закон в борьбе с угрозой эпидемий в 1-й трети XVIII века. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):756–764. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-756-764>

**Для корреспонденции:** Пенской Виталий Викторович; e-mail: [penskoy@bsu.edu.ru](mailto:penskoy@bsu.edu.ru)

Penskoy V. V., Borisov S. N., Lipich T. I., Lipich V. V., Borisova O. S.

**POLIZEISTAAT AND POLICE AGAINST PESTILENCE: RUSSIAN AUTHORITIES AND LAW IN THE FIGHT AGAINST THE THREAT OF EPIDEMICS IN THE 1<sup>ST</sup> THIRD OF THE 18<sup>TH</sup> CENTURY**

Belgorod State National Research University, 308015, Belgorod, Russia

The beginning of the 18<sup>th</sup> century in the history of the Russian state and society was marked by the beginning of large-scale transformations initiated by Peter I. As a result of these reforms, the patriarchal Moscow kingdom turned into a “regular” Russian empire, the political, legal and administrative structure of which differed significantly from what it was before. It is no coincidence that Peter is often referred to as a «revolutionary on the throne.» In his actions, Peter was guided by the idea of the “common good” and the ideas of the “regular” state and *Polizeistaat*. He drew them in Western Europe, in the countries of the Protestant circle — Prussia, Denmark, Sweden. One of the leading ideas of the *Polizeistaat* doctrine was the state’s active policy to form a welfare society, which was supposed to be achieved through the active intervention of the authorities in the daily life of citizens, its regulation and regulation through various regulations, instructions and instructions. A regular, properly organized police force was one of the most important instruments of such intervention, which had as its ultimate goal the creation of conditions for the growth of the well-being of subjects and their number. This growth in the number of subject population was also achieved through the creation of a system of measures to prevent epidemics and their consequences. In this article, the authors, relying on the materials of the Petrine legislation, reconstruct the course of the gradual formation of sanitary legislation in Petrine Russia

**К е у о р д с :** Early New Age; *Polizeistaat*; Russia; Peter I; reforms; epidemics; sanitary and epidemiological legislation

**For citation:** Penskoj V. V., Borisov S. N., Lipich T. I., Lipich V. V., Borisova O. S. *Polizeistaat* and police against pestilence: Russian authorities and law in the fight against the threat of epidemics in the 1<sup>st</sup> third of the 18<sup>th</sup> century. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):756–764 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-756-764>

**For correspondence:** Vitaly V. Penskoj; e-mail: [penskoy@bsu.edu.ru](mailto:penskoy@bsu.edu.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Победа под Полтавой стала поворотным моментом Великой Северной войны, «трехвременной школы» для рождающейся в ее пламени Российской империи. Поражение Карла XII имело своим следствием не только разгром его главной армии, но и катастрофическое падение военной мощи Шведского королевства и его способности удерживать в сво-

их руках «заморские» владения Стокгольма на берегах южной и восточной Балтики. Развивая свой успех, русская армия под командованием фельдмаршала Б. П. Шереметева осенью 1709 г. осадила Ригу — стратегически, экономически и политически важный город в Лифляндии.

Однако осада эта началась в недобрый час — шведская Ливония к тому времени была поражена

## История и социология здравоохранения и медицины

чумой, первые случаи которой были замечены в Польше еще в 1702 г., но главная ее волна поднялась 7 годами позже и поразила Польшу, Пруссию, Великое княжество Литовское и добралась до шведских владений в восточной Прибалтике летом—осенью 1709 г., откуда перебралась в Швецию и Финляндию, ударила по Дании и северной Германии, а затем перешла во владения Габсбургов. Смертельный эффект от чумы был усилен крайне холодной зимой 1708/1709 гг., эпидемиями тифа и оспы, последствиями военных действий и голодом. Эта «Великая чума» была, судя по всему, частью чумной пандемии, затронувшей немалую часть Евразии — от Средней Азии до Средиземноморья и Европы, Центральной и Северной. Источником, откуда моровое поветрие перекинулось в Европу, был, по всей видимости, Стамбул и османские владения в юго-восточной Европе — на протяжении всего последующего XVIII (и не только его) века турецкие владения были тем «резервуаром», откуда чума раз за разом совершала свои опустошительные набеги на соседние земли. Последствия этих инвазий были весьма значительны, однако не достигали такого катастрофического размаха, как в середине XIV в., во время знаменитой «Черной смерти». И связано это было не столько с успехами медицины — она так и не научилась к тому времени успешно бороться с болезнью, — нет, здесь, скорее, стоит вести речь об успешных (относительно, конечно) мерах, которые предпринимались раннеמודерными государствами Европы в борьбе с этой смертельной болезнью.

### Методология

Мы не случайно сделали оговорку относительно той роли, которую сыграли раннеמודерные государства в противостоянии Великой чуме 1708—1713 гг. Жесткие карантинные меры, привлечение к борьбе с эпидемией армии и полиции, выделение значительных средств для найма дополнительного медицинского персонала, строительства госпиталей и карантинных заведений и пр. — эти мероприятия, проводимые в жизнь с невиданной до этого энергией, решимостью и последовательностью, позволили снизить разрушительный эффект поветрия. И эти энергичность и решимость были обусловлены теми изменениями, которые произошли в политическом, административном и правовом устройстве европейских монархий на протяжении раннего Нового времени.

Их развитие происходило с середины XV в., когда, по мнению французского историка Ф. Броделя, начался «долгий XVI век», до начала Великой чумы, ознаменовавшийся значимыми переменами. Рыхлое, неконсолидированное, раздираемое внутренними противоречиями и партикуляризмом средневековое государство к середине XVII в. окончательно было заменено на значительно более крепкие и устойчивые, хотя и основанные по большей части на компромиссе между верховной властью, локальными элитами и влиятельными «корпорациями» (цеха, гильдии, религиозные структуры и

пр.) «лоскутные» (или «составные», «composite») государства. А дальше, не в последнюю очередь под влиянием непрерывных войн и конфликтов, сотрясавших Европу на протяжении всего XVII в., «лоскутные» европейские государства постепенно трансформировались в военно-фискальные «регулярные» абсолютистские монархии — Ancien Régime. Их североευропейский протестантский вариант нередко именуют «полицейскими» (Polizeistaat), и на это есть веские основания.

Американский историк М. Рафф, характеризуя Polizeistaat, отмечал, что его возникновение было связано с процессами Реформации и последовавшей за ней конфессионализации. Реформация, «устранив церковь как основного соперника в борьбе за власть, позволила светскому правителю превратиться в единственный источник всей регулирующей власти на территории его владений» [1, С. 50]. Однако, удалив церковь из политической жизни (или, на худой случай, сведя ее политическое влияние к минимуму) и подчинив ее своей власти, раннеמודерные монархии поневоле оказались перед проблемой, за которую ранее отвечала церковь, — если последняя теперь не могла больше всецело нести ответственность за управление религиозной и духовной жизнью общества и моральный контроль за ним, то теперь именно «светский правитель должен был действовать таким образом, чтобы моральная цель, поставленная перед обществом христианством, сохранялась и получала дальнейшее развитие» [1]. При этом эта моральная цель (спасение душ подданных) являлась составной частью общего политического курса раннеמודерных государств, которым приходилось действовать в обстановке жесткой политической конкуренции с соседями.

Как результат, продолжал М. Рафф, «Каждое государство, большое или маленькое, старалось как можно больше полагаться на свои собственные ресурсы — с тем, чтобы обеспечить свою военную и политическую систему и свой двор необходимыми средствами с целью максимального усиления своей собственной власти и устранения или ограничения соответствующих возможностей своих соседей. Результатом всего этого стала совокупность политических мер, известных под названием камералистики и меркантилизма — мер, направленных на аккумуляцию денежных ресурсов с целью достижения самообеспеченности посредством государственных субсидий, контроля и протекционистских мер» [1, С. 52].

Завершая свои построения, историк указывал на то, что «теоретическое обоснование данной концепции деятельности правительства представляет собой интересный гибрид духовного и материального (или светского) — гибрид, вполне подходящий протестантизму (от себя заметим, что с течением времени, по мере нарастания секуляризационных тенденций в политической и социальной жизни, вторая составляющая постепенно начинает доминировать над первой, и чем дальше, тем в большей степени — Авт.). Отправной точкой здесь является понятие

долга правителя в отношении обеспечения и защиты духовной жизни его подданных, обеспечения для них жизни, подобающей истинным христианам, и подготовки их душ к спасению» [1, С. 52—53]. Наконец, адепты доктрины *Polizeistaat* полагали, что «сильное независимое правительство и могущественный правитель являются необходимыми предпосылками для духовного и материального благосостояния подданных; подразумевалось, что счастье последних равнозначно максимальному использованию творческого потенциала государства богоугодным образом» [1, С. 53].

Подобного рода рассуждения и практики не могли не привести к закономерному результату, который М. Раефф охарактеризовал в следующих выражениях: «В результате изменились традиционные полномочия правительства (т. е. органа управления): *на смену пассивной обязанности поддержания законности пришла активная, динамичная задача развития производительной энергии общества и создания для этого надлежащей институциональной основы* (здесь и далее выделено нами — Авт.)» [1, С. 54]. Нетрудно заметить, что в выделенной фразе в краткой форме выражено политическое и административное кредо Петра I. Принять подобного рода доктрину ему было довольно просто, ибо в самой природе раннемодерной русской государственности эти идеи, пусть и не в такой четкой форме, были заложены как минимум со времен Ивана III. Мотив ответственности государя за духовное здоровье своих подданных и сбережение и размножение врученного ему как доброму пастырю от Господа «стада Христова» звучит в произведениях русских книжников, по преимуществу клириков, с завидным постоянством — достаточно вспомнить адресованное Ивану III «Послание на Угру» архиепископа ростовского Вассиана или не менее знаменитое послание псковского инок Филофея Василию III. Забота о подданных была одним из условий лояльности подданных московскому государю, отмечала американский историк Н. Ш. Коллманн [2, С. 522], и при институциональной слабости государства, его неспособности всецело контролировать общество и навязывать ему свою волю [3] этот фактор приобретал особую значимость. Государь, который пренебрегал своими подданными, не заботился о них и не прислушивался к их чаяниям и мольбам, терял в глазах «земли» свою легитимность, а вместе с ней — и саму власть (не исключено, что и вместе с головой — Смута дает нам примеры такого исхода). В XVII в., в особенности во 2-й его половине, в России происходили процессы, схожие с теми, что имели место столетием ранее в северной Германии. И хотя церковная реформа, затеянная при поддержке царя Алексея Михайловича патриархом Никоном из самых лучших побуждений, привела совсем не к тем результатам, на которые рассчитывали ее зачинатели, тем не менее Раскол как следствие реформы существенно ослабил позиции церкви и в отношениях с верховной властью, и в обществе. Теперь монарх еще больше, чем когда либо, нес ответственность перед Богом за

своих подданных — раз патриарх теперь уже не имел того влияния и власти, которой он пользовался еще при первом царе династии Романовых.

С конца XV в. в России складывалась характерная система отношений между государем и подданными, которая определила на века лицо русской государственности. Отечественный историк Ю. Г. Алексеев, описывая ее особенности, отмечал, что образовавшееся во 2-й половине XV в. Русское государство «можно назвать *земско-служилым* — русским вариантом централизованной монархии позднего средневековья». Фундаментом этого земско-служилого государства «явились *служилые отношения и общинные институты, пронизывающие весь строй жизни России*». И далее, завершая свою мысль, Ю. Г. Алексеев отмечал, что «обязанность государственной службы, т. е. службы Отечеству, воплощаемому в лице государя всея Руси, вытекала из всего бытия Русского государства и определялась, с одной стороны, объективной необходимостью иметь сильное, дееспособное государство, способное отстоять независимость и целостность России, с другой же стороны — *патернализмом как основной формой отношений между главой государства и его подданными*» [4, С. 431—433].

Мы не случайно выделили в последней фразе именно это место, в котором говорится о патернализме как основе отношений между государем и подданными. Такого рода отношения, характерные для традиционалистских аграрных обществ «Первой волны», предполагали особую ответственность со стороны государя за жизнь подданных, которые выступали в роли младших членов большой патриархальной семьи. Для Петра I такое отношение было в особенности характерным — будущий император, судя по всему, был убежден в том, что его призвал Господь для того, что чтобы пролить свет знания на темных, косных и ленивых русских людей, толкать их к новой жизни, даже используя насилие. Царь так и писал в одном из своих указов, что русский народ «яко дети, неучения ради, которые никогда за азбуку не примутся, когда от мастера приневолены бывают, которым сперва досадно кажется, но когда выучатся, потом благодарят...» [5, С. 150]. Петр I искренне полагал, что Господь возложил на него труднейшую обязанность вывести Российское государство на дорогу европейской цивилизации и что он должен личным примером показать своим подданным, как нужно трудиться и действовать, чтобы догнать европейцев и быть не хуже их. Однако царь был один, и он не мог быть одновременно во многих местах, и потому, чтобы личный пример монарха не остался втуне, Петр I решил задействовать всю мощь государственного аппарата принуждения и контроля за подданными. Принимая же во внимание, что связи России именно с протестантскими странами были не в пример основательнее и прочнее, нежели с католическими, и то, что между концепциями отношений между властью и подданными в России и в странах протестантского мира можно найти немало параллелей, стоит ли удив-

ляться тому, что доктрина *Polizeistaat* пришлась по сердцу первому русскому императору?

### Обсуждение и результаты

Из сказанного выше нетрудно сделать вывод о том, что изучение проблем, связанных с формированием и развитием доктрины *Polizeistaat* в Европе и в России эпохи раннего Нового времени, может и должно пролить яркий свет на особенности эволюции раннемодерной государственности. Между тем именно эта отрасль историко-юридической науки и тем более применительно к развитию системы мер, в том числе законодательных, по борьбе с всевозможными эпидемиями — бичом тогдашнего общества, не получили должного развития. Связано это было в первую очередь с тем, что, как отмечал российский социолог О. В. Кильдюшов, «понятию «полицейское государство» очень не повезло с должной социально-теоретической рефлексией в XX в.: его специальная концептуальная разработка была как бы избыточна уже из-за того, что оно определялось *ex negativo*, т. е. как отсутствие «правового государства», выступая его политическим антиподом». В результате, продолжал он, «в массовом — как общественном, так и академическом — сознании проблема определения обычно решается посредством простой оппозиции «полицейское государство» vs. «правовое государство». Более того, неразработанность проблемы привела, по справедливому замечанию исследователя, к тому, что «в представлениях многих нынешних политиков, публицистов и социальных теоретиков «полицейское государство» есть не что иное, как синоним современной диктатуры «тоталитарного» типа» [6, 9]. В итоге, по его справедливому замечанию, о пресловутом «правовом государстве» существует море литературы, но о государстве полицейском, его предназначении и функциях (весьма многообразных, надо сказать, и это будет показано далее — *Авт.*), к сожалению, — нет [6, 12]. И если не исследованы и неразработаны толком концептуальные вопросы, связанные с происхождением и развитием *Polizeistaat*, равно как в зарубежной, так и тем более в отечественной литературе, то что тогда говорить о частных вопросах — таких, как интересующий нас вопрос о той роли, которую сыграло *Polizeistaat* в борьбе с эпидемиями в раннее Новое время? Отдельные публикации, в которых дается анализ основ государственно-правового регулирования здравоохранения в России в начале XVIII в., есть, но они, как правило, касаются общих вопросов регламентации работы сферы оказания медицинской помощи и услуг населению [7], но не затрагивают проблем, связанных с организацией противодействия эпидемическим и иным заболеваниям, вообще или касаются их мимоходом. Попробуем пролить некоторый свет на эту проблему, используя документы того времени и некоторые исследования, в которых затрагиваются вопросы, связанные с деятельностью *Polizeistaat* и полицией как его непременным атрибутом и инструментом.

Наш анализ мы начнем с работы французского философа М. Фуко «Безопасность, территория, население». В этом и ряде других исследований М. Фуко обратил внимание на ту роль, которую сыграли *Polizeistaat* и полиция в формировании современного государства и общества. «Именно его работы, посвященные техникам контроля над жизнью (биополитике), серьезно повлияли на воззрения многих современных исследователей на полицию и современное управление в эпоху модерна в целом», — отмечал российский социолог О. В. Кильдюшов [6, С. 12].

Касаясь доктрины *Polizeistaat* и тех задач, которые должна решать в нем полиция как один из его важнейших инструментов, М. Фуко отмечал, что первая задача полиции — всемерное содействие приросту населения государства. «Сила государства зависит от числа его жителей: этот тезис, очевидно, формулируется уже в Средние века и повторяется в XVI столетии, — писал М. Фуко, — но в XVII в. он начинает принимать точное значение в той мере, в какой сразу же ставится проблема знания о том, сколько людей действительно необходимо и какое соотношение должно быть между количеством людей и протяженностью территории, богатствами, чтобы сила государства могла возрастать наилучшим и наиболее верным способом». И далее М. Фуко цитирует слова аббата Флери, обращенные к будущему королю Людовика XV, воспитателем которого он был: «Нельзя осуществлять правосудие, вести войну, поддерживать финансы и т. д., если нет излишка живых, здоровых и миролюбивых людей. Чем больше их, тем легче остальное, тем могущественнее государство и принц» [8, С. 419]. Вторая задача полиции, согласно доктрине *Polizeistaat*, состояла в том, чтобы гарантировать подданным необходимые для их нормальной жизни условия. И снова М. Фуко цитирует аббата Флери: «Государь — это отец: он кормит своих детей, изыскивает средства предоставить народу пищу, одежду, жилье, тепло» [8, С. 420]. Согласитесь, что в словах наставника будущего французского монарха легко найти параллели с теми идеями, которые циркулировали в русском обществе раннего Нового времени. Достаточно привести строки из сочинения первого русского камералиста Ивана Посошкова: «Царю паче помещиков надлежит крестьянство беретчи, понеже помещики владеют ими временно, а царю они всегда вековые и крестьянское богатство — богатство царственное, а нищета крестьянская — оскуднение царственное. И того ради царю яко великородных и военных, тако и купечество и крестьянство блюсти, дабы никто во убожество не вхходил, но вси бы по своей мерности изобилны были» [9, С. 182—183].

Но есть еще и третья задача полиции в «правильно устроенном» государстве («well-ordered» — такой термин бытовал, к примеру, в английском политическом «дискурсе» раннего Нового времени), продолжал дальше Фуко, а именно забота о здоровье подданных. Эта забота, отмечал он, состояла не только в том, чтобы поддерживать жесткие каран-

тинные меры в случае эпидемии той же чумы. Нет, полиции вменялось в обязанность в *Polizeistaat* заботиться о *повседневном здоровье*. «Необходимо, следовательно, заботиться обо всем том, что может способствовать болезням вообще», — писал французский философ, — а именно, «главным образом в городах, воздух, насыщенный кислородом, проветривание, все это, разумеется, связано с теорией миазмов, и перед нами целая политика нового оснащения, нового городского пространства, которое будет подчиняться, обулаиваться в соответствии с принципами заботы о здоровье: расширение улиц, рассеивание элементов, которые могли порождать миазмы и отравлять атмосферу, мясных лавок, кладбищ, мест для бойни скота...» [8, С. 421].

Подводя общий итог своим рассуждениям о месте и роли полиции в европейском *well-ordered Polizeistaat*, М. Фуко подытоживал: «Полиция — это совокупность действий и средств, обеспечивающих эффективную полезность просто жизни, чуть лучшей жизни, сосуществования для накопления и увеличения сил государства» [8, С. 423]. И далее М. Фуко приводит определение главной цели полиции, принадлежащее немецкому камералисту XVIII в. И.Г.Г. фон Юсти: «Полиция — это совокупность законов и правил, которые касаются внутренней жизни государства, которые нацелены на укрепление и увеличение его могущества, на правильное использование его сил и наконец, на дарование счастья подданным» [8, С. 424]. Добавим к этому определение, которое дает современный отечественный исследователь феномена *Polizeistaat* А. Ф. Филиппов: «Полицейское государство как идея организации деятельности людей ради общего блага находится в сложной связи с прошлым и будущим. Так или иначе она сопрягается с *заботой о физическом и нравственном здоровье*, с противодействием разного рода порче и со своеобразным преломлением старого принципа справедливого и правильного порядка, при котором все находится на своем месте» [10, С. 340].

Петр I, убежденный этатист и сторонник камерализма, несомненно, подписался бы под приведенными выше словами И.Г.Г. фон Юсти, тем более что они вполне соответствовали тому образу идеального государства, которое он пытался построить. В этом его идеальном *well-ordered* государстве, как писал русский историк М. М. Богословский, «подданный не только был обязан нести установленную указами службу государству, он должен был жить не иначе, как в жилище, построенном по указанному чертежу, носить указное платье и обувь, предаваться указным увеселениям, указным порядком и в указных местах лечиться, в указных гробах хорониться и указным образом лежать на кладбище, предварительно очистив душу покаянием в указные сроки...» [11, С. 12—13]. Эта мелочная зарегулированность — характернейшая черта *Polizeistaat*. Как отмечал отечественный исследователь Н. С. Нижник, «тотальная регламентация общественной жизни — атрибут полицейского государства» [12,

С. 125]. И правильно устроенной полиции как важнейшему инструменту в руках власти, которая должна была принести счастье его подданным и способствовать их приумножению, отводилась в его планах отнюдь не последнее место.

К созданию отечественного аналога *Polizeistaat* и полиции как его непеременимого атрибута Петр I приступил довольно поздно, после своего возвращения из второго вояжа в Европу в 1716—1717 гг. К этому времени исход Северной войны уже не вызывал сомнений, не нужно было в пожарном порядке латать возникающие то здесь, то там дыры в государственном корабле, был накоплен определенный опыт преобразований и в самой России, и состояния дел с государственным управлением за ее пределами, прежде всего в северогерманских государствах, Дании и Швеции. Теперь весь этот опыт и эти знания необходимо было обобщить, систематизировать и, приведя к некоему единому знаменателю, выстроить модель русского «регулярного» государства.

Пожалуй, первое развернутое определение тех обязанностей, которые возлагались на полицию Петром I, содержалось в обнародованных 25.05.1718 «Пунктах, данных С.-Петербургскому Генерал-Полицейстеру». Учреждая «для лучших порядков» в новой столице должность генерал-полицейстера, Петр I озаботился составлением для него соответствующей инструкции, нормами которой он должен был руководствоваться в своей деятельности. Столичному полицмейстеру, помимо всего прочего, вменялось в обязанность смотреть за тем, чтобы в городе все улицы и переулки содержались в чистоте, были сухи и свободны для проезда, равно как и берега Невы и ее протоков были укреплены и расчищены для того, чтобы вода имела по ним свободный ход. Само собой, полицмейстер должен был следить за тем, чтобы все городские строения «были регулярно построены, по Его Царского Величества Регламенту» и чтобы «улицы и переулки были равны и изрядны».

Ведению полицмейстера, по требованию Петра I, подлежали и вопросы, связанные с торговлей провиантом, — полицмейстер должен был следить за тем, чтобы в Петербурге «отнюдь нездорового какого съестного харчу не продавали, а паче вредительного чего, но все б держали здоровое». Само собой, полицмейстер и его подчиненные должны были принуждать городских обывателей поддерживать чистоту улиц, переулков, рынков и торговых рядов в них, а также мостов. Обыватели под страхом «жесточких штрафов» обязаны были регулярно убирать мусор «пред своим двором», свозя его в указанные места и ни в коем случае не сваливать мусор и всякие отходы в реку равно зимой и летом (понятно почему — и чтобы не засорять реку, и во избежание болезней ибо в отсутствие водопровода воду брали в Неве) [13, С. 570]. Нетрудно заметить, что тщательное соблюдение этих указаний должно было в немалой степени способствовать поддержанию чистоты и порядка в городе и тем самым препятство-



История и социология здравоохранения и медицины

вать распространению заразных болезней, особенно если учесть, что генерал-полицейстеру вменялось следить за тем, чтобы по городу не шатались бродяги, нищие и прочие гулящие люди, которые по определению являлись потенциальными переносчиками инфекций.

Внимание, которое уделено было Петром I в этой инструкции вопросу поддержания должного уровня санитарно-эпидемиологической безопасности новой столицы Российского государства, отнюдь не случайно. Уровень развития тогдашней медицины не позволял надеяться на сколько-нибудь успешное противостояние эпидемиям в том случае, если она началась. Оставалось уповать только на превентивные меры, которые не позволили бы ей получить широкое распространение. С одной стороны, это был традиционный карантин (так, в марте 1711 г. для недопущения проникновения морового поветрия из Прибалтики и с Малороссии были учреждены карантинные заставы на южных и западных подступах к Москве [14, С. 649]), а с другой стороны, Петр I всерьез озаботился разработкой системы санитарно-гигиенических мер их соответствующего правового обоснования, применение которых позволило бы избежать возникновения эпидемий.

Наброски комплекса юридических норм в инструкции генерал-полицейстеру, которые должны были содействовать поддержанию должного уровня санитарно-эпидемиологической безопасности в столице, получили продолжение в сенатском указе от 18.06.1718 «О соблюдении порядка и чистоты по городу Санктпетербургу и о взимании штрафов за нечищение домовых труб и за продажу в рядах и в других местах порченных съестных припасов» [15], изъятии и отправке на работы гулящих людей, бродяг и нищих, в котором отдельно оговаривались карательные меры против тех домохозяев, возле домов которых «многое скаредство и мертвечина валяется» [16], дополненный двумя днями позже царским указом о поимке нищих [17]. 03.09.1718 этот указ был дополнен еще одним, который подробно расписывал порядок уборки мусора, мертвечины и прочего скаредства городскими обывателями [18]. Регулированию работы столичных рынков, на которых продавали провиант, и поддержанию на них порядка и чистоты был посвящен отдельный царский указ от 15.11.1718 [19].

Вслед за столицей полиция учреждалась и в Москве. Соответственно, Петр I беспокоился и о составлении надлежащей инструкции для московского обер-полицейстера (датированной 09.07.1722) — инструкции не в пример предыдущей более обстоятельной и подробной (48 пунктов, тогда как инструкция петербургскому полицмейстеру содержала только 13 пунктов). По мнению отечественного исследователя АН. Васильева, это было связано с тем, что Москва находилась на значительном удалении от новой столицы государства, и Петр I полагал, что он не может оперативно реагировать на возникающие у московского полицмейстера вопросы, тогда как сам царь требовал, чтобы во всех неясных случа-

ях решение принималось только им и никем больше [20, С. 12]). И снова, как и в Петербурге, московскому полицейскому начальнику предписывалось смотреть настрого за соблюдением чистоты и порядка в городе, «понеже многий помет и мертвечина валяется по улицам». «Того ради каждому жителю против своего двора, — говорилось дальше в инструкции, — также же в рядах и в рынках и в прочих местах велеть иметь чистоту, и сор чистить и возить на указанное место, чтоб никакого помета и мертвечины по улицам не валялось» [21, С. 731]. Само собой, полицмейстеру вменялось в обязанность следить за порядком и чистотой на рынках и в торговых рядах, в особенности там, где забивался скот и производилась продажа мяса мясных продуктов. Стоит отметить, что инструкцией предписывалось беспощадно наказывать торговцев залежалым и испорченным товаром, в особенности рецидивистов, и порядок и характер наказания был снова не пример более тщательно расписан, нежели в инструкции петербургскому полицмейстеру: «А ежели также залежалые мяса и рыбы у кого найдутся: и оные взять от них, бросать собакам, или велеть закопывать в землю во особливом месте где пристойно, а таковых, у кого для продажи явится какая мертвечина: и за то таковых вместо смерти бив кнутом и вырезав ноздри ссылатъ на каторгу на урочные лета» [21, С. 731—732].

Отдельным пунктом в инструкции прописывалось полицмейстеру «всяких чинов жителям объявить, ежели у кого в домах кто залежит болезнию горячкою: и о тех болезнях, и сколько у кого человек залежит, тех домов хозяевам объявлять в Полицейстерской Канцелярии без замедления», в противном же случае виновники распространения поветрия должны были быть жестоко наказаны [21, С. 734—735]. Стоит заметить, что этот пункт в полицейстерской инструкции появился впервые и стал важным новшеством в развитии санитарного законодательства в раннемодерной России. Положения инструкции московскому полицмейстеру были дополнены и развиты в обнародованной в декабре того же года инструкцией московской полицмейстерской конторе [22].

Вместе с тем полиция как «регулярное» учреждение на первых порах была заведена лишь в двух крупнейших городах Российского государства, и до создания ее в остальных городах должно было пройти еще немалое время (указ императрицы Анны Иоанновны, согласно которому полиция заводилась в 23 городах империи, был обнародован 23.04.1733 [23]), и действовать эта полиция должна была на основании инструкций, составленных на основе тех петровских регламентов, которые определяли порядок действий и сферу ответственности московской и петербургской полиций). В ее отсутствие с опасностью со стороны моровых поветрий всякого рода должны были бороться местные власти. Петр I стремился ввести все и вся в рамки, определенные законом (как писал он в указе от 17.04.1722 «О хранении прав гражданских», «сим

указом яко печатью все уставы и регламенты запечатываются, дабы никто не дерзал иным образом всякие дела вершить и располагать не против регламентов, и не точию решить, ниже в доклад вписывать», если же соответствующего регламента не существовало или закон представлялся темным и неясным, то надлежало подготовить соответствующий доклад царю и, отправив его к нему, ждать, «по тех мест, пока от нас оной опробован напечатан и к регламентам присовокуплен будет» [24, С. 656—657]), и не мог пускать дело на самотек.

Порядок действий администраторов на случай появления поветрия на вверенной их попечению территории долгое время Петром I не был подробно расписан, и первые губернаторы и воеводы должны были, судя по всему, руководствоваться здравым смыслом и традицией. Отдельные указы, издававшиеся по конкретным случаям, влияния не оказывали. На этом этапе Петра I больше волновали вопросы, связанные со сбором работных людей и с обеспечением армии и флота рекрутами, деньгами, провиантом и фуражом. Такое положение продолжалось долго — в январской 1719 г. инструкции воеводам речь снова шла о все тех же вопросах, а поветрия если и упоминались, то только в связи с тем уроном, который они наносили фискальному интересу государства [25]. Точно так же обстояло дело и в инструкции земским комиссарам [26]. Правда, в воеводском наказе была примечательная оговорка насчет того, что воеводы должны были смотреть за тем, чтобы «Земская Полиция Царского Величества правость и высокость ни в чем от подданных, ниже от посторонних не была нарушена», и «все в городах и в уездах в надлежащем порядке содержать» [25, С. 626, 627]. В данном случае «Земская Полиция» есть ничто иное, как общий порядок управления [27, С. 297], и, принимая во внимание петровскую страсть все регламентировать и подробно расписывать, стоило ожидать, что данное положение будет подробно расшифровано.

Выстраивание хранины *Polizeistaat* — дело непростое и долгое, так что ждать пояснений относительно того, как надлежит поступать в том случае, если вверенной их попечению территории угрожает мор, воеводам пришлось ждать почти 2 года. 14.12.1720 белгородскому воеводе была направлена инструкция, один из пунктов которой гласил, что ему в обязанность вменялось «накрепко проводить» о том, не появилось ли в соседних странах где-либо моровое поветрие, и при появлении соответствующих известий «в пристойных местах учинить заставы крепкие» и задерживать на тех карантинных заставах приезжих из подозрительных мест. Если же карантинные меры на въезде в провинцию не давали результата и поветрие проникало внутрь вверенной воеводе территории, то ему предписывалось «оное место немедленно запереть, и отовсюду с оным коммуникацию пресечь, и в пристойных местах, против вышписанного же утвердить крепки караулами как возможно», известив об этом администрации соседних провинций, губерний и, само

собой, столицу. С очагами мора поступать воеводе велено было следующим образом: «В которых домах та болезнь явится: и те дома, выведчи из них людей в особия пустыя места, велеть сжечь с лошадьми и скотом и со всякою рухлядью». «Для большего страха, — продолжал дальше Петр I, — чтоб за тем объявлением никто не смел в те заповетренные места и из тех мест прокрасться, по знатым дорогам, где приезд бывает, поставить виселицы», и на тех виселицах нарушителей карантина «всех вешать, не опускаясь» [28, С. 271—272].

Развивая положения, которые содержались в инструкции белгородскому воеводе, Петр в декабре 1720 г. направил администраторам пограничных городов инструкцию «О мерах и распоряжениях для недопущения из-за границы морового поветрия». Меры по предотвращению возникновения очагов морового поветрия, которые были прописаны в инструкции 14.12.1720, теперь распространялись на все приграничные территории [29]. До логического завершения (насколько это было возможно по тем временам) система мер по предотвращению распространения «прилипчивых» болезней была доведена уже после смерти Петра I, при его внуке Петре II. 12.09.1728 Верховным Тайным Советом был «апробован» «Наказ Губернаторам и Воеводам и их Товарищам», 38-й пункт которого был посвящен моровым поветриям, которые могли объявиться на вверенной попечению губернаторов и воевод территории, и мерам противостояния им. Администраторам предписывалось, буде такая болезнь объявится в пределах их губернии или провинции, о том немедленно известить Сенат или находившуюся в Москве Сенатскую кантору. Тем временем сами губернаторы и воеводы через докторов или лекарей должны определить, с чем именно приходится иметь дело, и после этого ввести жесткий карантинный режим [30, С. 107—109], основы которого были прописаны ранее, в петровских инструкциях 1720 г., с соответствующим дополнением и расширением.

Карантинные меры, подробнейшим образом расписанные в «Наказе», вводились тогда, когда инфекция уже появилась. Однако верховники, как и Петр I, полагали, что лучше предупредить болезнь, нежели потом пытаться ее остановить. Поэтому существенное место в инструкции занимало регламентирование мер по организации надлежащего санитарно-эпидемиологического контроля в губерниях и провинциях. Эти меры включали в себя регулярную уборку мусора и прочих отходов («навозу и всякого сору, помету и мертвечины») в местах проживания людей и торговли, контроля за продажей съестных припасов («дабы отнюдь никакого нездорового и вонючаго харчу, мяс и рыбы не продавали»), запрет на сброс мусора в реки и пр. [30, С. 110]. В целом «Наказ», «апробованный» верховниками, был существенно подробнее, нежели предыдущие инструкции губернаторам и воеводам, выступив своего рода венцом развития российского санитарного законодательства эпохи реформ начала XVIII в.

## Выводы

На протяжении своего долгого правления (1682—1725 гг., реально с 1696 г.) Петр I приложил огромные усилия для преобразования патриархального Московского царства в раннемодерную Российскую империю. Его преобразования затронули все основные сферы деятельности государства и изменили лицо Российского государства. В своих деяниях первый русский император руководствовался идеями «общего блага», которые он модернизировал с учетом позаимствованных в Европе, прежде всего в северной Германии и Швеции, идей камерализма и *Polizeistaat*. Эти идеи предполагали, что государство (персонифицированное в лице правящего монарха) посредством активного вмешательства в жизнь своих подданных через правовую регламентацию ее основных сторон создаст систему «регулярного» управления, которое действовало бы в интересах общего блага и благополучия каждого подданного.

Это вмешательство и регламентация предполагали, с одной стороны, формирование сети регламентов, инструкций и предписаний, которые формировали бы «коридор», внутри которого надлежало действовать как властным структурам, так и рядовым подданным, а с другой — совершенствование собственно инструментов воздействия со стороны государства на подданных. Особая роль в этом отводилась администраторам и полиции как инструменту, посредством которого коронная администрация достигала бы конечной цели своей деятельности.

Одной из задач этой деятельности являлось создание условий, которые обеспечивали бы рост как численности населения, так и его благосостояния. С этой целью верховная власть, руководствуясь идеей «общего блага», всерьез озаботилась борьбой с эпидемиями. Наряду с традиционными карантинными мерами, набор которых устоялся с давних пор, теперь большое внимание уделялось созданию системы регламентов и предписаний, которые позволили бы поддерживать в местах проживания людей, в особенности в городах, благоприятную санитарно-эпидемиологическую обстановку.

Петр I, выстраивая со 2-й половины 1710-х гг. «храмину» отечественного «регулярного» государства, в серии своих регламентов, инструкций и наказов попытался создать системы правовых норм, руководствуясь которыми власти на местах, губернаторы, воеводы и полицейские начальники могли эффективно, на законных основаниях, бороться с эпидемиями. Особое внимание Петр I уделил регулированию вопросов, связанных с поддержанием благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки в городах как местах крупного скопления людей и идеального места для стремительного распространения разного рода поветрий. По существу, можно говорить о том, что при Петре I были заложены основы санитарного законодательства.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Раефф М. Регулярное полицейское государство и понятие модернизма в Европе XVII—XVIII веков: попытка сравнительного подхода к проблеме // Американская русистика: веки историографии последних лет. Императорский период. Самара; 2000. С. 48—79.
2. Коллманн Н. Ш. Преступление и наказание в России раннего Нового времени. М.; 2016. 616 с.
3. Петров К. В. Имел ли Судебник 1497 г. значение закона в его современном понимании? (По поводу статьи С. Н. Кистерева «Великокняжеский Судебник 1497 г. и судебная практика первой половины XVI в.») // Очерки феодальной России. 2008. Вып. 12. С. 365—382.
4. Алексеев Ю. Г. Судебник Ивана III. Традиция и реформа. СПб.; 2001. 448 с.
5. О заведении в России фабрик // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VII. 1725—1727. № 4345. СПб.; 1830. С. 150—151.
6. Кильдюшов О. В. Полиция как наука и политика: о рождении современного порядка из философии и полицейской практики // Социологическое обозрение. 2013. Т. 12, № 3. С. 9—40.
7. Исхаков Э. Р., Аксенов С. Г. Государственно-правовое регулирование здравоохранения в период правления Петра I // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2012. № 4. С. 4—10.
8. Фуко М. Безопасность, территория, население. СПб.; 2011. 544 с.
9. Посошков И. Т. Книга о скудости и богатстве и другие сочинения. СПб.; 2004. 407 с.
10. Филиппов А. Ф. Полицейское государство и всеобщее благо: К истории одной идеологии. Статья первая // Отечественные записки. 2012. № 2. С. 328—340.
11. Богословский М. М. Областная реформа Петра Великого. провинции 1719—1727. М.; 1902. Т. XVI. 521 с.
12. Нижник Н. С. Полицейское государство — социюридический феномен: характеристика сущностных черт в отечественной полицейско-правовой теории // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Право. 2018. № 6. С. 123—130.
13. Пункты, данные С. Петербургскому Генерал-Полицмейстеру // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3203. СПб.; 1830. С. 569—571.
14. О бытии при заставах учрежденных для предосторожностей от морового поветрия отставным Дворянам, которым по здоровью и увечьям по наряду на службе быть невозможно // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. IV. 1700—1712. № 2340. СПб.; 1830. С. 649.
15. О соблюдении порядка и чистоты по городу Санктпетербургу и о взимании штрафов за нечищение домовых туб и за продажу в рядах и в других местах порченных съестных припасов // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3210. СПб.; 1830. С. 375—376.
16. О забирании под караул праздновающихся людей // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3212. СПб.; 1830. С. 377—378.
17. О поимке нищих и об отсылке их, по наказанию в прежние места // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3213. СПб.; 1830. С. 378—379.
18. О соблюдении Санктпетербургским жителям каждому против своего двора чистоты и о поправлении мостовой // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3226. СПб.; 1830. С. 586—587.
19. О назначении рынков в Санкт-Петербурге, о наблюдении чистоты торгующим съестными припасами и о ношении ими белых мундиров // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3236. СПб.; 1830. С. 592—593.
20. Васильев А. Н. Правовая традиция в регламентации деятельности московской полиции в первой четверти XVIII в. // Вестник Московского университета МВД России. 2014. № 5. С. 11—14.
21. Инструкция Московскому Обер-Полицмейстеру Грекову // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VI. 1720—1722. № 4047. СПб.; 1830. С. 726—736.

22. Инструкция, данная Московской Полицмейстерской Канцелярии // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VI. 1720—1722. № 4130. СПб.; 1830. С. 796—809.
  23. Об учреждении полиций в городах // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. IX. 1733—1736. № 6378. СПб.; 1830. С. 93.
  24. О хранении прав гражданских, о невершении дел против Регламентов, о невыписывании в доклад что уже напечатано и о имени сево указа во всех судебных местах на столе, под опасением штрафа // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VI. 1720—1722. № 3970. СПб.; 1830. С. 656—657.
  25. Инструкция или Наказ Воеводам // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3294. СПб.; 1830. С. 624—632.
  26. Инструкция или Наказ Земским Коммиссарам в Губерниях и Провинциях // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. V. 1713—1719. № 3295. СПб.; 1830. С. 632—638.
  27. Регламент или Устав Главного Магистрата // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VI. 1720—1722. № 3708. СПб.; 1830. С. 297.
  28. Инструкция, или наказ Белгородскому Воеводе // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VI. 1720—1722. № 3686. СПб.; 1830. С. 267—272.
  29. Инструкция пограничных городов Генерал-Губернаторам, Губернаторам, Вице-Губернаторам и Воеводам о мерах и распоряжениях для недопущения из за границы морового повертия // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VI. 1720—1722. № 3702. СПб.; 1830. С. 288—289.
  30. Наказ Губернаторам и Воеводам и их Товарищам // Полное собрание законов Российской империи. 1-е собрание. Т. VIII. 1728—1732. № 5333. СПб.; 1830. С. 94—112.
- Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023
- #### REFERENCES
1. Raeff M. The well-ordered police state and the development of modernity in seventeenth and eighteenth-century Europe: an attempt at a comparative approach to the problem. *American Russian Studies: Milestones of Historiography in Recent Years. Imperial period*. Samara; 2000: 48—79. (In Russ.)
  2. Kollmann N.Sh. Crime and punishment in early modern Russia. Moscow; 2016. 616 p. (In Russ.)
  3. Petrov K. V. Did the Sudebnik of 1497 have the meaning of law in its modern sense? (Regarding the article by S. N. Kisterev “The Grand-Ducal Sudebnik of 1497 and the judicial practice of the first half of the 16th century”). *Essays on feudal Russia*. 2008;(12):365—382. (In Russ.)
  4. Alekseev Yu. G. Sudebnik of Ivan III. tradition and reform. St. Petersburg; 2001. 448 p. (In Russ.)
  5. On the establishment of factories in Russia. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VII. 1725—1727. N 4345*. St. Petersburg; 1830:150—151. (In Russ.)
  6. Kildyushov O. V. Police as a Science and Politics: On the Birth of the Modern Order from Philosophy and Police Practice. *Sociological Review*. 2013;12(3):9—40. (In Russ.)
  7. Iskhakov E. R., Aksenov S. G. State-legal regulation of health care during the reign of Peter I. *Legal science and law enforcement practice*. 2012;(4):4—10. (In Russ.)
  8. Foucault M. Security, territory, population. St. Petersburg; 2011. 544 p. (In Russ.)
  9. Pososhkov I. T. The book of poverty and wealth and other writings. St. Petersburg; 2004. 407 p. (In Russ.)
  10. Filippov A. F. The Police State and the Common Good: Towards a History of an Ideology. Article one. *Otechestvennye zapiski*. 2012;(2):328—340. (In Russ.)
  11. Bogoslovsky M. M. Regional reform of Peter the Great. Provinces 1719—1727. Moscow; 1902;XVI. 521 p. (In Russ.)
  12. Nizhnik N. S. Police State as a Socio-Juridical Phenomenon: Characteristics of Essential Features in Domestic Police-Legal Theory. *Bulletin of the N. I. Lobachevsky Nizhny Novgorod University. Law*. 2018;(6):123—130. (In Russ.)
  13. Points given to the St. Petersburg General Police Chief. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3203*. St. Petersburg; 1830:569—571. (In Russ.)
  14. About being at the outposts established for precautions against pestilence for retired nobles who, due to health and injuries, cannot be in the service along the line. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. IV. 1700—1712. N 2340*. St. Petersburg; 1830:649. (In Russ.)
  15. On the observance of order and cleanliness in the city of St. Petersburg and on the collection of fines for not cleaning house tubes and for selling spoiled foodstuffs in rows and in other places. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3210*. St. Petersburg; 1830:375—376. (In Russ.)
  16. About taking vagabonds under guard. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3212*. St. Petersburg; 1830:377—378. (In Russ.)
  17. About the capture of beggars and about sending them away, to be punished in their former places. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3213*. St. Petersburg; 1830:378—379. (In Russ.)
  18. On the observance by St. Petersburg residents of cleanliness to each against his own yard and on the correction of the pavement. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3226*. St. Petersburg; 1830:586—587. (In Russ.)
  19. On the appointment of markets in St. Petersburg, on the observation of cleanliness by those selling food supplies and on their wearing white uniforms. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3236*. St. Petersburg; 1830:592—593. (In Russ.)
  20. Vasiliev A. N. Legal tradition in the regulation of the activities of the Moscow police in the first quarter of the 18<sup>th</sup> century. *Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia*. 2014;(5):11—14. (In Russ.)
  21. Instructions to the Moscow Police Chief Grekov. *Complete Collection of Laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VI. 1720—1722. N 4047*. St. Petersburg; 1830: 726—736. (In Russ.)
  22. Instruction given to the Moscow Police Chief Office. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VI. 1720—1722. N 4130*. St. Petersburg; 1830:796—809. (In Russ.)
  23. On the establishment of police in cities. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. IX. 1733—1736. N 6378*. St. Petersburg; 1830:93. (In Russ.)
  24. On the storage of civil rights, on the failure to execute cases against the Regulations, on the failure to write out what has already been printed in the report, and on the estate of the Sevo Decree in all judicial places on the table, under fear of a fine. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VI. 1720—1722. N 3970*. St. Petersburg; 1830:656—657. (In Russ.)
  25. Instruction or Order to Voivodes. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3294*. St. Petersburg; 1830:624—632. (In Russ.)
  26. Instruction or Order to the Zemsky Commissars in the Provinces and Provinces. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. V. 1713—1719. N 3295*. St. Petersburg; 1830:632—638. (In Russ.)
  27. Regulations or Charter of the Chief Magistrate. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VI. 1720—1722. N 3708*. St. Petersburg; 1830:297. (In Russ.)
  28. Instruction, or order to the Belgorod Voivode. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VI. 1720—1722. N 3686*. St. Petersburg; 1830:267—272. (In Russ.)
  29. Instruction of the border cities to the General-Governors, Governors, Vice-Governors and Governors on measures and orders to prevent pestilence. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VI. 1720—1722. N 3702*. St. Petersburg; 1830:288—289. (In Russ.)
  30. Order to the Governors and Governors and their Comrades. *Complete collection of laws of the Russian Empire. 1<sup>st</sup> collection. Vol. VIII. 1728—1732. N 5333*. St. Petersburg; 1830:94—112. (In Russ.)

**Поленова М. Е., Лазуренко Н. В., Подпоринова Н. Н., Королева К. Ю.**

**МАТРИМОНИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ  
В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ  
(ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)**

ФГАОВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Белгород, Россия

*В статье представлены результаты исследовательской работы, направленной на выявление особенностей матримониального поведения студенческой молодежи в аспекте изучения социального здоровья. Особое значение имеет исследование ценностных установок студентов на брак и семью в гендерном разрезе. Авторами проведено эмпирическое исследование на базе НИУ «БелГУ» (n = 267; пропорциональный отбор по признакам пола, возраста, курса, уровня и формы обучения). Анализ основных брачных установок данной группы (отношение к браку, готовность к браку, критерии выбора брачного партнера, мотивы вступления в брак, репродуктивные установки, сохранение репродуктивного здоровья) осуществлялся на основе первичных данных, полученных в ходе опроса студентов НИУ «БелГУ». Установлено, что большая часть студентов НИУ «БелГУ» имеют традиционное представление о браке, имеют желание вступить в брак и создать семью, для студентов предпочтительным является официальный брак, подразумевающий традиционные семейные ценности, что характеризует позитивные тенденции в формировании социального здоровья молодежи. При выборе брачного партнера большая часть молодых людей ориентируется на личностные характеристики человека и свои ценностные установки. Выявлено, что формирование социального здоровья студенческой молодежи, кроме прочих аспектов, обусловлено ориентацией на сложившиеся ценности в отношении брака и социокультурные нормы матримониального поведения.*

**Ключевые слова:** социальное здоровье; брак; брачный выбор; факторы брачного выбора; матримониальное поведение; репродуктивное поведение; социальное здоровье; студенческая молодежь

**Для цитирования:** Поленова М. Е., Лазуренко Н. В., Подпоринова Н. Н., Королева К. Ю. Матримониальное поведение студенческой молодежи в контексте изучения социального здоровья (гендерный аспект). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):765–773. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-765-773>

**Для корреспонденции:** Лазуренко Наталия Вячеславовна; e-mail: [lazurenko@bsu.edu.ru](mailto:lazurenko@bsu.edu.ru)

**Polenova M. E., Lazurenko N. V., Podporinova N. N., Koroleva K. Yu.**

**MATRIMONIAL BEHAVIOR OF STUDENT YOUTH IN THE CONTEXT OF SOCIAL HEALTH STUDYING  
(GENDER ASPECT)**

Belgorod State National Research University, 308015, Belgorod, Russia

*The article presents the results of a research work aimed at identifying the features of the matrimonial behavior of students in the aspect of social health studying. Of particular importance is the study of students' value attitudes towards marriage and family in a gender context. The authors conducted an empirical study on the basis of the National Research University «BelsU» (n = 267; proportional selection based on gender, age, course, level and form of education). The analysis of the main marital attitudes of this group (attitude towards marriage, readiness for marriage, criteria for choosing a marriage partner, motives for marriage, reproductive behavior, reproductive health) was carried out on the basis of primary data obtained during a survey of students of the Belgorod State National Research University. It was revealed that most of the students of NRU «BelsU» have a traditional idea of marriage, have a desire to marry and start a family, students prefer official marriage, which implies traditional family values, which characterizes positive trends in the formation of social health. When choosing a marriage partner, most young people are guided by the personal characteristics of a person and their value orientations. It was revealed that the formation of the students' social health, among other aspects, is due to the orientation towards the established values in relation to the value of marriage and the socio-cultural norms of matrimonial behavior.*

**Keywords:** social health, marriage, marriage choice, marriage choice factors, matrimonial behavior, student youth reproductive behavior

**For citation:** Polenova M. E., Lazurenko N. V., Podporinova N. N., Koroleva K. Yu. Matrimonial behavior of student youth in the context of social health studying (gender aspect). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):765–773 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-765-773>

**For correspondence:** Natalia V. Lazurenko; e-mail: [lazurenko@bsu.edu.ru](mailto:lazurenko@bsu.edu.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Актуальность изучения заявленной проблемы исследования обусловлена необходимостью анализа гендерных особенностей матримониального поведения студенческой молодежи, что позволит более

эффективно осуществлять поиск новых и оптимальных путей его коррекции в контексте формирования и сохранения социального здоровья.

В науке определены подходы к изучению социального здоровья, соотносимые с задачами актуального исследования [1]:

- девиантологический, когда здоровье человека определяется разнообразными аддикциями [2];
- через определение критериев удовлетворенности своим социальным благополучием [3];
- как комплексной характеристики, включающей социальную и биологическую составляющие [4];
- адаптационный, когда основным показателем является социальная адаптация как взаимосвязь личности с внешней средой и включение индивида в социальную жизнь [5, 6].

Авторы считают, что наиболее целесообразным является подход к определению социального здоровья с акцентом на специфическую (в силу возрастных и стратификационных особенностей) социально-демографическую группу — студенчество, затрагивающий ориентацию личности обучающегося на самоактуализацию, самореализацию, формирование социальных ценностей и установок, социальную адаптированность, адекватное отношение к социальным нормам, осознание своего социального предназначения [7—9]. Социальное здоровье студенческой молодежи включает систему ценностей, установок, мотивов поведения в социальной среде, в том числе систему брачных установок, определяющих матримонийное и репродуктивное поведение. Уровень сформированности и компоненты социального здоровья включают систему норм, ценностей, установок, уровни адаптации, активности, удовлетворенности жизнью и др. [10, 11].

Социальное здоровье молодежи определяется поведенческими особенностями личности [11], в том числе особенностями матримонийного поведения, которое, в свою очередь, детерминировано социально-экономическими и социокультурными условиями и факторами, а главное, — образом жизни молодежи [12]. Несмотря на достаточно весомую долю в населении и особую значимость в процессе воспроизводства, студенческая молодежь не является самостоятельным объектом демографической политики и не выделена отдельной категорией для демографического анализа.

Отдельные исследователи [14—18] отмечают трансформацию матримонийного поведения молодежи, которое в настоящий момент характеризуется увеличением возраста вступления в брак, распространением феномена сожительства, а иногда и заменой им официального брака [15]. Репродуктивные стратегии современной молодежи ориентированы на малодетную семью, считается приемлемой добровольная бездетность. Фиксируется возросшее влияние не столько экономических, сколько психологических факторов, в частности таких, как наличие постоянного партнера, на принятие решения о рождении детей, особенно второго и последующих [14]. В отношении стабильности брака продолжается изменение социальных норм, выражающееся в более лояльном отношении к разводу [19]. Исследователи отмечают, что менее всего изменения коснулись такого аспекта матримонийного поведения,

как мотивация к вступлению в брак: молодые люди в качестве основных мотивов указывают неэкономические (любовь, близость интересов, желание быть рядом с близким человеком) [18, 19].

Данные исследований указывают на наличие связи между качеством и продолжительностью жизни человека и его семейным статусом, наличием детей [13]. Актуальным в данном контексте становится изучение матримонийного поведения студенческой молодежи, поскольку данная социально-демографическая группа является наиболее активной в репродуктивной сфере, на этом этапе возрастного развития формируется система ценностных ориентаций, осуществляется выбор наиболее значимых моделей поведения, в том числе в сфере семейно-брачных отношений и родительства.

### Материал и методы

В контексте изучения социального здоровья студенческой молодежи коллективом кафедры социальной работы ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» проведено прикладное социологическое исследование, направленное на исследование факторов формирования матримонийного поведения обучающихся в гендерном разрезе. В исследовании приняли участие студенты нескольких структурных подразделений НИУ «БелГУ»: Института общественных наук и массовых коммуникаций (59,9%), Института экономики и управления (7,5%), Педагогического института (14,6%), Юридического института (7,5%), Института инженерных и цифровых технологий (10,5%) — студенты очной (61,1%) и заочной (37,8%) форм обучения. Респонденты представлены тремя уровнями обучения: бакалавриат (75,6%), магистратура (7,9%), специалитет (16,5%). Выборочная совокупность определялась посредством пропорциональной квотной выборки ( $n = 267$ ; пропорциональный отбор по полу, возрасту, курсу, уровню и форме обучения; среди респондентов — 24% юношей и 76% девушек); статистические (математические) методы обработки результатов исследования при помощи пакета прикладных программ («IBM SPSS Statistics Base v. 22.0»).

Вопросы анкеты были разделены на несколько блоков, отвечающих целям исследования. Анализ проводился в соответствии с основными параметрами, определяющими структуру и характер матримонийного поведения:

- социальная и индивидуальная значимость брака;
- наличие опыта добрачных или брачных отношений и отношение к сожительству;
- возраст вступления в брак;
- мотивация к вступлению в брак;
- условия и препятствия для вступления в брак;
- индивидуальная готовность к браку;
- критерии брачного выбора;
- репродуктивные практики.

Исследовались также социокультурные факторы, влияющие на матримонийное поведение студен-

## История и социология здравоохранения и медицины

тов: влияние родительской семьи, религиозная, расовая, национальная принадлежность и др.

Исследование основано на многомерном и междисциплинарном рассмотрении спектра проблем формирования матримониального поведения студенческой молодежи, выявлении детерминант брачных установок студенческой молодежи, в том числе отношение к браку, разводу, сожительству и критериям выбора брачного партнера, изученные авторами в контексте формирования социального здоровья молодежи.

### Результаты

Подавляющее большинство респондентов (75% мужчин, 79,3% женщин) считают брак важной составляющей жизни общества и положительно относятся к браку (96,9% мужчин, 96,6% женщин). Выразили желание вступить в брак 56,3% мужчин и 73,9% женщин. Не считают брак социальной ценностью 15,6% опрошенных молодых мужчин и 12,3% женщин, затруднились с ответом 9,4% мужчин и 8,4% женщин. Таким образом, результаты актуального исследования пока не подтверждают опасений некоторых ученых об утрате приоритетности этой сферы отношений в системе ценностей современной молодежи, обесценивании традиционных представлений о браке и семье и их роли в жизни каждого человека [22, С. 43].

Отношение к формальному закреплению партнерских отношений у опрошенных молодых людей демонстрирует доминирование целерациональной модели у сторонников официального гражданского супружества. Среди преимуществ зарегистрированного брака респонденты (21% мужчин, 17,2% женщин) выделяют получение официального статуса, который позволяет более эффективно решать различные социальные и экономические проблемы, например, жилищную (возможность принять участие в льготных программах ипотечного кредитования), также респонденты отмечали отсутствие проблем с оформлением документов при появлении детей, выезде за границу, получении пособий и других преференций (7,8% мужчин, 11,8% женщин). В качестве преимущества респонденты отмечали ответственность, которую накладывает на человека этот формальный статус (10,9% мужчин, 18,2% женщин), а также уверенность в партнере (4,7% мужчин, 8,4% женщин) и финансовую стабильность (4,7% мужчин, 8,9% женщин).

В то же время очевидны тенденции, характерные для периода трансформации брачно-семейных отношений: переход на новую модель брака, изменение брачного поведения, переход от «традиционного» типа к «современному», который сопровождается также ростом альтернативных форм матримониального поведения [16]. Не видят преимуществ зарегистрированного брака перед незарегистрированным 48,4% мужчин и 33,5% женщин. При этом в качестве преимуществ незарегистрированного брака эти респонденты указывают на возможность прекращения отношений без сопутствующих офици-

альному бракоразводному процессу юридических сложностей, сопряженных с дополнительными морально-психологическими издержками и временными задержками (20,3% мужчин, 23,6% женщин). Рассматривают гражданский брак как возможность лучше узнать друг друга до официального оформления отношений 14,1% мужчин и 14,8% женщин. Свобода в построении партнерских (сексуальных) отношений важна для 10,9% мужчин, 20,2% женщин, как и отсутствие обязательств — для 10,9% мужчин и 6,9% женщин.

Значительная часть опрошенных студентов (61% мужчин, 57,7% женщин) признают тот факт, что модель семьи и брака в современном обществе деформирована. По их мнению, для современных молодых людей сегодня предпочтительнее жить совместно, но не регистрировать брак (40,6% мужчин, 40,9% женщин) либо вообще не вступать в брак, но иметь постоянного сексуального партнера (34,4% мужчин, 27,6% женщин). Вариант вступления в брак и жизнь в семье в качестве предпочитаемой модели выбрали лишь 10,9% мужчин и 13,3% женщин.

Положительно относятся к сожительству 48,4% мужчин и 44,3% женщин, допускают его возможность 42,2% мужчин и 36,0% женщин, отрицательное отношение к сожительству высказали 9,4% мужчин и 15,7% женщин. При этом интересен тот факт, что реальный опыт сожительства имели на момент опроса только 28,1% мужчин и 35,1% женщин, из них в итоге зарегистрировали свой брак 1,6% и 9,9% соответственно.

Совместное проживание без официальной регистрации брака, по мнению наших респондентов, вызвано желанием лучше узнать своего партнера (60,9% мужчин, 74,6% женщин), психологической неготовностью молодых людей к вступлению в брак (51,6% мужчин, 51,7% женщин), отсутствием желания брать на себя ответственность за другого человека (26,6% мужчин, 18,9% женщин), отсутствием финансовых ресурсов для проведения свадьбы (23,4% мужчин, 21,4% женщин). Низкий уровень нравственного развития в качестве причины назвали 6,3% мужчин и 4,5% женщин.

Ответы респондентов на вопросы о наличии у них опыта добрачных или брачных отношений и отношения к сожительству подтверждают выявленную ранее тенденцию усиления терпимости к добрачным связям и эволюции отношений между полами в нашем обществе в сторону их большей демократизации и открытости [23, С. 211].

У 48,4% респондентов мужского пола и 54,2% респондентов женского пола есть постоянный партнер (девушка/юноша), 9% опрошенных (3,1% мужчин, 10,8% женщин) состоят в официальном браке, 39,3% респондентов свободны. При этом 14,2% респондентов (9,4% мужчин и 15,8% женщин), не состоящих в официальном браке, проживают совместно со своим партнером и ведут совместное хозяйство. Это подтверждает тот факт, что откладывание регистрации брака при наличии фактических



супружеских отношений между молодыми людьми все более приобретает характер социальной нормы.

Оптимальным возрастом для вступления в брак мужчины студенты НИУ «БелГУ» считают 26—30 лет (54% мужчин, 65,5% женщин) и 21—25 лет (29,7% мужчин, 28,1% женщин). Наиболее оптимальным возрастом для вступления женщины в брак респонденты считают 21—25 лет (45,3% мужчин, 59,1% женщин) и 26—30 лет (50% мужчин, 38,4% женщин).

Это подтверждает выводы некоторых исследователей о том, что в настоящее время не только юноши, но и девушки в первую очередь ориентированы на самореализацию, а создание семьи становится одним из направлений развития только по достижении определенной социальной зрелости и материальной независимости [23].

В социологии и психологии выделяют три вида мотивации матримониального поведения [18, 19, 24].

1) мотивация на сам факт брака: обоюдное желание вступить в брак, наличие статуса «муж/жена»;

2) мотивация на определенный тип брака: ориентация на определенный тип партнера, соответствующего личному представлению об идеальном брачном партнере и союзе (профессия, социальный статус, ценности, интересы и т. д.);

3) мотивация на определенного человека: сознательный выбор с установкой на принятие конкретного человека.

Распределение ответов респондентов указывает на доминирование третьего вида мотивации, возрастающее значение социокультурных и психологических аспектов в развитии партнерских отношений в формате зарегистрированного брака, рационализацию решения о рождении детей. По итогам опроса мужчины наиболее часто выбирают такие мотивы для вступления в брак, как общность взглядов и интересов, взаимные чувства и ожидание ребенка. Для женщин более значимыми мотивами регистрации брака, помимо вышеуказанных, является подтверждение «серьезности намерений» партнера.

Преобладающими мотивами вступления в брак у студентов являются любовь, взаимные чувства (86,9%). При распределении показателей по признаку пола можно увидеть, что взаимные чувства более значимы для женщин (75,9%), тогда как из респондентов-мужчин этот мотив указали 24,1%. Для 47,6% опрошенных характерна мотивация на *определенный тип брака* (общность интересов, материальная обеспеченность партнера, наставление родителей). Показательно, что материальный фактор как один из основных выбирают, в основном, женщины (86,7%). Мотивацию на *сам факт брака* демонстрируют 58,1% опрошенных (ожидание ребенка, подтверждение намерений партнера). Ожидание ребенка как мотив для вступления в брак отметили 24,7% респондентов (30,3% мужчин, 69,7% женщин), что может свидетельствовать о понимании важности воспитания ребенка в полной семье.

Упомянутый в многочисленных исследованиях страх одиночества как мотив вступления в брак для выборки «студенческая молодежь» оказался незначимым. Этот вариант ответа выбрали всего 5 (1,8%) человек из 267 опрошенных.

В юношеском возрасте формируется социально-психологическая готовность к браку как система социально-психологических установок личности, определяющая эмоционально-положительное отношение к семейному образу жизни, ценностям супружества [25, С. 9] и проявляющаяся в сближении, совпадении как духовных, так и физических устремлений по отношению к определенному партнеру, а также в реалистичных представлениях о материально-финансовой стороне жизни семьи, сформированности чувства долга по отношению к супругу и семье в целом [26, С. 43]. Необходимыми условиями для вступления в брак, по мнению студенческой молодежи, являются любовь (79,7% мужчин, 77,3% женщин), уважение (50% мужчин, 63,1% женщин), общность взглядов и интересов важна для 37,5% мужчин и 18,2% женщин. Таким образом, при определении мотивов матримониального поведения молодежь ориентируется, прежде всего, на личностные потребности в любви, социальном одобрении, общении, общности интересов. Многие молодые люди готовы строить жизнь семьи даже в случае нехватки материальных средств при условии наличия чувств к выбранному партнеру.

В то же время стабильный доход и наличие своего жилья как условия вступления в брак отмечают 29,7% опрошенных мужчин и почти 50% женщин. Эти же респонденты (50% мужчин, 43,6% женщин), по результатам нашего исследования, относятся к семьям с невысоким доходом. Это соотносится со сделанными ранее выводами об ориентации значительной части молодых людей на создание семьи только при достижении определенной материальной независимости.

Основными препятствиями для вступления в брак респонденты считают отсутствие взаимных чувств (67,2% мужчин, 61,1% женщин), наличие у партнера зависимости или девиаций (62,5% мужчин, 79,3% женщин), несовпадение жизненных ценностей (28,1% мужчин, 19,2% женщин). Некоторая часть респондентов в качестве препятствий назвали недостаточную материальную обеспеченность партнера (6,3% мужчин, 9,9% женщин) и мнение родителей (6,3% мужчин, 9,4% женщин). Менее всего беспокоят студентов социальный статус партнера (3,1% мужчин, 2,5% женщин) и принадлежность к разным социальным слоям (0% мужчин, 2,2% женщин). Кроме того, отказ от брака объясняется отсутствием свободного времени, невозможностью сочетать получение образования с созданием семьи (дополнительный заработок, поиск жилья и т. д.), нежеланием вступать в длительные отношения [20, С. 16—17].

Треть респондентов, не состоящих в браке (33,6%, из них 30% мужчин и 70% женщин), готовы это сделать в настоящий момент (35% мужчин, 25%



## История и социология здравоохранения и медицины

женщин). Эти данные подтверждают сделанный ранее вывод о том, что около трети студентов считают возможным для себя вступить в брак во время обучения в вузе. Не готовы к этому серьезному шагу 52,8% респондентов (64% мужчин, 59,3% женщин), затруднились или не ответили на вопрос 14,6% опрошенных. При этом объяснить свою неготовность не смогли более 60% ответивших на вопрос, другие среди причин неготовности отметили отсутствие взаимных чувств (100% ответивших на вопрос мужчин и женщин), молодой возраст (34,5%, из них 28,3% мужчин, 71,7% женщин), отсутствие финансовой стабильности (3,4% — более популярный ответ у мужчин, чем у женщин), учебу (1,5% — этот вариант выбрали только женщины). Эти данные еще раз подтверждают наличие у студенческой молодежи установки на автономию, самореализацию и материальную самостоятельность.

Неготовность к браку также может быть вызвана трудностями, возникающими на этапе построения отношений с потенциальным партнером в добрачный период, который в идеале должен быть достаточным для определения соответствия имеющихся у партнера качеств и стиля матримониального поведения ожидаемым.

В связи с этим важным представляется мнение респондентов о длительности добрачного периода. Ответы студентов в целом совпадают с традиционными представлениями и мнением семейных психологов, что оптимальный период узнавания друг друга должен длиться от 1 до 3 лет (64% мужчин и 68,5% женщин).

Одним из важнейших факторов, влияющих на устойчивость брака, является фактор представлений и ожиданий молодых людей по отношению к своему будущему избраннику [23, С. 212]. Поэтому следующий блок вопросов был направлен на изучение гендерных особенностей брачного выбора как совокупности представлений о потенциальном брачном партнере. Респондентам было предложено назвать предпочитаемые личностные качества и социальные характеристики потенциального брачного партнера. Отмечая максимальную значимость (95,3% мужчин, 94,6% женщин) личностных характеристик в выборе будущего супруга, респонденты указали ряд наиболее важных для них качеств, позволивших составить его психологический портрет: идеальный будущий супруг умный (79,7% мужчин, 95,5% женщин), любящий (75% мужчин, 56,5% женщин), обладает чувством юмора (25% мужчин, 38,7% женщин) и уверенный в себе (12,5% мужчин, 14,5% женщин). Кроме того, на выбор партнера, безусловно, влияют внешность (она важна для 81,2% мужчин и 72,4% женщин) и состояние здоровья будущего супруга (74,4% мужчин, 73,9% женщин).

К сожалению, такие важные для супружества характеристики, как доверие к партнеру, трудолюбие, сексуальная совместимость, верность, оказались не востребованными. Это отчасти можно объяснить недостаточным социальным опытом, в том числе

семейных отношений и отсутствием положительных примеров родительской семьи.

К наиболее значимым социальным характеристикам потенциального брачного партнера безотносительно к собственному выбору респонденты отнесли его систему ценностей (90,6% мужчин, 92,6% женщин), образ жизни (87,5% мужчин, 98,5% женщин) и стремление к самореализации (82,8% мужчин, 84,2% женщин), трудовую занятость (наличие работы) (36% мужчин, 79,8% женщин), образованность (62,6% мужчин, 68,5% женщин), уровень дохода (28,2% мужчин, 70% женщин). Не самые высокие показатели значимости демонстрирует критерий принадлежности к определенной профессии (20,3% мужчин, 35% женщин). Таким образом, налицо противоречие между социально детерминированными и индивидуальными параметрами выбора партнера.

Впечатление о противоречивости и несформированности устойчивых субъективных предпочтений в отношении брачного партнера, представлений о его/ее необходимых характеристиках усиливается при анализе ответов на вопрос о неприемлемых качествах потенциального супруга. Наиболее неприемлемыми качествами считаются наличие вредных привычек (23% мужчин, 22,3% женщин), эгоизм (21,3% мужчин, 20,7% женщин), лживость (24,6% мужчин, 18,1% женщин), неуверенность (16,4% мужчин, 27,7% женщин), неверность (18% мужчин, 8% женщин), что подкрепляет ориентацию на формирование стабильных конструктивных здоровых отношений. Однако при этом такие недопустимые в браке проявления, как агрессивность, склонность к насилию, подлость, безответственность, сексизм, отмечены наименьшим количеством выборов: от 1% до 5,2%, что еще раз свидетельствует о сохранении традиционно терпимого отношения к деструктивной модели семейных взаимоотношений в общественном сознании, в том числе в сознании молодежи.

В соответствии с предложенной Т. С. Чистяковой и А. В. Курамшевым типологией стратегий брачного выбора [27, С. 45] у наших респондентов доминирует эмоциональная стратегия, обусловленная преобладанием эмоционально-чувственных компонентов в отношениях с партнером (любовь, уважение, эмоциональная близость, совпадение интересов, удовлетворение потребности в эмоциональном комфорте). В то же время именно здесь больше всего проявляется гендерная дифференциация: в женской части выборки присутствуют очевидные черты рациональной стратегии, целью которой является максимизация эффективности брака [16, С. 74], что проявляется в значимости для женщин-респондентов таких критериев брачного выбора, как трудовая занятость (наличие работы) и уровень дохода.

Матримониальное поведение молодых людей детерминировано рядом социокультурных факторов, ведущими из которых исследователи [28, 29] называют семью (ее материальное положение, социаль-

ный статус, конфессиональная, расовая, национальная принадлежность, состав, стиль отношений и воспитания), социально-культурные особенности общества и их ближнего окружения, ценности и нормы которых, преломляясь через индивидуально-личностные характеристики, интериоризируются в структуру ценностных ориентаций, закладывая основы семейно-брачных установок [23, С. 205].

Основным социокультурным фактором мотивации к вступлению в брак выступает родительская семья студента (материальное положение, социальный статус, религиозная, расовая, национальная принадлежность, состав семьи, стиль воспитания, главенство в семье). Так большинство респондентов (46,9% мужчин и 66,5% женщин) предпочли бы партнера, воспитывавшегося в благополучной семье. Материальная обеспеченность родительской семьи партнера не столь значима для студентов: 82,8% мужчин и 62,1% женщин отметили этот критерий как не имеющий значения. Однако для 36,9% женщин и 17,2% мужчин важно, чтобы будущий супруг был из обеспеченной семьи; 87,8% респондентов, выросших в полных малодетных семьях, предпочли бы, чтобы будущий супруг/супруга были из такой же семьи; 20,4% студентов, воспитывавшихся в неполных семьях, тоже предпочли бы супруга из полной семьи. Интересен и тот факт, что для 93,1% студентов, выросших в благополучных семьях, не имеет значения, из какой семьи будет их потенциальный супруг. Сказывается, по-видимому, отсутствие негативного опыта дисгармоничных семейных отношений.

Большинство наших респондентов (65,6% мужчин, 47,8% женщин) придерживается традиционных взглядов на распределение ролей в семье: «главой семьи должен быть мужчина». Тем не менее 29,7% опрошенных мужчин и более половины опрошенных женщин выступают за равноправие в семье. Вполне традиционно относятся наши студенты и к соотношению возраста мужа и жены: 63,3% студентов, считающих, что главой семьи должен быть мужчина, и 50% тех, кто считает, что главой должна быть женщина, полагают, что мужчина в семье должен быть старше женщины; соответственно, 6,5% и 16,7% считают, что супруги должны быть ровесниками; для большинства остальных возраст супругов не имеет значения. Существенных гендерных различий по вопросу о возрасте супругов мы не обнаружили.

А. И. Антонов назвал религию одним из «социологических фильтров» брачного отбора [28, С. 167]. Влияние религии — конфессиональной принадлежности брачных партнеров, конфессиональных норм, в том числе запретов и предписаний, национальных традиций, связанных с исповеданием той или иной веры в определенном регионе мира, — на брачные установки и брачное поведение студентов не вызывает сомнений [29, 30]. Однако данные нашего исследования демонстрируют наличие противоречивых тенденций в матримониальных установках и

поведении молодых людей с точки зрения влияния на них религиозных ценностей.

Из опрошенных нами студентов 60,9% мужчин и 71,9% женщин относят себя к христианскому вероисповеданию, 4,7% мужчин и 8,9% женщин считают себя атеистами, а по 1,5% — агностиками; 32% респондентов-мужчин и 16,7% женщин не идентифицировали себя ни с одной конфессией. При оценке параметров, влияющих на выбор партнера современными молодыми людьми, на важность его религиозной принадлежности указали 45,3% мужчин и 39,4% женщин. По мнению 54,7% мужчин и 51,6% женщин, религиозная принадлежность партнера не влияет (скорее не влияет) на брачный выбор. Индивидуальные религиозные предпочтения при выборе брачного партнера не показали существенных расхождений с социальными. Для 43,8% опрошенных мужчин и 37,9% женщин религиозная принадлежность супруга/супруги важна. Из них предпочитаемым вероисповеданием потенциального супруга 37,5% мужчин и 30% женщин назвали христианство, что, очевидно, объясняется подавляющим большинством христиан в регионе проживания и, соответственно, выборке; по 3% респондентов допускают атеистические взгляды будущего супруга. Выбор остальных вариантов конфессиональной принадлежности (ислам, буддизм, агностицизм) находится в пределах статистической погрешности.

Анализ ответов на вопрос о намерении следовать религиозным традициям при заключении брака (положительно ответили 29,7% мужчин и 35,3% женщин; отрицательно — 70,3% мужчин и 63,2% женщин) свидетельствует о противоречии между религиозной самоидентификацией и неустойчивой системой религиозных принципов и поведенческих паттернов.

На вопрос о готовности изменить религиозные взгляды ради супруга/супруги подавляющее большинство мужчин (73,4%) и женщин (59,1%) ответили отрицательно, а готовы изменить конфессиональную принадлежность всего 3,1% мужчин и 5,4% женщин. Обращает на себя внимание достаточно высокая доля (35%) женщин, затруднившихся с ответом на этот вопрос. В соотношении с показателями отрицательного отношения к изменению религиозных взглядов это может иллюстрировать большую психологическую гибкость и социальную адаптивность, свойственную женщинам.

### Обсуждение

Исходя из понимания социального здоровья как совокупности существенных и типичных видов жизнедеятельности людей, благоприятствующих выполнению социальных функций, достижению состояния всестороннего благополучия (духовного, физического и социального), определяющихся конкретными ценностными и нравственными ориентирами [31], матримониальное поведение является одной из его важнейших составляющих.

Матримониальное поведение как один из видов социального поведения индивида определяется

## История и социология здравоохранения и медицины

ценностными установками, мотивами и направленностью личности, и, таким образом, возможно формирование его новых норм, успешно сочетающих в себе как традиционные, так и современные ценности.

Изменение брачного поведения ставит вопрос не только об исследовании этих процессов на макроуровне, с точки зрения классификации различных типов браков, оценки тенденций брачности, но и об исследовании на микроуровне, о необходимости выявления на индивидуальном уровне с учетом гендерных особенностей детерминант вступления (или невступления) в брак, выбора партнера по браку, готовности к браку, влияния социокультурных факторов на матримониальное поведение молодежи. Формирование осознанного отношения к браку и родительству требует учета не только социальных, но и культурных факторов. Так, выявленная в ходе исследования толерантность к деструктивным формам семейных отношений (агрессия, склонность к насилию, сексизм) указывает на необходимость дополнительного изучения данной проблемы.

Анализ гендерных особенностей матримониального поведения студенческой молодежи позволяет более эффективно осуществлять поиск новых и оптимальных путей его коррекции с точки зрения задач формирования и сохранения социального здоровья.

### Выводы

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы: студенческая молодежь положительно относится к официальному оформлению отношений, стремится к получению брачного статуса; признает ряд преимуществ зарегистрированного брака (получение официального статуса, ответственность, которую накладывает на человека этот статус, упрощение решения бюрократических вопросов, уверенность и финансовая стабильность). Оптимальный возраст для вступления в брак, определенный респондентами, связан с достижением молодыми людьми социальной зрелости и материальной самостоятельности. Преобладающими мотивами вступления в брак являются взаимные чувства, общность интересов, уважение. При выборе брачного партнера большинство респондентов (вне зависимости от гендерной принадлежности) ориентируется на личностные характеристики будущего супруга/супруги (ум, способность любить, чувство юмора, уверенность в себе).

Гендерные особенности брачного выбора с наибольшей очевидностью проявляются в оценке наиболее значимых социальных характеристик потенциального брачного партнера. Для женщин-респондентов, наряду с системой ценностей, образом жизни, стремлением к самореализации и образованностью, существенными являются такие критерии брачного выбора, как трудовая занятость (наличие работы) и уровень дохода супруга.

Результаты исследования подтверждают тенденции к изменению матримониального поведения и

трансформации модели семейных отношений, в том числе расширение практики незарегистрированного брака, отказ от брака в пользу сожительства, терпимость к добрачным связям. Вместе с тем сохраняется понимание важности полной семьи для воспитания детей.

Матримониальное поведение молодых людей детерминировано рядом социокультурных факторов, ведущими из которых являются родительская семья и религия. Этим важнейшим социальным институтам в современном обществе принадлежит особая роль в формировании и сохранении социального здоровья общества. Выявленные противоречия в матримониальных установках и поведении студентов с точки зрения влияния на них религиозных ценностей делают актуальным вопрос о совершенствовании программ духовно-нравственного воспитания на основе традиционных семейных и религиозных ценностей.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гатило В. Л., Городова Т. В. Социальное здоровье студенческой молодежи: подходы к определению. *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 1—1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17259>
2. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья: дисс. ... доктора псих. наук. 19.00.05 — Социальная психология. Санкт-Петербургский государственный университет. Санкт-Петербург, 1997.
3. Черныш М. Ф. Социальное благополучие и здоровье // Информационно-аналитический бюллетень института социологии ФНИСЦ РАН. 2020. № 1. С. 54—74.
4. Рагимова О. А. Социальное здоровье младших школьников в условиях трансформации российского общества. Саратов: 2004.
5. Приступа Е. Н. Междисциплинарное теоретическое обоснование понятия «социальное здоровье» личности ребенка // Социальная политика и социология. 2007. № 2. С. 117—125.
6. Курашкина Е. В. Социально-управленческий механизм формирования социального здоровья учащихся: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 22.00.08. М.; 2011.
7. Ведерникова Л. В., Бырдина О. Г., Поворознюк О. А. Социальное здоровье студентов: сущность, структура и основные направления его формирования // Сибирский педагогический журнал. 2015. № 2. С. 117—121.
8. Цикалюк Е. В. Формирование социального здоровья студенческой молодежи в условиях организационной культуры вуза: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 22.00.08. Чита; 2012.
9. Колпина Л. В. Социальное здоровье как исследовательская проблема // Информационные и социально-экономические аспекты создания современных технологий. Набережные Челны; 2006.
10. Комарова А. Н. Социокультурные факторы формирования социального здоровья // Вестник Тамбовского университета. Серия Общественные науки. 2017. Т. 3. № 3. С. 64—68.
11. Килимова Л. В. Детерминизм ценностей и социокультурных практик молодежи в инновационном пространстве // Социоантропологические ресурсы трансдисциплинарных исследова-

- ний в контексте инновационной цивилизации: сборник статей международного научного вебинара. Курск; 2015. С. 137—144.
12. Гафиатулина Н. Х. Многофакторная модель детерминированности социального здоровья молодежи российского общества // Инженерный вестник Дона. 2014. № 3. С. 56.
  13. Березина Т. Н. Личностные стратегии жизненного пути и их связь с биологическим возрастом // Психология и психотехника. 2020. № 4. С. 1—13.
  14. Данина М. М., Кисельникова (Волкова) Н.В., Голзицкая А. А. и др. Современное состояние исследований в области регуляции репродуктивного поведения супругов // Национальный психологический журнал. 2016. № 2. С. 73—83.
  15. Миронова Ю. Г., Тырнова Н. А. Сожительство как альтернативная форма семейно-брачных отношений в современном российском обществе // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия Философия. Социология и социальные технологии. 2014. № 3. С. 54—60.
  16. Миронова Ю. Г. Брачный выбор в структуре матримониального поведения: социологический анализ // Социально-экономические, гуманитарные науки и юриспруденция: вопросы теории и практики сборник материалов II Международной научно-практической конференции. Новосибирск; 2017. С. 67—76.
  17. Пельменева С. П. Культура матримониального поведения как социальный феномен // Вестник ЧитГУ. 2010. № 8. С. 110—115.
  18. Пельменева С. П. Управление культурой матримониального поведения студенческой молодежи: гендерный аспект: автореф. ... канд. социол. н. Чита, 2010.
  19. Ростовская Т. К. Особенности матримониального поведения российской молодежи // Человек в мире культуры. 2015. № 3. С. 46—52.
  20. Софронова Т. Г. Матримониальное поведение студенческой молодежи в России: автореф. ... канд. эконом. наук. М., 2011.
  21. Павлов Б. С., Икингрин Е. Н., Пронина Е. И. Добрачное матримониальное поведение российских студентов как предмет социологического анализа // Социальное время. 2018. № 4. С. 64—82.
  22. Маленова А. Ю., Самойленкова А. В. Представления о брачно-семейных отношениях студенческой молодежи: социально-психологические риски и ресурсы // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2014. № 1. С. 43—51.
  23. Малимонов И. В., Король Л. Г., Синьковская И. Г., Рахинский Д. В. Проблема брачного поведения студенческой молодежи // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2015. № 10. С. 202—219.
  24. Голод С. И. Социально-психологические и нравственные ценности семьи // Молодая семья. 1977. № 18. С. 47—56.
  25. Поспелова Т. Г., Трапезникова Т. М. Состояние и перспективы развития семьи // Социология молодежи. СПб.; 1996. С. 8—15.
  26. Карнеев Р. К., Мерзлякова С. В. Половозрастные особенности ценности семьи современной молодежи // Вестник Московского городского педагогического университета. 2010. № 3. С. 38—47.
  27. Чистякова Т. С. Стратегии добрачных практик современной молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2010. № 3. С. 43—45.
  28. Антонов А. И., Медков В. М. Социология семьи. М.; 1996.
  29. Забаев И. В., Мелкумян Е. Б., Орешина Д. А., Павлюткин И. В., Пруцкова Е. В. Влияние религиозной социализации и принадлежности к общине на рождаемость // Демоскоп. 2013. № 553—554.
  30. Коррейя И. А. Религия в брачных установках и брачном поведении иностранных студентов в России // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2016. № 2. С. 168—174.
  31. Чувелева Н. Н. Социальное здоровье и социальная культура. Образовательный портал «Справочник». URL: [https://spravochnick.ru/sociologiya/socialnaya\\_kultura\\_ponyatie\\_kultury\\_v\\_sociologii/socialnoe\\_zdorove\\_i\\_socialnaya\\_kultura/](https://spravochnick.ru/sociologiya/socialnaya_kultura_ponyatie_kultury_v_sociologii/socialnoe_zdorove_i_socialnaya_kultura/)

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

## REFERENCES

1. Gatilo V. L., Gorodova T. V. Social health of student youth: approaches to the definition. *Modern problems of science and education*. 2015;(1—1). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17259> (In Russ.)
2. Gurvich I. N. Social psychology of health: diss. ... Dr. Sci. (Psychol.). 19.00.05 — Social psychology. *St. Petersburg State University*. St. Petersburg, 1997. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=15968141> (In Russ.)
3. Chernysh M. F. Social well-being and health. *Information and analytical bulletin of the Institute of Sociology of the Federal Scientific Research Center of the Russian Academy of Sciences*. 2020;(1):54—74. (In Russ.)
4. Ragimova O. A. Social health of younger schoolchildren in the context of the transformation of Russian society. Saratov; 2004. (In Russ.)
5. Pristupa E. N. Interdisciplinary theoretical substantiation of the concept of «social health» of the child's personality. *Social policy and sociology*. 2007;(2):117—125. (In Russ.)
6. Kurashkina E. V. Socio-administrative mechanism for the formation of students' social health: Thesis. Moscow; 2011. (In Russ.)
7. Vedernikova L. V., Byrdina O. G., Povoroznyuk O. A. Social health of students: essence, structure and main directions of its formation. *Siberian pedagogical journal*. 2015; (2):117—121. (In Russ.)
8. Tsikalyuk E. V. Formation of the social health of student youth in the context of the organizational culture of the university: Thesis. Chita; 2012. (In Russ.)
9. Kolpina L. V. Social health as a research problem. *Information and socio-economic aspects of creating modern technologies*. Naberezhnye Chelny; 2006. (In Russ.)
10. Komarova A. N. Sociocultural factors in the formation of social health. *Bulletin of the Tambov University. Series Social Sciences*. 2017;3(11):64—68. (In Russ.)
11. Kilimova L. V. Determinism of values and socio-cultural practices of youth in the innovation space. *Socio-anthropological resources of transdisciplinary research in the context of innovative civilization: Sat. Art. International scientific*. Kursk; 2015;137—144. (In Russ.)
12. Gafiutulina N. Kh. A multifactorial model of the determinism of the social health of the youth of the Russian society. *Engineering Bulletin of the Don*. 2014;(3):1—11. (In Russ.)
13. Berezina T. N., Personal strategies of the life path and their connection with biological age. *Psychology and psychotechnics*. 2020;(4):1—13. (In Russ.)
14. Danina M. M., Kiselnikova (Volkova) N.V., Golzitskaya A. A. et al. The current state of research in the field of regulation of reproductive behavior of spouses. *National Psychological Journal*. 2016;(22):73—83. (In Russ.)
15. Mironova Yu. G., Tarnova N. A. Cohabitation as an alternative form of family-marriage relations in modern Russian society. *Bulletin of the Volgograd State University. Philosophy Series. Sociology and social technology*. 2014;(3):54—60. (In Russ.)
16. Mironova Yu. G. Marriage choice in the structure of matrimonial behavior: a sociological analysis. In: Socio-economic, humanitarian sciences and jurisprudence: questions of theory and practice collec-

История и социология здравоохранения и медицины

- tion of materials of the II International Scientific and Practical Conference. Novosibirsk; 2017:67—73. (In Russ.)
17. Pelmeneva S. P. Culture of matrimonial behavior as a social phenomenon. *Bulletin of the ChitGU*. 2010;(8):110—115. (In Russ.)
  18. Pelmeneva S. P. Managing the culture of matrimonial behavior of student youth: gender aspect: Thesis. Chita; 2010. (In Russ.)
  19. Rostovskaya T. K. Features of the matrimonial behavior of Russian youth. *Man in the world of culture*. 2015;(3):46—52. (In Russ.)
  20. Sofronova T. G. Matrimonial behavior of student youth in Russia: Thesis. Moscow; 2011. (In Russ.)
  21. Pavlov B. S., Ikingrin E. N., Pronina E. I. Premarital matrimonial behavior of Russian students as a subject of sociological analysis. *Socio Time*. 2018;(4):64—82. (In Russ.)
  22. Malenova A. Yu., Samoilenkova A. V. Ideas about the marriage and family relations of student youth: socio-psychological risks and resources. *Bulletin of the Omsk University. Series «Psychology»*. 2014;(1):43—51. (In Russ.)
  23. Malimonov I. V., Korol L. G., Sinkovskaya I. G., Rakhinsky D. V. The problem of marital behavior of student youth. *Modern Research of Social Problems(electronic scientific journal)*. 2015;(10):202—219. (In Russ.)
  24. Golod S. I. Socio-psychological and moral values of the family. *Young family*. Moscow; 1977;18:47—56. (In Russ.)
  25. Pospelova T. G., Trapeznikova T. M. State and prospects for the development of the family. *Sociology of youth*. St. Petersburg; 1996:8—15. (In Russ.)
  26. Karneev R. K., Merzlyakova S. V. Gender and age features of the value of the family of modern youth. *Bulletin of the Moscow City Pedagogical University*. 2010;(3):38—47. (In Russ.)
  27. Chistyakova T. S. Strategies of premarital practices of modern youth. *Bulletin of the Nizhny Novgorod University. N. I. Lobachevsky. Series: Social Sciences*. 2010;(3):43—45. (In Russ.)
  28. Antonov A. I., Medkov V. M. Sociology of the family. Moscow; 1996. (In Russ.)
  29. Zabaev I. V., Melkumyan E. B., Oreshina D. A., Pavlyutkin I. V., Prutskova E. V. The influence of religious socialization and belonging to the community on the birth rate. *Demoscope*. 2013;(553—554). (In Russ.)
  30. Correia I. A. Religion in marriage attitudes and marriage behavior of foreign students in Russia. *Bulletin of the Nizhny Novgorod University. N. I. Lobachevsky. Series: Social Sciences*. 2016;(2):168—174. (In Russ.)
  31. Chuveleva N. N. Social health and social culture. *Educational portal «Spravochnik»*. URL: [https://spravochnik.ru/sociologiya/socialnaya\\_kultura\\_ponyatie\\_kultury\\_v\\_sociologii/socialnoe\\_zdorove\\_i\\_socialnaya\\_kultura/](https://spravochnik.ru/sociologiya/socialnaya_kultura_ponyatie_kultury_v_sociologii/socialnoe_zdorove_i_socialnaya_kultura/) (In Russ.)

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 614.2

**Шаповалова И. С., Хашаева С. В., Чернышева Е. А., Благорожева Ж. О., Валиева И. С.****ТРУДОВЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ:  
ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ РИСКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ**

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Белгород, Россия

В статье изложены результаты исследования трудовых стратегий молодежи, включенной в кадровое воспроизводство регионального здравоохранения. Рассмотрены результаты комплексного социологического исследования выпускников образовательных медицинских организаций и профильных медицинских классов (фокус групповые исследования, целевой опрос;  $n = 1027$ ). Исследование позволило ответить на вопросы о динамике профессиональной мотивации молодежи, определить трудовые стратегии и причины выбора в жизненном планировании. Предложена факторная модель принятия решений при выборе рабочего места выпускниками медицинских специальностей, дана оценка существующих рабочих мест в системе регионального здравоохранения, проведен аудит востребованности стимулирующих мер по удержанию и закреплению молодых кадров в медицинской отрасли. Результаты исследования позволили определить риски трудовых стратегий молодежи как кадрового резерва медицины и предложить направления их нивелирования и коррекции ситуации. Важным результатом научного исследования можно считать и предложенный диагностический комплекс, позволяющий при последующих замерах установить динамику показателей (мотивационную трансформацию, изменение миграционных устремлений и трудового выбора) и определить эффективность принятых мер и решений. Итогом и научным результатом статьи стал вывод об отсутствии ориентации на ключевые проблемы реализации трудовых стратегий выпускниками образовательных медицинских организаций со стороны системы администрирования отрасли, раннем допрофессиональном выгорании молодых кадров, проблеме регионального общественного мнения относительно престижности профессии медика и эффективных трудовых стратегиях будущих медиков.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** трудовые стратегии; молодежь; рынок труда; медицинская отрасль; трудоустройство

**Для цитирования:** Шаповалова И. С., Хашаева С. В., Чернышева Е. А., Благорожева Ж. О., Валиева И. С. Трудовые стратегии выпускников медицинских образовательных учреждений: прогнозируемые риски медицинской отрасли. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):774—783. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-774-783>

**Для корреспонденции:** Шаповалова Инна Сергеевна, e-mail: [shapovalova@bsu.edu.ru](mailto:shapovalova@bsu.edu.ru)

**Shapovalova I. S., Khashaeva S. V., Chernysheva E. A., Blagorozheva Zh.O., Valieva I. N.****LABOR STRATEGIES OF GRADUATES OF MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS:  
PREDICTED RISKS OF THE MEDICAL INDUSTRY**

Belgorod National Research University, 308015, Belgorod, Russia

The article presents the results of a study of the labor strategies of youth included in the personnel reproduction of regional health care. The authors of the article consider the results of a complex sociological study of graduates of educational medical organizations and specialized medical classes (focus group studies, target survey;  $n = 1027$ ). The research made it possible to answer questions about the dynamics of professional motivation of young people, to determine labor strategies and reasons for choosing in life planning. The article proposes a factor model of decision-making when choosing a workplace by graduates of medical specialties, gives an assessment of existing workplaces in the regional health care system, conducts an audit of the need for stimulating measures to retain and secure young personnel in the medical industry. The results of the research made it possible to determine the risks of youth labor strategies as a personnel reserve of medicine and to propose directions for their leveling and correction of the situation. An important result of scientific research can be considered the proposed diagnostic complex itself, which makes it possible to establish the dynamics of indicators during subsequent measurements (motivational transformation, change in migration aspirations and labor choice) and to determine the effectiveness of the measures and decisions taken. The result and scientific result of the article is the conclusion about the lack of orientation to the key problems of the implementation of labor strategies by graduates of educational medical organizations from the branch administration system, early pre-professional burnout of young personnel, the problem of regional public opinion regarding the prestige of the medical profession and effective labor strategies of future doctors.

**К e y w o r d s :** labor strategies; youth; labor market; medical industry; employment

**For citation:** Shapovalova I. S., Khashaeva S. V., Chernysheva E. A., Blagorozheva Zh.O., Valieva I. N. Labor strategies of graduates of medical educational institutions: predicted risks of the medical industry. *Problemi socialnoi gigieny, zdorovookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):774—783 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-774-783>

**For correspondence:** Inna S. Shapovalova, e-mail: [shapovalova@bsu.edu.ru](mailto:shapovalova@bsu.edu.ru)

**Source of funding.** The article was prepared with the financial support of the state task FZWG-2023-0016, the topic «Life strategies of youth in the conditions of geopolitical transformation of the Russian space».

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Внимание к отрасли здравоохранения, вызванное ситуацией пандемии и обострением кадрового

дефицита, логично трансформировалось в вопрос медицинского образования, повышения качества и мотивированности молодых кадров, регионального

обеспечения отрасли здравоохранения молодежью, прошедшей успешное обучение по медицинским направлениям. Так, дефицит медицинских кадров по Белгородской области составляет порядка 20%. И это становится, в том числе, причиной невысокой удовлетворенности граждан этой сферой. Общественная рефлексия регионального здравоохранения показывает, что удовлетворенность населения здравоохранением находится далеко не на высоком уровне (так, балл удовлетворенности здравоохранением региона составляет только 2,76 (из 5 возможных), в то время как данную проблему считают актуальной 51,96% опрошенных).

Восполнить дефицит кадров должны молодые специалисты. Воспроизводство кадров системы регионального здравоохранения может включать выпускников медицинских колледжей (или училищ), медицинских институтов, ряды которых, в свою очередь, пополняются выпускниками профильных (медицинских или биологических) классов. Несмотря на логику трудовых потоков в отрасли и, как правило, имеющуюся преемственность, отток молодых кадров регионального здравоохранения становится серьезным препятствием на пути управления таким кадровым воспроизводством.

В связи с этим становится актуальным обратить внимание и изучить трудовые стратегии молодежи, вовлеченной в процесс воспроизводства кадров медицинской отрасли.

Обращаясь к такому понятию, как трудовые стратегии, карьерные планы и профессиональные диспозиции, мы находим достаточно исследований со стороны социологов, психологов и педагогов. Существует однозначное понимание важности таких исследований, что отражается в общей исследовательской повестке [1—4]. Наиболее интересные научные сообщения представляют авторы, исследующие запросы современной молодежи в области труда [5, 6], анализирующие востребованность тех или иных профессий среди молодежи [7—9], а также прогнозирующие вариативный периметр новых профессиональных направлений деятельности для молодых людей [10], возникающих в период пандемии [11] и в условиях глобальной цифровизации, виртуализации социальной среды [12, 13]. Среди исследователей данного вопроса как отдельная группа выделяются эмпирики, обеспечивающие информацией локальные сообщества и территории, например, Ш. И. Алиев [14], А. В. Безруков [15], Ф. А. Барков [16].

Одновременно с этим есть серьезная озабоченность процессом кадрового воспроизводства в здравоохранении, понимание необходимости информационно-аналитического освещения данного вопроса, в том числе с позиции опросов общественного мнения и мнения целевых групп (собственно работников здравоохранения) [17, 18]. Анализ исследований по данному вопросу показывает, что проблема становится системной, характерной для многих регионов России [19—21].

В этой связи особенно ценной становится информация об источнике кадрового потенциала, выпускниках профильных образовательных организаций, их общем социальном портрете [22], проблемах профессионально-трудовой мотивации [23], карьерных стратегиях [24] и факторах профессионального выбора [25].

### Материал и методы

В июне—сентябре 2021 г. в Белгородской области было проведено исследование по проблеме удержания и повышения качества медицинских кадров в региональном воспроизводстве. Исследование включало в себя несколько этапов: на первом были проведены фокус-группы с выпускниками медицинского института, на втором реализован массовый опрос с выпускниками медицинского колледжа ( $n = 402$ ), специалистами ( $n = 88$ ) и ординаторами ( $n = 243$ ) медицинского института, на третьем — опрос выпускников учащихся профильных медицинских классов Белгородской области ( $n = 294$ ). Исследование было проведено по стихийной выборке, всего приняло участие 1027 человек.

*Проблема социологического исследования* заключалась в противоречии между заинтересованностью региональных административных субъектов в обеспечении медицинской отрасли региональными кадрами и отсутствием оценки трудовой мотивации и трудовых стратегий со стороны молодежи, включенной в кадровое воспроизводство здравоохранения. Проблема разворачивалась на двух уровнях: первый уровень связан с высокой миграцией молодых медицинских кадров из региона; второй — с урбанизацией молодежи и лишением сельских поселений возможности притока молодых медицинских кадров. Именно данная проблема и определила исследовательские задачи. В рамках проведения социологического исследования мотивации к профессиональной медицинской деятельности и трудовых стратегий будущих медицинских работников была определена первичная концепция исследования, которая заключается в разработке ключевых профессионально-определяющих моделей и профилей для четырех групп будущих медицинских работников на этапе их разноуровневого обучения.

К основным группам были отнесены:

- молодые люди, выбравшие медицинскую сферу будущей трудовой деятельности, которые после итогового этапа обучения в Белгородской области предпочитают изменить сферу профессиональной деятельности;
- молодые люди, выбравшие медицинскую сферу будущей трудовой деятельности, которые после итогового этапа обучения в Белгородской области предпочитают осуществлять профессиональную деятельность в другом регионе или государстве;
- молодые люди, выбравшие медицинскую сферу будущей трудовой деятельности, которые после итогового этапа обучения в Белгородской области предпочитают осуществлять

профессиональную деятельность в городе Белгороде, не возвращаясь в районные учреждения;

- молодые люди, выбравшие медицинскую сферу будущей трудовой деятельности, которые после итогового этапа обучения в Белгородской области предпочитают осуществлять профессиональную деятельность в районах Белгородской области.

### Результаты

Исследование обозначило ряд проблем, которые были вынесены в качестве результата и использованы для поиска эффективных решений в управлении здравоохранением области.

*Первая проблема* связана с трансформацией мотивации в разрезе смены поколений и в динамике выпускников медицинских образовательных учреждений. В первом случае мы видим, что выпускники медицинских классов, будущие абитуриенты, обладают меньшим набором мотивов для выбора профессии (линия на рис. 1), чем сегодняшние выпускники медицинского колледжа и института 4–6 лет назад, — это создает риск утраты мотивации без

возможности заменить одни мотивы на другие и выгорание в профессии. Во втором случае мы видим, что после обучения и стажировок в медицинских учреждениях происходит серьезное падение выборов по двум ведущим мотивациям: желание помогать и лечить людей, резкое падение по мотивам престижности профессии, просто катастрофическое падение по мотиву «мечта детства», утрата сочетания этих мотивов показывает нам разочарование, выгорание, падение интереса к профессии.

*Вторая проблема* связана со стратегиями в образовательном выборе: 54% учащихся медицинских классов планировали поступать в медицинские учреждения в другом регионе; только 19% оставались в области; среди выпускников медицинского колледжа «утечка будущих кадров» составила 17%; после специалитета 38% выпускников планировали уехать в другой регион в ординатуру, и, скорее всего, закрепиться там.

Проблема в построении образовательных стратегий формирует проблему в трудовых стратегиях — 70% школьников, после окончания обучения (независимо от того, где они это сделают) планировали уехать в другой регион, 10% — остаться в Белгороде

### Динамика мотивации будущих медиков на разном уровне

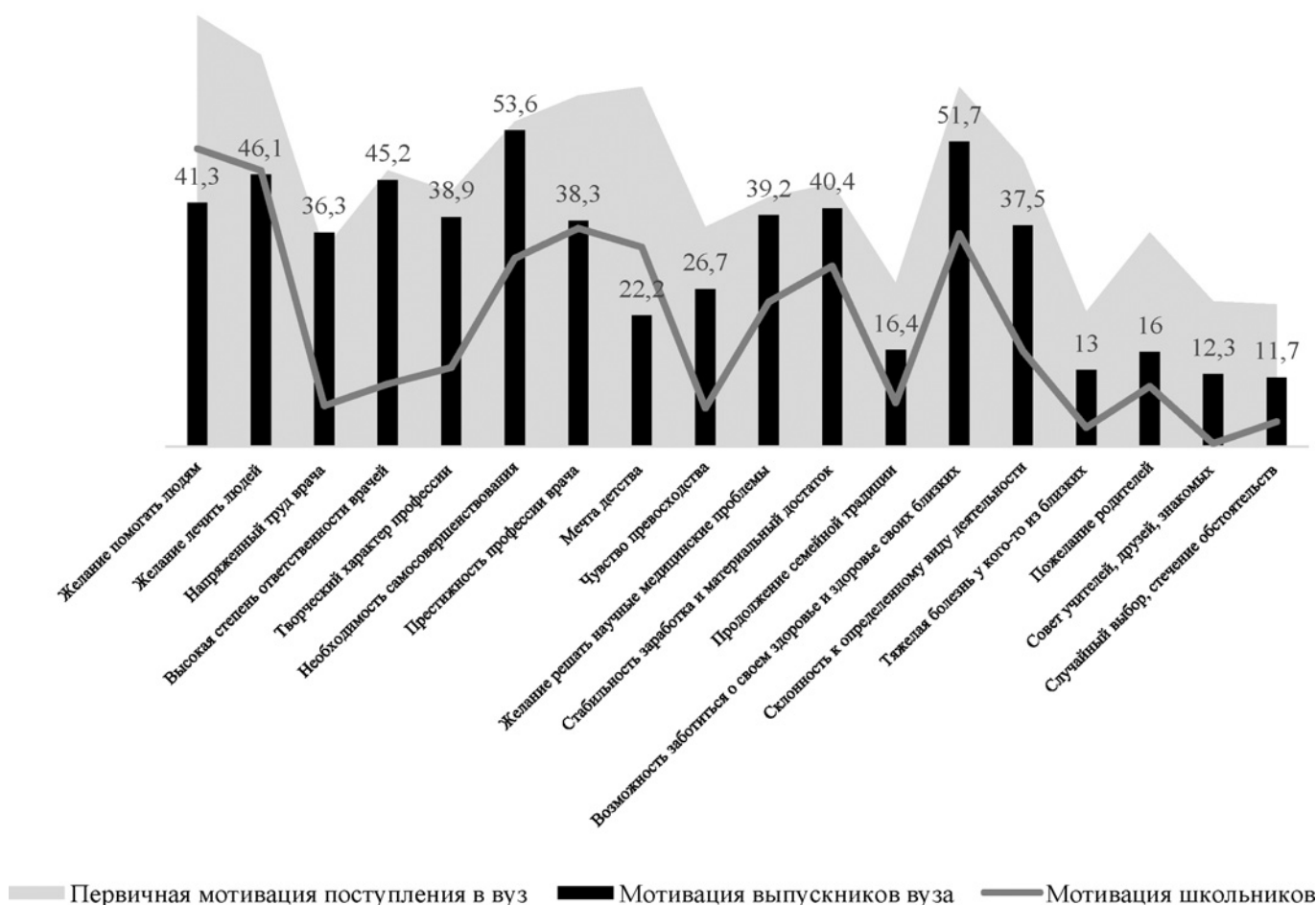


Рис. 1. Ответы респондентов на вопрос: «Почему Вы решили выбрать для себя медицинскую профессию изначально и почему остаетесь в ней сейчас (пока идет этап обучения)?».



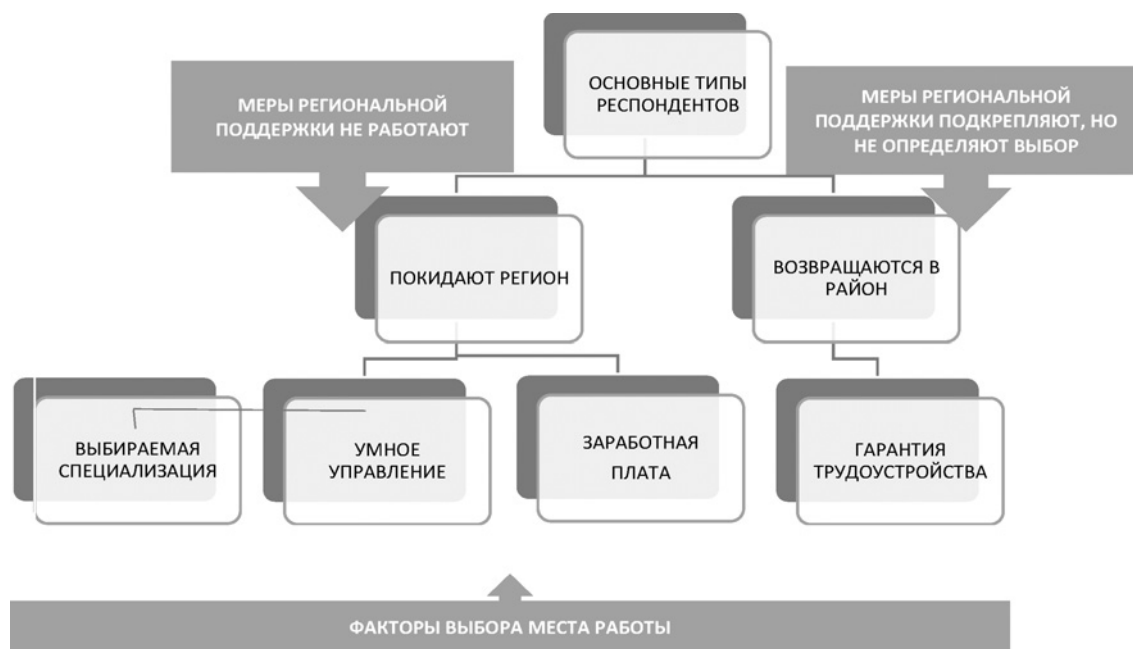


Рис. 2. Результаты фокус-групповых исследований.

и не возвращаться в район своего проживания, и только чуть менее 8% — вернуться в районы. Среди выпускников колледжа и института (включая ординаторов) 6,7% планировали уходить из профессии; 12% проживающих в Белгородской области — уехать в другой регион; 16% — не возвращаться в район проживания, остаться в региональном центре; 11% — восполнить дефицит медицинских кадров в районах области.

В рамках исследования были определены и причины таких трудовых стратегий. Так, ведущей причиной отказа от медицины является реализация себя в другой сфере. Причины переезда в другой регион чаще всего связаны с привлекательностью самого региона — как правило, это мегаполисы, а также иной уровень заработной платы — эти причины указали более 40% респондентов.

Основные причины отказа возвращаться в район проживания — это наличие в региональном центре соответствующих специальности вакансий и большее число возможностей для досуга и самореализации, лучшие условия труда.

Ключевой причиной возврата в район проживания являются семейные обстоятельства. Это подтвердили и результаты поисковых фокус-групп, которые были проведены среди выпускников медицинского института. По итогам фокус-групповых исследований были определены основные типы выпускников и сформирован их социальный портрет. Тип молодого человека, будущего медика, предпочитающего остаться в районах региона и включиться в кадровое воспроизводство регионального здравоохранения, кардинально отличается от типа, который покидает регион, — как в личностном и ценностном профиле (акцентах), так и в факторах, влияющих на принятие решений о закреплении на определенных рабочих местах.

Первый тип — как правило, это девушки, имеющие или планирующие в ближайшем будущем семью (свою и плотный контакт с родительской семьей), с ведущей семейной ценностью. Основным фактор, влияющий на принятие решений, — это наличие вакансии и гарантия трудоустройства. В качестве недостатков высказывают, как правило, то, что не гарантировано трудоустройство, даже несмотря на целевое обучение. Слабо стимулируются предлагаемыми мерами региональной поддержки — скорее, это просто «плюс» к их решению, хотя они и предполагают воспользоваться возможностью получения жилья и субсидий (рис. 2).

Второй тип — активные молодые люди (как правило, мужчины, или девушки с повышенной мускулинностью — целеустремленные, амбициозные, волевые), имеющие достаточно широкий набор факторов для выбора рабочего места, способные проанализировать ситуацию.

Как правило, факторы ранжировались следующим образом:

во-первых, наличие/отсутствие возможности трудоустройства по выбранной специализации;

- во-вторых, наличие/отсутствие «умного управления» в медицинских учреждениях, уважения к труду медицинского работника. В качестве недостатка в региональных медицинских учреждениях отмечают отсутствие «умного» планирования труда, нарушение норм труда медицинских работников, нарушение трудовых инструкций и функционала, режима труда и отдыха, неуважение работников, их труда и результатов их труда. Выбирают регионы, где ранее проходили стажировку и видели иную ситуацию управления в медицинских учреждениях;

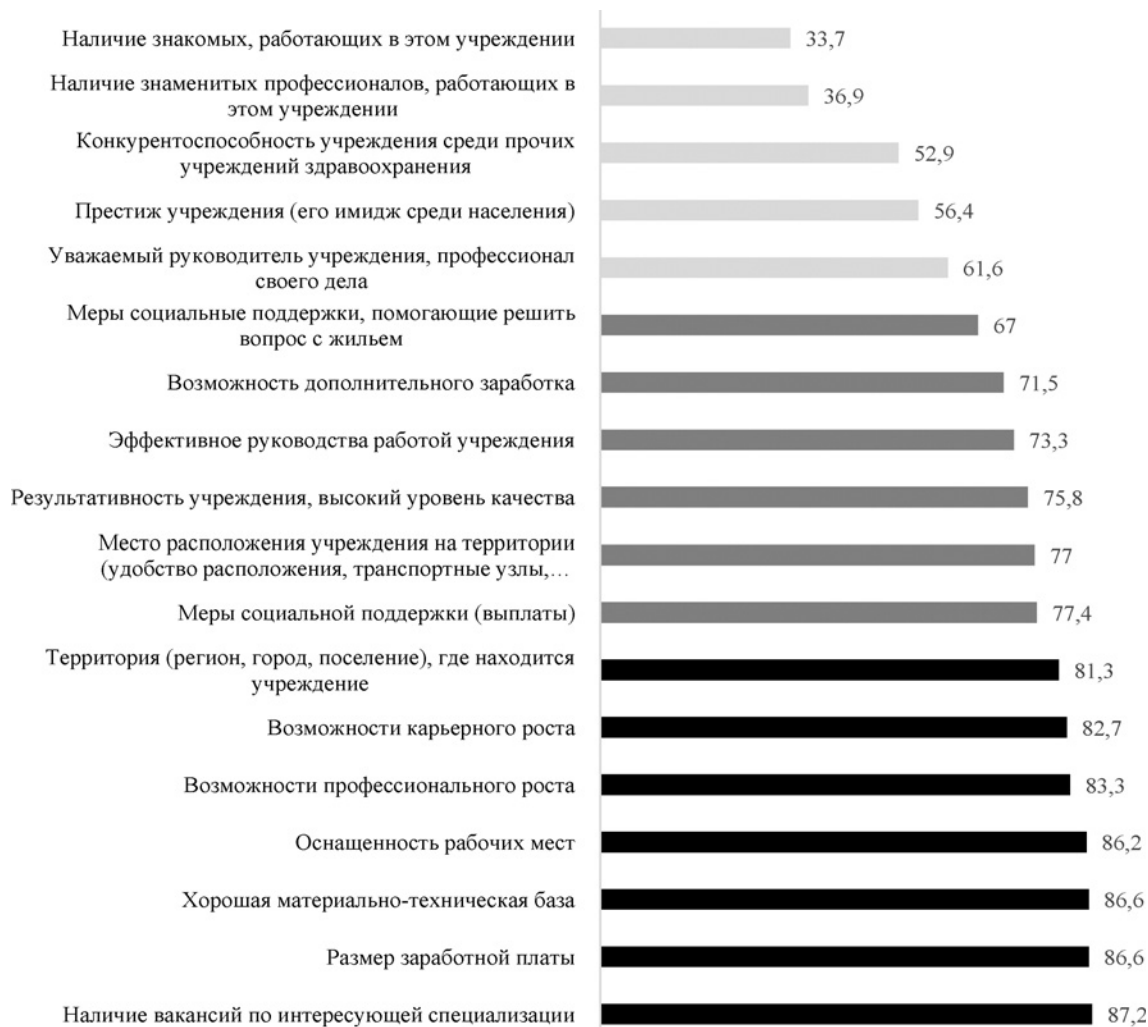


Рис. 3. Ответы респондентов на вопрос: «Какие факторы наиболее важны для Вас при выборе рабочего места?».

- в-третьих, заработная плата, ее уровень, возможность и скорость ее повышения, адекватность ее трудозатратам и т. д.

Данный тип не стимулируется предлагаемыми мерами поддержки медицинских работников, они не влияют на принятое им решение.

В целом, по результатам фокус-групп можно сказать, что, к сожалению, есть устойчивое общественное мнение, сложившееся, скорее всего, не только у выпускников, но и среди населения — если ты обладаешь высоким потенциалом и имеешь амбиции, тебе стоит попытаться счастья в другом регионе, лучше в крупном городе. Поскольку общественное мнение является важным фактором давления и значительно влияет на принятие решения, особенно в молодом возрасте, по результатам исследования, помимо прочих мер для налаживания воспроизводства кадров в медицинской сфере, было рекомендовано предложить мероприятия формирования и изменения общественного мнения среди населения региона.

Следующая проблема связана с рабочими местами для медицинских работников и их будущими

трудовыми моделями поведения. Оценивая возможность трудоустройства, только 22% респондентов говорят, что это достаточно легко. Трудовую модель поведения дает контрольный срез ведущих мотивов профессиональной деятельности: треть региональных выпускников хотят трудиться так, чтобы развиваться профессионально, иметь возможность для роста, — это, к сожалению, ведущая мотивация в портрете «отъезжающего контингента». Все остальные трудовые модели, хотя понятны, но скорее эго-направлены — не в ущерб себе, семье, здоровью, для заработка. Менее 10% дают профессионально желаемую трудовую стратегию самоотречения — работать для помощи большому количеству человек (это еще раз подтверждает, что этот мотив уходит из спектра ведущих для выпускников медицинских образовательных учреждений).

Для рассмотрения проблемы выбора рабочего места была построена факторная модель. Среди ведущих факторов более 80% выпускников определили соответствие рабочего места полученной специальности, оплату труда, материально-техническую базу рабочего места, оснащенность рабочих мест, воз-

возможность профессионального и карьерного роста. По сути, эта группа факторов и следующая за ними является направлениями для формирования дорожной карты изменений и диалога с медицинской общественностью (рис. 3).

Выпускники по итогам своих практик, стажировок, раннего трудоустройства смогли оценить условия труда на рабочих местах региона, что позволило поднять проблему условий труда в медицинских учреждениях. В группу высокой оценки попали такие показатели, как санитарно-гигиеническое состояние и доступность электрической энергии на рабочем месте — все остальные показатели находятся в зоне средней и низкой удовлетворенности, а показатель заработной платы уходит в неудовлетворительный уровень, им довольны только 46%. Наименьшая удовлетворенность также получена по гарантиям занятости, коллегиальности принятия решений, мерам социальной поддержки, условиям и качеству питания, доступности чистой воды на рабочем месте.

Оценка того, насколько хорошо факторы выбора представлены в учреждениях области, обозначила проблему конкурентоспособности медицинских учреждений в общественном мнении будущих медиков и показала, что чем более значим фактор, тем менее он представлен в положительной оценке. Только 50% положительно оценили ведущие факторы выбора рабочего места: наличие вакансий, размер заработной платы, материальную базу, оснащенность рабочих мест, возможность карьерного роста.

Существует также проблема дискриминации на рабочем месте, и, на наш взгляд, это важно — этот показатель дает нам информацию и о психологическом климате, и о равенстве возможностей, и о стиле управления: очень весомый пик дискриминации по возрасту, показывающий, что данный вид дискриминации формирует модели поведения, включенные в корпоративную культуру отрасли здравоохранения региона. Высокие значения дискриминации на рабочем месте по образованию, наличию нужных связей, должности, внешнему виду и даже полу — их фиксируют более 20% наших выпускников.

*Третьей проблемой*, которую удалось выявить в результате исследования, стала проблема информированности и востребованности мер стимулирования медицинских работников среди выпускников медицинских учреждений региона. Информированность о мерах поддержки и стимулирования закрепления медицинских кадров составила только 62%, несмотря на активную работу по продвижению данной информации.

В рамках исследования были проанализированы региональные программы поддержки для разных регионов России, создан список возможных мер стимулирования. Была измерена их привлекательность с позиции закрепления медицинского работника в регионе: выбор звучал следующим обра-

зом — «привлекательно настолько, что я мог бы поменять свое решение и остаться в регионе» (рис. 4).

Набор факторов, привлекательный более чем для 80% респондентов, стал несколько неожиданным: профессиональные конкурсы с большой единовременной выплатой, доплата в условиях риска, устройство детей в детский сад, единовременное пособие в размере 2 должностных окладов, оплата санаторно-курортного лечения, оплата жилищно-коммунальных услуг, именные стипендии врачам, надбавка молодым специалистам, психологическая помощь — эти достаточно скромные, но максимально выбираемые факторы показывают, что выпускники, скорее, ориентированы на создание постоянно действующей системы и условий труда, чем на единоразовые большие вливания и отсутствие системной поддержки.

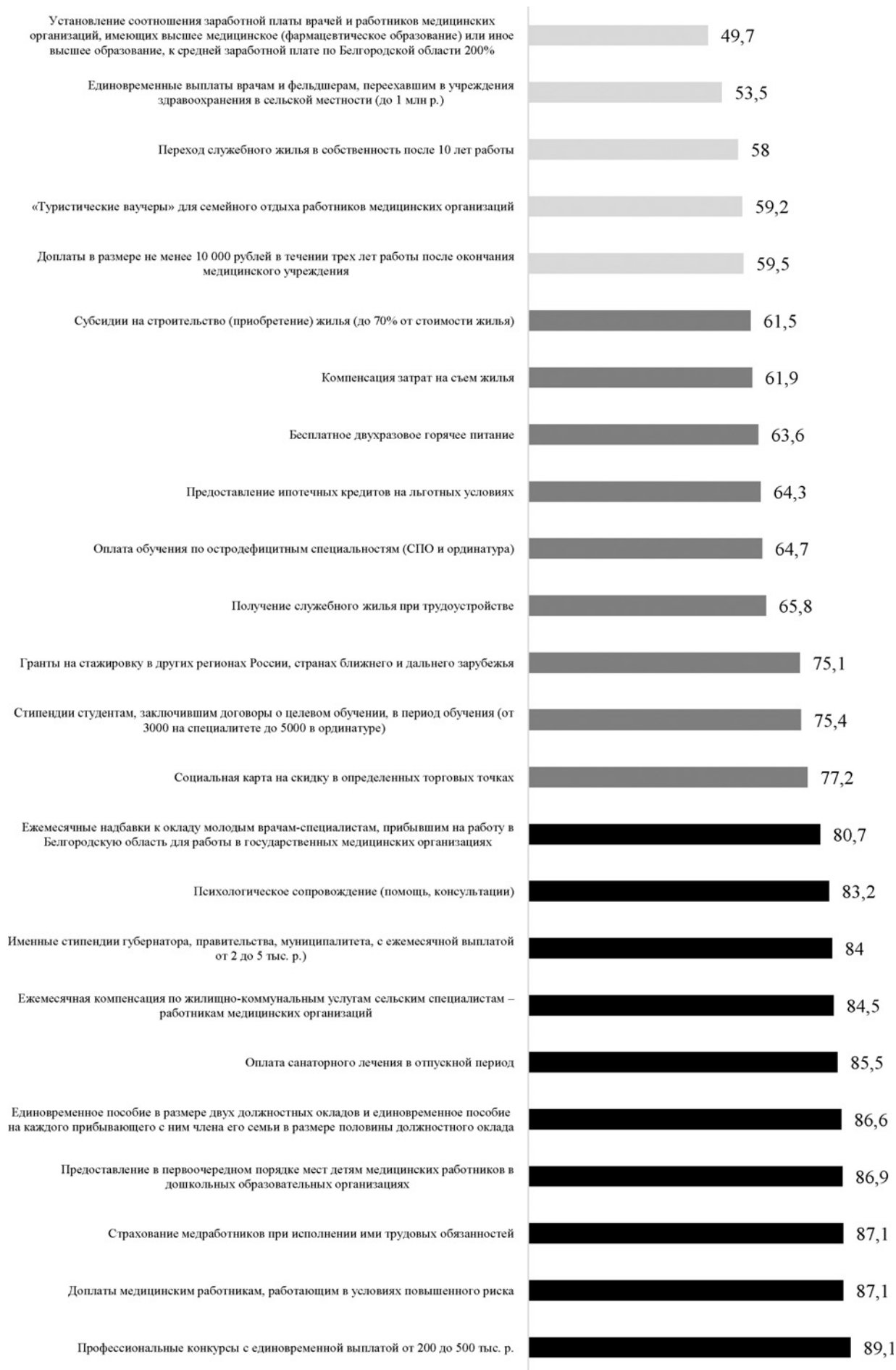
### Обсуждение

Проведенное исследование позволило выявить риски для региона вообще и для отрасли здравоохранения в частности. Каждый риск содержит потенциал для предупреждения или решение по его нивелированию.

Так, по результатам исследования стало понятно, что сегодняшних выпускников в медицину вел большой спектр мотивов — если уменьшался один, его заменял другой. На данный момент школьники идут в медицину с меньшим количеством мотивов к профессиональной деятельности. Существует *риск* выхода из обучения до его окончания и отказ от профессиональной деятельности. Решение связано с необходимостью в школах, в профильных медицинских классах вводить меры по повышению престижа профессии, формированию оптимального спектра мотивации: возможно, практика в учреждениях, возможно, психологические тренинги.

Обнаружено, что при обучении в медицинских образовательных заведениях происходит падение альтруистической мотивации («желание помогать и лечить людей»), по «мотивам престижности профессии», «мечте детства». Мотивацию по этим пунктам теряют в среднем более 50% выпускников. Возможно, это связано со столкновением с реальностью, с ситуацией на рабочих местах. Существует *риск*: потеря интереса к профессии, незаинтересованность в профессиональном росте, эмоциональное выгорание. В связи с этим возникает необходимость пересмотреть систему работы с практикантами и стажерами на рабочих местах в учреждениях здравоохранения области, провести обучение по работе с молодыми специалистами; в университете, возможно, имеет смысл с 3-го курса проводить тренинги на эмоциональное выгорание, мероприятия по профилактике такого выгорания и повышению мотивации к медицинской деятельности.

Существует серьезная проблема с удержанием будущих молодых кадров на раннем уровне их образовательной траектории: 54% учащихся медицинских классов планируют поступать в медицинские учреждения в других регионах России, только 19%



**Рис. 4.** Ответы респондентов на вопрос: «Оцените, пожалуйста, насколько привлекательны для Вас следующие меры поддержки и стимулирования медицинских работников. Могли бы они повлиять на принятое Вами решение по трудоустройству в пользу Белгородской области (ответьте гипотетически, даже если не собирались покинуть регион)?».

## История и социология здравоохранения и медицины

идут в университет региона. Не менее серьезно стоит вопрос с диверсификацией выпускников профильных училищ: 17% поедут продолжать образование в другой регион, 20%, по-видимому, поменяют профессиональный профиль и пойдут обучаться другой специальностью. Среди выпускников медицинского института потери (миграция в другие регионы) составит 38%. *Риск ситуации*: регион теряет порядка 50% потенциально высокомотивированных и лучших медицинских кадров на этапе самоопределения выпускников медицинских образовательных организаций и почти 40% — на этапе поступления в ординатуру. Как правило, такая потеря приходится на долю лучших потенциальных кадров. Необходимо продумать дополнительные мероприятия повышения заинтересованности школьников к поступлению в региональные университеты; возможно, расширить список направлений ординатуры и(или) иных мер, удерживающих выпускников; усилить работу с целевыми контрактами.

Продолжением вышеобозначенной проблемы является проблема оттока абитуриентов из региона: 70% выпускников профильных медицинских классов после окончания обучения в университете или училище (независимо от того, где они это сделают) планируют уехать в другой регион; 10% останутся в региональном центре и не вернутся в район, изначально проживая в районе; только чуть менее 8% вернутся в районы. *Риск*: проблемы с кадрами для здравоохранения будут становиться все острее, они формируются со школьной скамьи. Эта проблема требует детального изучения — отток кадров связан с существующим общественным мнением, надо продумывать мероприятия, способные изменить общественное мнение; отношение к региону как к месту «нежелательного трудоустройства» в сфере здравоохранения связано, в том числе, с ситуацией на рабочих местах, с которой сталкиваются обучающиеся за время своих практик и стажировок (по результатам фокус-групп). Необходимо пересматривать систему работы с молодыми специалистами.

Оценивая возможность трудоустройства, только 22% говорят, что это достаточно легко, существует *риск*, что выпускники, столкнувшись с проблемами трудоустройства, могут получить дополнительную причину для миграции в другой регион. Необходимо проверить эффективность системы трудоустройства, пересмотреть ее элементы на наличие сбоев, рассмотреть возможность организации раннего трудоустройства в медицинской отрасли.

Треть выпускников медицинских образовательных учреждений хотят трудиться так, чтобы развиваться профессионально, иметь возможность для роста. *Риск* такой, казалось, положительной мотивации связан с тем, что отсутствие удовлетворения этого требования, которое молодые специалисты фиксируют на этапе практик и стажировок, становится причиной выбора иных трудовых и миграционных стратегий. Если сделать видимой возможность такого роста на рабочем месте, можно получить дополнительные преимущества в выборе рабо-

чего места молодыми специалистами. Необходимо проанализировать, что может способствовать и прозрачно доказывать наличие системы такого роста на рабочем месте в регионе, усилить мероприятия, сделать их более видимыми, показывать их как аргументы в принятии решения.

Анализируя факторную модель выбора рабочего места, мы выявили, что более 80% выпускников выбрали соответствие рабочего места полученной специальности, оплату труда, материально-техническую базу рабочего места, оснащенность рабочих мест, возможность профессионального и карьерного роста. Возникает серьезный *риск* несоответствия реальных рабочих мест требованиям. Более того, мы видим, что на этапе оценки такого соответствия наиболее важные факторы принятия решений имеют невысокие показатели. Возникает необходимость проведения постоянного мониторинга удовлетворенности сотрудников (и молодых специалистов), что позволит улучшить ситуацию на рабочих местах и сделать их более привлекательными и конкурентоспособными.

Отдельной и достаточно острой проблемой является то, что в учреждениях регионального здравоохранения есть признаки дискриминации по возрасту, показывающие, что данный вид дискриминации формирует модели поведения, включенные в корпоративную культуру отрасли здравоохранения региона. Высокие значения дискриминации на рабочем месте и по образованию, наличию нужных связей, должности, внешнему виду и даже полу — их фиксируют более 20% наших выпускников. *Риск* связан с тем, что этот показатель дает нам информацию и о психологическом климате, о равенстве возможностей и стиле управления. Необходимо внимательно присмотреться к ситуации, т. к. в отношении молодых специалистов этот показатель формирует общий фон, который способен также влиять на желание трудоустроиться в регионе.

Последним проблемным компонентом является результат оценки мероприятий поддержки: так, привлекательными более чем для 80% респондентов становятся профессиональные конкурсы с большой единовременной выплатой, доплата в условиях риска, устройство детей в детский сад, единовременное пособие в размере 2 должностных окладов, оплата санаторно-курортного лечения, жилищно-коммунальных услуг, именные стипендии врачам, надбавка молодым специалистам, психологическая помощь. Запросы со стороны молодых специалистов не так высоки, но касаются постоянной поддержки, которая требует организации со стороны региональных властей, изменения системы стимулирования в здравоохранении. Нельзя забывать и про баланс — привлечение молодых специалистов в отрасль не снижает проблему удержания опытных кадров в ней.

## Заключение

Проведенное исследование показывает сложность и многоуровневость проблемы организации

эффективного кадрового воспроизводства в системе регионального здравоохранения. Данная проблема, как правило, не носит локальный характер — она системна на федеральном уровне, характерна для многих регионов. Тяжесть труда врачей, риск, несоответствие ему обеспечения и стимулирования, проблемы организации медицинского труда — все эти вопросы обозначились остро, создав кадровую миграцию, отток кадров из отрасли, часто поставив региональное здравоохранение в первый ряд проблем территории.

Комплексность проблемы требует системного анализа. Как показало исследование, истоки ситуации зарождаются на школьной скамье — положительный эффект профильных классов полностью нивелируется слабой профориентационной и мотивационной работой с учащимися. Далее ситуацию усугубляет отсутствие внимания к мотивации студентов училищ и университетов — итогом становятся слабо мотивированные кадры, выгоревшие молодые специалисты, не способные эффективно участвовать в своей деятельности, ориентированные на поиск лучших условий. Это только одна часть ситуации. Вторая связана с отсутствием ориентации со стороны системы здравоохранения на запрос молодых специалистов, снижение внимание к тому, что тяжелый труд требует большей адаптации кадров, поддержки принятого решения и, конечно, мероприятий повышения престижности профессии не только для врачей, но и для общества.

Важнейшим моментом является общественное мнение: оно становится важным фактором принятия решений, создает общий фон отношения к профессии, деятельности, выбору молодых людей в этой сфере, определению общих жизненных и трудовых стратегий. Эта тонкая, социально-инженерная задача настроит общественный фон региона, создаст социальный посыл для молодого специалиста, на который он сможет опереться даже в случае сомнений и разочарований.

Статья подготовлена при финансовой поддержке государственного задания FZWG-2023-0016, тема «Жизненные стратегии молодежи в условиях геополитической трансформации российского пространства».

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Бурганова Л. А., Нуриева Э. М. Молодежь на неформальном рынке труда // Вестник экономики, права и социологии. 2013. № 2. С. 195—199.
- Скутнева С. В. Стратегии жизненного самоопределения молодежи в трудовой сфере // Социологические исследования. 2006. № 10. С. 88.
- Тореев В. Б. Трудовые стратегии молодежи // Народонаселение. 2014. № 4. С. 95—103.
- Явон С. В. Современная молодежь на рынке труда: гендерные аспекты проблемы // Сервис plus. 2010. № 2. С. 29—34.
- Голиусова Ю. В., Ключарев Г. А. О стратегиях занятости современной молодежи // Россия реформирующаяся. 2017. № 15. С. 72—90.
- Меренков А. В., Сандлер Д. Г., Шаврин В. С. Особенности изменений ориентаций выпускников бакалавриата на трудоустройство // Образование и наука. 2019. Т. 21, № 10. С. 116—142.
- Кох И. А., Орлов В. А. Ценности и профессиональное самоопределение студенческой молодежи // Образование и наука. 2020. Т. 22, № 2. С. 142—169.
- Пасовец Ю. М. Профессиональный выбор молодежи в современных российских условиях // Инноватика и экспертиза: научные труды. 2019. № 1. С. 166—176.
- Кондратенко Н. А., Шашкова С. Н. Профессиональное самоопределение учащейся молодежи // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. 2018. № 1. С. 71—79.
- Ядова М. А. Нестандартные трудовые стратегии молодежи в трансформирующемся российском обществе // Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке / под ред. З. Х. Саралиевой. Н. Новгород; 2014. С. 299—303.
- Колесникова Е. М., Куденко И. А. Интерес к stem-профессиям в школе: проблемы профориентации // Социологические исследования. 2020. № 4. С. 124—133.
- Мартынова М. Д. Влияние виртуальной реальности на формирование современного поколения молодежи: проблемы самореализации молодежи в ситуации глокализации // ЦИТИСЭ. 2019. № 3. С. 30.
- Клочкова Е. Н., Садовникова Н. А. Трансформация образования в условиях цифровизации // Открытое образование. 2019. Т. 23, № 4. С. 13—22.
- Алиев Ш. И. Трудовые стратегии молодежи Дагестана // Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. 2013. № 3. С. 243—248.
- Безруков А. В. Стратегии трудового самоопределения молодежи (на примере исследования молодежи г. Перми) // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. 2017. № 1. С. 283—289.
- Барков Ф. А., Посухова О. Ю., Сериков А. В., Страдзе А. Трудовое поведение молодежи: социологическая диагностика в контексте повышения эффективности региональной молодежной политики (на примере Ростовской области) // Вестник РАН. 2013. Т. 13, № 3. С. 106—112.
- Присяжная Н. В., Лебедь О. Л., Камалетдинова С. М. Направления развития медицины по мнению медиков-руководителей // Социология и общество: традиции и инновации в социальном развитии регионов: сборник докладов VI Всероссийского социологического конгресса / под ред. В. А. Мансурова. М.; 2020. С. 2604—2615.
- Садыков Р. М., Мигунова Ю. В. Роль кадрового обеспечения медицинских организаций в контексте проблем российского здравоохранения // Известия Уфимского научного центра РАН. 2019. № 3. С. 74—80.
- Ширшова И. Е., Ивенская Т. А. Нехватка медицинских кадров — актуальная проблема медицины в Туапсинском районе // Молодая наука — 2016: материалы VII Открытой международной молодежной научно-практической конференции, посвященной 70-летию основания Краснодарского регионального отделения Русского географического общества и 20-летию основания Филиала РГГМУ в г. Туапсе / под ред. М. С. Аракелова, С. А. Мерзаканова. Краснодар; 2017. С. 429—431.
- Башкуева Е. Ю. Кадровые проблемы системы здравоохранения республики Бурятия в условиях модернизации // Интеллигенция, ее гражданские позиции в современном мире, материалы XI Международной научной конференции: в 2 тт. Улан-Удэ; 2016. Т. 1. С. 288—293.
- Шаповалова И. С., Бовкунова А. В., Шаповалов А. А. Проблема регионального воспроизводства медицинских кадров // Болотова И. С., Бовкунова А. В., Божков Ю. Н. и др. Национальные социально-экономические системы в условиях перехода к новому технологическому укладу. Белгород; 2021. С. 263—276.
- Залаяев А. Р. Социальный портрет и профессиональные стратегии российского студента-медика (результаты эмпирического исследования) // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2017. № 39. С. 204—215.
- Залаяев А. Р. Проблемы профессионально-трудовой мотивации и трудоустройства выпускников медицинских специальностей учреждений профессионального образования республики Татарстан // Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке / под ред. З. Х. Саралиевой. Н. Новгород; 2014. С. 633—636.
- Тарасенко Л. В., Безвербная Н. А. Карьерные стратегии выпускников российских медицинских вузов (на примере Ро-

История и социология здравоохранения и медицины

стовской области) // Социально-гуманитарные знания. 2013. № 7. С. 303—309.

25. Клоктунова Н. А. Исследование факторов, влияющих на профессиональный выбор студентов в сфере медицинского образования: международный опыт // Теория и практика общественного развития. 2013. № 9. С. 83—86.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Burganova L. A., Nurieva E. M. Youth in the informal labor market. *Vestnik ekonomiki, prava i sociologii*. 2013; (2): 195—199. (In Russ.)
2. Skutneva S. V. Strategies of life self-determination of young people in the labor sphere. *Sociologicheskie issledovaniya*. 2006; (10): 88. (In Russ.)
3. Toreev V. B. Employment strategies of youth. *Narodonaselenie*. 2014; (4): 95—103. (In Russ.)
4. Yavon S. V. Modern youth in the labor market: gender aspects of the problem. *Servis plus*. 2010; (2): 29—34. (In Russ.)
5. Goliusova Y. V., Klyucharev G. A. About employment strategies of modern youth. *Rossiya reformiruyushchayasya*. 2017; (15): 72—90. (In Russ.)
6. Merenkov A. V., Sandler D. G., Shavryn V. S. Peculiarities of changes in orientations of bachelor's graduates for employment. *Obrazovanie i nauka*. 2019; 21 (10): 116—142. (In Russ.)
7. Koch I. A., Orlov V. A. Values and professional self-determination of student youth. *Obrazovanie i nauka*. 2020; 22 (2): 142—169. (In Russ.)
8. Pasovets Yu. M. Professional choice of youth in modern Russian conditions. *Innovatika i ekspertiza: nauchnye trudy*. 2019; (1): 166—176. (In Russ.)
9. Kondratenko N. A., Shashkova S. N. Professional self-determination of student youth. *Izvestiya Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Gumanitarnye nauki*. 2018; (1): 71—79. (In Russ.)
10. Yadova M. A. Non-standard employment strategies of youth in the transforming Russian society. *Social'nye innovacii v razvitii trudovykh otnoshenij i zanyatosti v XXI veke*. Nizhny Novgorod; 2014: 299—303. (In Russ.)
11. Kolesnikova E. M., Kudenko I. A. Interest in stem professions at school: career orientation problems. *Sociologicheskie issledovaniya*. 2020; (4): 124—133. (In Russ.)
12. Martynova M. D. The influence of virtual reality on the formation of the modern generation of youth: problems of self-realization of youth in the situation of glocalization. *CITYSE*. 2019; (3): 30. (In Russ.)
13. Klochkova E. N., Sadovnikova N. A. Transformation of education in the conditions of digitalization. *Otkrytoe obrazovanie*. 2019; 23 (4): 13—22. (In Russ.)
14. Aliyev Sh. I. Labor strategies of the youth of Dagestan. *Vestnik Belgorodskogo universiteta kooperacii, ekonomiki i prava*. 2013; (3): 243—248. (In Russ.)
15. Bezrukov A. V. Strategies of labor self-determination of young people (for example, studies of young people in Perm). *Social'nye i gumanitarnye nauki: teoriya i praktika*. 2017; (1): 283—289. (In Russ.)
16. Barkov F. A., Posukhova O. Yu., Serikov A. V., Stradze A. Work behavior of youth: sociological diagnostics in the context of increasing the effectiveness of regional youth policy (on the example of Rostov region). *Vestnik RAEN*. 2013; 13 (3): 106—112. (In Russ.)
17. Prisyazhnaya N. V., Lebed O. L., Kamaletdinova S. M. Directions for the development of medicine in the opinion of medical managers. In: Mansurov V. A. (ed.) *Sociologiya i obshchestvo: tradicii i innovacii v social'nom razvitii regionov*: Proceedings of the VI All-Russian Sociological Congress. Moscow; 2020; 2604—2615. (In Russ.)
18. Sadikov R. M., Mygunova Yu. V. The role of staffing of medical organizations in the context of Russian health care problems. *Izvestiya Ufimskogo nauchnogo centra RAN*. 2019; (3): 74—80. (In Russ.)
19. Shirshova I. E., Ivenskaya T. A. The shortage of medical personnel is an urgent problem of medicine in the Tuapsin district. In: Arakelova M. S., Merzakanova S. A. (eds.) *Molodaya nauka — 2016*: Materials of the VII Open International Youth Scientific and Practical Conference dedicated to the 70<sup>th</sup> anniversary of the foundation of the Krasnodar regional branch of the Russian Geographical Society and the 20<sup>th</sup> anniversary of the foundation of the RGSUMU branch in Tuapse. Krasnodar; 2017: 429—431. (In Russ.)
20. Bashkueva E. Yu. Personnel problems of the healthcare system of the Republic of Buryatia in the context of modernization. In: *Intelligenciya, ee grazhdanskije pozicii v sovremennom mire*, materials of the XI International Scientific Conference: in 2 volumes. 2016; 1: 288—293. (In Russ.)
21. Shapovalova I. S., Bovkunova A. V., Shapovalov A. A. The problem of regional reproduction of medical personnel. In: Bolotova I. S., Bovkunova A. V., Bozhkov Y. N. et al. *Nacional'nye social'no-ekonomicheskie sistemy v usloviyah perekhoda k novomu tekhnologicheskomu ukladu*. Belgorod; 2021: 263—276. (In Russ.)
22. Zalyaev A. R. Social portrait and professional strategies of the Russian medical student (results of empirical research). *Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sociologiya. Politologiya*. 2017; (39): 204—215. (In Russ.)
23. Zalyaev A. R. Problems of professional and labor motivation and employment of graduates of medical specialties of the Institute of Vocational Education of the Republic of Tatarstan. In: Saraliev Z. Kh. (ed.) *Social'nye innovacii v razvitii trudovykh otnoshenij i zanyatosti v XXI veke*. Nizhny Novgorod; 2014: 633—636.
24. Tarasenko L. V., Bezverbnaya N. A. Career strategies of graduates of Russian medical universities (for example, Rostov region). *Social'no-gumanitarnye znaniya*. 2013; (7): 303—309. (In Russ.)
25. Kloktonova N. A. Study of factors influencing the professional choice of students in the field of medical education: international experience. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. 2013; (9): 83—86. (In Russ.)

# Экономические, управленческие и правовые аспекты здравоохранения и медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 614.2

Абесалашвили М. З.<sup>1</sup>, Хлебникова А. А.<sup>2</sup>, Багова И. Р.<sup>3</sup>

## ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО И ИНТРАПРЕНЕРСТВО В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

<sup>1</sup>Кубанский казачий государственный институт пищевой индустрии и бизнеса (филиал) ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К. Г. Разумовского (Первый казачий университет)», 353500, Темрюк, Россия;  
<sup>2</sup>Кубанский институт социэкономии и права (филиал) ОУП ВО «Академия труда и социальных отношений», 350062, Краснодар, Россия;  
<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 353500, Майкоп, Россия

*В статье рассмотрены теоретические подходы к определению сущности и особенностей организации предпринимательской деятельности в сфере общественного здравоохранения. Акцент сделан на инновационном предпринимательстве, которое предполагает выход на новые, часто неизвестные или непроверенные рынки, которые характеризуются высокой неопределенностью. Предпринимательство, основанное на инновациях, не обязательно требует новых высокотехнологичных достижений — скорее, это новая рекомбинация, которая создает новый способ ведения определенного набора видов деятельности. Отмечено, что интрапренерство, в основе которого лежат инновационные разработки сотрудников медицинских организаций, также является формой предпринимательской деятельности в сфере общественного здравоохранения.*

**Ключевые слова:** общественное здравоохранение; предпринимательство; интрапренерство; медицинские организации; дизайн-мышление

**Для цитирования:** Абесалашвили М. З., Хлебникова А. А., Багова И. Р. Предпринимательство и интрапренерство в общественном здравоохранении: теоретический обзор. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):784—788. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-784-788>

**Для корреспонденции:** Абесалашвили Маринэ Зауровна, e-mail: abesala\_m@mail.ru

Abesalashvili M.Z.<sup>1</sup>, Khlebnikova A.A.<sup>2</sup>, Bagova I.R.<sup>3</sup>

## ENTREPRENEURSHIP AND INTRAPRENEURSHIP IN PUBLIC HEALTH: A THEORETICAL REVIEW

<sup>1</sup>Kuban Cossack State Institute of Food Industry and Business (branch) of the Moscow State University of Technology and Management named after K.G. Razumovsky (First Cossack University), 353500, Temryuk, Russia;  
<sup>2</sup>Kuban Institute of Socioeconomics and Law (branch) of the Academy of Labor and Social Relations, 350062, Krasnodar, Russia

*The article considers theoretical approaches to determining the essence and characteristics of the organization of entrepreneurial activity in the field of public health. The emphasis is on innovative entrepreneurship, which involves entering new, often unknown or untested markets, which are characterized by high uncertainty. Innovation-driven entrepreneurship does not necessarily require new high-tech advances — rather, it is a new recombination that creates a new way of doing a certain set of activities. It is noted that intrapreneurship, which is based on innovative developments of employees of medical organizations, is also a form of entrepreneurial activity in the field of public health.*

**Keywords:** public health; entrepreneurship; intrapreneurship; medical organizations; design thinking

**For correspondence:** Marine Z. Abesalashvili, e-mail: abesala\_m@mail.ru

**For citation:** Abesalashvili M.Z., Khlebnikova A.A., Bagova I.R. Entrepreneurship and intrapreneurship in public health: a theoretical review. The problems of social hygiene, public health and history of medicine. 2023;31(special issue):784–788. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-784-788>

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

### Введение

Предпринимательство в области общественного здравоохранения (ОЗ) — это развивающаяся область, движимая желанием студентов и практических работников сферы ОЗ быть более ориентированными на действия. В недавнем исследовании студенты, изучающие ОЗ, заявили, что:

- исследования в области ОЗ должны сопровождаться действиями;

- предпринимательство в области ОЗ обеспечивает потенциальный путь для действий;
- для предпринимательства в области ОЗ требуется уникальный набор навыков;
- предпринимательство в области ОЗ предоставляет возможность для межпрофессионального сотрудничества и перекрестных междисциплинарных знаний [1].



**Цель работы** — рассмотреть теоретические подходы к определению сущности, направлений и функций предпринимательства в сфере ОЗ.

### Материалы и методы

Статья написана методом теоретического обзора зарубежной научной литературы по вопросам организации предпринимательской деятельности в сфере ОЗ.

В основу обзора легли научные статьи, опубликованные в рецензируемых журналах в 2007—2023 гг.

### Результаты и обсуждение

Эксперты отмечают, что в научной литературе крайне мало публикаций для понимания предпринимательства в области о ОЗ и обучения ему [2]. В отдельных статьях разработаны комплексные основы для обучения инновациям в области медицинского оборудования, социальному предпринимательству и предпринимательству в целом, но эти взгляды не связаны напрямую с перспективами, проблемами и решениями в области ОЗ и не сосредоточены на них.

J. Farmer и соавт. указывают на использование Друкером термина «предпринимательство» для описания предпринимателей 1800-х гг. как тех, кто перемещает ресурсы в области с большей доходностью. Они применяют это определение к работникам здравоохранения, которые выявляют возможности, мобилизуют людей и ресурсы, включая финансирование; демонстрируют настойчивость в последовательном инициировании новых инициатив путем выявления пробелов, внедрения своего видения, привлечения других и мобилизации ресурсов [3]. D. Hernández и соавт. ссылаются на приведенное J. G. Dees<sup>1</sup> описание социальных предпринимателей как действующих смело, не ограниченных имеющимися ресурсами [4]. S. Wei-Skillern подчеркивает предпринимательское качество мобилизации ресурсов, находящихся вне чьего-либо контроля [5]. S. Orton описывает компетентность в предпринимательстве как способность сочетать навыки, направлять человеческие и другие ресурсы, привлекать стартовые фонды и определять источники дохода для обеспечения устойчивости [6].

Предпринимательство как экспериментальный процесс рассматривается и популяризируется с использованием таких подходов, как метод бережливого запуска, который может подходить не для всех предпринимательских начинаний. Подходящие и эффективные подходы к конкретной проблеме могут зависеть от отрасли, культурных практик, заинтересованных сторон, технологии и других факторов; отсюда необходимость в специализированной структуре. Литература по бизнесу и менеджменту

включает широкий спектр определений и сфер применения предпринимательства.

В недавнем обзоре T. Botelho и соавт. разделили их на четыре категории:

- предпринимательство на основе натурального хозяйства;
- предприниматели, работающие не по найму;
- традиционное предпринимательство;
- предпринимательство, основанное на инновациях [7].

Инновационное предпринимательство предполагает выход на новые, часто неизвестные или непроверенные рынки, которые характеризуются высокой неопределенностью. Предпринимательство, основанное на инновациях, не обязательно требует новых высокотехнологичных достижений, скорее это новая рекомбинация, которая создает новый способ ведения определенного набора видов деятельности.

Социальное предпринимательство, которое можно рассматривать как элемент инновационного, в свою очередь, обусловлено социальными инновациями и желанием произвести социальные изменения. J. G. Dees определяет социальных предпринимателей как тех, кто играет роль проводников изменений в социальном секторе, принимая миссию, признавая и неустанно используя новые возможности для выполнения этой миссии, участвуя в процессе непрерывных инноваций с подотчетностью обслуживаемым группам населения и достигнутым результатам; и действуя смело, не будучи ограниченными имеющимися ресурсами<sup>2</sup>. Предпринимательство в области ОЗ является формой социального предпринимательства.

Предпринимательство в области ОЗ было определено как «применение предпринимательских навыков для улучшения общественного здравоохранения» [8]. Это определение подразумевает включение интрапренерства: применение предпринимательского мышления и набора навыков в рамках существующей организации. Предпринимательство и интрапренерство в области ОЗ (Public health entrepreneurship and intrapreneurship — PHEI) берут за отправную точку миссию ОЗ и социальную справедливость [9]. Основные компоненты PHEI и их характеристики представлены в таблице.

Предпосылкой PHEI является дизайн-мышление, ориентированное на человека. Дизайн-мышление — это методология решения проблем, которая фокусируется на глубоком понимании, быстрой генерации идей и создании прототипов для создания инновационных решений сложных задач [10]. Это адаптивный процесс к инновациям, в котором приоритет отдается потребностям и ценностям наиболее пострадавших людей. Привлечение сообществ к выявлению потребностей и активов уже является характеристикой ОЗ, основанного на фактических данных. Дизайн-мышление добавляет элементы быстрого прототипирования, тестирования и повторе-

<sup>1</sup> Dees J. G. The meaning of «social entrepreneurship». URL: [https://centers.fuqua.duke.edu/case/wp-content/uploads/sites/7/2015/03/Article\\_Deess\\_MeaningofSocialEntrepreneurship\\_2001.pdf](https://centers.fuqua.duke.edu/case/wp-content/uploads/sites/7/2015/03/Article_Deess_MeaningofSocialEntrepreneurship_2001.pdf) (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>2</sup> Там же.

Структурные компоненты предпринимательства  
и интрапренерства в области ОЗ

Компонент	Характеристика
Дизайн-мышление	Адаптивный, повторяющийся, ориентированный на клиента инновационный процесс, требующий культурного сдвига в ОЗ для управления рисками и неудачами
Мобилизация ресурсов	Мобилизация людей и ресурсов для ускорения инноваций, включая смешанное финансирование для тестирования и масштабирования новых идей
Финансовая жизнеспособность	Создание моделей получения дохода или экономия средств для обеспечения финансовой устойчивости
Междисциплинарность	Преодоление изоляции внутри дисциплин ОЗ и с другими дисциплинами; вовлечение частного, государственного, некоммерческого секторов
Укрепление систем	Включение существующих систем в разработку и внедрение инноваций вместо создания параллельных систем

Источник: составлено автором на основе [2].

ния с постоянной обратной связью от пользователей, чтобы генерировать быстрые циклы неудач и ускорять обучение [11].

Организации на базе местных сообществ могут выступать в качестве лабораторий для разработки новых решений и предоставления услуг. Государственные работники ОЗ также могут быть источником предпринимательской деятельности.

Творчеству можно научиться, однако формирование культуры инноваций в ОЗ требует выделения времени и ресурсов для повторения ошибок и извлечения уроков из них. Это включает в себя признание того, что инновации сопряжены с высоким риском неудачи, и обучение управлению рисками. Эти элементы дизайн-мышления нашли отражение в различных подходах к определению инноваций в сфере ОЗ, которые являются неотъемлемой частью современных эффективных бизнес-процессов.

Так, например, J. S. Fisher определяет инновации в ОЗ как «разработку нового процесса, политики, продукта или программы, которые повышают качество, воздействие и эффективность, инновация в области ОЗ воплощает в себе следующие характеристики: является новаторской; отражает динамичное состояние изменений, присущих трансформации ОЗ; происходит за счет внутреннего или межсекторального сотрудничества; предполагает совместное производство процесса, политики, продукта или программы с партнерами, заинтересованными сторонами и/или потребителями; обладает потенциалом для создания новых или усовершенствованных средств создания ценности; поддается адаптации и принятию/тиражированию и распространению; генерирует информацию в режиме реального времени для оценки и коррекции курса; и, если это связано с технологией, использует технологию с открытым исходным кодом (т. е. технология находится в общественном достоянии), чтобы облегчить адаптацию и внедрение/тиражирование» [12].

Е. Natef и соавт. отмечают, что «инновационный подход к ОЗ как модифицированная парадигма решения проблем включает определение проблемы ОЗ; оценку масштабов и нахождение ключевых детерминант проблемы в парадигме ОЗ; разработку и

прототипирование продукта или вмешательства; определение приоритетов для выбора программы или политики наибольшего воздействия; и построение бизнес-модели, внедрение программы и оценку результатов. Этот процесс по своей сути является междисциплинарным, поскольку ОЗ поощряет сотрудничество представителей различных специальностей для достижения общей цели» [13].

J. A. Davis и соавт. акцентируют внимание на том, что инновации воплощаются в сильной приверженности организации «участвовать и поддерживать новые идеи, новизну, экспериментирование и творческие процессы, которые могут привести к появлению новых продуктов, услуг или технологических процессов» [14].

По мнению M. Fung и соавт., «инновационные вмешательства в области ОЗ, как правило, являются новыми и отличаются от общепринятых вмешательств. Они должны быть справедливыми, применимыми ко всем слоям населения, экономически эффективными и могут затрагивать детерминанты здоровья в секторе общества, не связанном со здравоохранением. Хорошая база фактических данных идеальна, но иногда может оказаться необходимым учитывать, что у PNHs отсутствуют доказательства» [15].

Эффективное предпринимательство и интрапренерство в ОЗ требует обеспечения финансовой жизнеспособности предпринимательской идеи. Финансирование является важным компонентом мобилизации ресурсов, и в более традиционных учреждениях ОЗ существует потребность в небольших грантах, которые поддерживают прототипные проекты и позволяют создателям доводить идеи до провала или успеха. Также необходимо подчеркнуть важность финансирования со стороны частного сектора и плательщиков из сектора здравоохранения, включая сети крупных поставщиков и организации управляемого ухода; а также необходимость привлечения новых игроков и подходов к социальным инвестициям. Очевидно, что для внедрения новых моделей финансирования, объединяющих средства из различных источников, необходимы гибкие потоки финансирования.

Построение рабочей бизнес-модели также является важным компонентом внедрения инновационного подхода в области ОЗ; соединение прямых инноваций в секторе здравоохранения с глобальными и внутренними проблемами ОЗ, первая из которых часто поддерживается венчурным капиталом и ориентирована на получение прибыли, а вторая требует некоммерческого подхода. Финансовая жизнеспособность может относиться либо к бизнес-модели, которая генерирует новые источники дохода, например, в случае нового предприятия; либо к той, которая приводит к повышению эффективности и экономии средств, например, в случае интрапренерства в государственных медицинских учреждениях.

В практике предпринимательства и интрапренерства команды PHEI являются междисциплинарными, обладают компетенциями и навыками в об-

ласти ОЗ, такими как управление здравоохранением, политика, эпидемиология, биоинформатика, социальные и поведенческие науки, питание и науки об окружающей среде; наряду с ролями и профессиями из других областей: инженерии, информационных технологий, образования, городского планирования, социальных медиа, дизайна, менеджмента и финансов [16]. Помимо внутреннего состава команды, РНЕИ использует партнерские отношения между секторами при разработке и внедрении инноваций в области ОЗ. К ним могут относиться местные департаменты здравоохранения, эксперты по политике, гражданские и бизнес-технологи, финансирующие организации, общественные организации и университеты. В более широком смысле РНЕИ подразумевает децентрализованный, многосекторальный, горизонтальный подход к совместному решению проблем, формированию альянсов и объединению множества участников, таких как предприниматели, активисты, экономисты, академики, научные работники, исследователи, частный сектор, государственный сектор, пользователи технологий. Таким образом, РНЕИ устраняет разрозненность внутри и за пределами ОЗ на нескольких уровнях, включая внутреннюю команду, официальных партнеров и других сотрудников.

### Заключение

Благодаря этому сетевому подходу продукты и услуги, созданные с помощью предпринимательства и интрапренерства, направлены на укрепление существующих систем, а не на создание параллельных систем, путем тщательного рассмотрения и интеграции существующей инфраструктуры и заинтересованных сторон в сфере ОЗ. Системное мышление предпринимателей требует выхода за рамки традиционных подходов к организации здравоохранения, чтобы понять взаимосвязи между текущими объектами, процессами и явлениями и то, как эти взаимодействия изменятся в результате предлагаемой инновации. В сочетании с предпринимательской ориентацией системное мышление может привести к новому подходу, ориентированному на решение сложных проблем; этот аспект предпринимательства и интрапренерства в ОЗ имеет решающее значение для улучшения здоровья населения.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Becker E. R.B., Chahine T., Shegog R. Public health entrepreneurship: a novel path for training future public health professionals // *Front Public Health*. 2019. Vol. 7. P. 89.
2. Chahine T. Toward an understanding of public health entrepreneurship and intrapreneurship // *Front Public Health*. 2021. Vol. 9. P. 593553.
3. Farmer J., Kilpatrick S. Are rural health professionals also social entrepreneurs? // *Soc. Sci. Med.* 2009. Vol. 69. P. 1651—1658.

4. Hernández D., Carrión D., Perotte A., Fullilove R. Public health entrepreneurs: training the next generation of public health innovators // *Public Health Rep.* 2014. Vol. 129. P. 477—481.
5. Wei-Skillern S. Networks as a type of social entrepreneurship to advance population health // *Preventing Chronic Disease*. 2010. Vol. 7, N 6. P. A120.
6. Orton S., Umble K., Zelt S. et al. Management academy for public health: creating entrepreneurial managers // *Am. J. Public Health*. 2007. Vol. 97. P. 601—605.
7. Botelho T., Fehder D. C., Hochberg Y. V. Innovation driven entrepreneurship working paper. 2021. URL: <https://www.nber.org/papers/w28990>
8. Dees J. G. The meaning of «social entrepreneurship». URL: [https://centers.fuqua.duke.edu/case/wp-content/uploads/sites/7/2015/03/Article\\_Dees\\_MeaningofSocialEntrepreneurship\\_2001.pdf](https://centers.fuqua.duke.edu/case/wp-content/uploads/sites/7/2015/03/Article_Dees_MeaningofSocialEntrepreneurship_2001.pdf) (дата обращения: 01.04.2023).
9. Jacobson P. D., Wasserman J., Wu H. W., Lauer J. R. Assessing entrepreneurship in governmental public health // *Am. J. Public Health*. 2015. Vol. 105. P. S318—S322.
10. Erwin P. C., Brownson R. C. The public health practitioner of the future // *Am. J. Public Health*. 2017. Vol. 107. P. 1227—1232.
11. Shrimali B. P., Luginbuhl J., Malin C. et al. The building blocks collaborative: advancing a life course approach to health equity through multi-sector collaboration // *Matern. Child Health J.* 2013. Vol. 18. P. 373—379.
12. Lister C., Payne H., Hanson C. L. et al. The public health innovation model: merging private sector processes with public health strengths // *Front. Public Health*. 2017. Vol. 5. P. 192.
13. Fisher J. S. Public health accreditation board's innovation center continues the mission to advance the quality and performance of health departments // *J. Public Health Manag. Pract.* 2018. Vol. 24. P. S117—S119.
14. Hatef E., Sharfstein J. M., Labrique A. B. Innovation and entrepreneurship // *J. Public Health Manag. Pract.* 2018. Vol. 24. P. 99—101.
15. Davis J. A., Marino L. D., Vecchiarini M. Exploring the relationship between nursing home financial performance and management entrepreneurial attributes // *Adv. Health Care Manag.* 2013. Vol. 14. P. 147—165.
16. Fung M., Simpson S., Packer C. Identification of innovation in public health // *J. Public Health*. 2010. Vol. 33. P. 123—130.
17. Dalton C. B. Enablers of innovation in digital public health surveillance: lessons from Flutracking // *Int. Health*. 2017. Vol. 9. P. 145—147.

Поступила 27.02.2023

Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Becker E. R.B., Chahine T., Shegog R. Public health entrepreneurship: a novel path for training future public health professionals. *Front Public Health*. 2019;7:89.
2. Chahine T. Toward an understanding of public health entrepreneurship and intrapreneurship. *Front Public Health*. 2021;9:593553.
3. Farmer J., Kilpatrick S. Are rural health professionals also social entrepreneurs? *Soc. Sci. Med.* 2009;69:1651—1658.
4. Hernández D., Carrión D., Perotte A., Fullilove R. Public health entrepreneurs: training the next generation of public health innovators. *Public Health Rep.* 2014;129:477—481.
5. Wei-Skillern S. Networks as a type of social entrepreneurship to advance population health. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(6):A120
6. Orton S., Umble K., Zelt S. et al. Management academy for public health: creating entrepreneurial managers. *Am. J. Public Health*. 2007;97:601—605.

7. Botelho T., Fehder D. C., Hochberg Y. V. Innovation-driven entrepreneurship working paper. 2021. URL: <https://www.nber.org/papers/w28990>
8. Dees J. G. The meaning of «social entrepreneurship». URL: [https://centers.fuqua.duke.edu/case/wp-content/uploads/sites/7/2015/03/Article\\_Deess\\_MeaningofSocialEntrepreneurship\\_2001.pdf](https://centers.fuqua.duke.edu/case/wp-content/uploads/sites/7/2015/03/Article_Deess_MeaningofSocialEntrepreneurship_2001.pdf) (дата обращения: 01.04.2023).
9. Jacobson P. D., Wasserman J., Wu H. W., Lauer J. R. Assessing entrepreneurship in governmental public health. *Am. J. Public Health.* 2015;105:S318—S322.
10. Erwin P. C., Brownson R. C. The public health practitioner of the future. *Am. J. Public Health.* 2017;107:1227—1232.
11. Shrimali B. P., Luginbuhl J., Malin C. et al. The building blocks collaborative: advancing a life course approach to health equity through multi-sector collaboration. *Matern. Child Health J.* 2013;18:373—379.
12. Lister C., Payne H., Hanson C. L. et al. The public health innovation model: merging private sector processes with public health strengths. *Front. Public Health.* 2017;5:192.
13. Fisher J. S. Public health accreditation board's innovation center continues the mission to advance the quality and performance of health departments. *J. Public Health Manag. Pract.* 2018;24:S117—S119.
14. Hatef E., Sharfstein J. M., Labrique A. B. Innovation and entrepreneurship. *J. Public Health Manag. Pract.* 2018;24:99—101.
15. Davis J. A., Marino L. D., Vecchiarini M. Exploring the relationship between nursing home financial performance and management entrepreneurial attributes. *Adv. Health Care Manag.* 2013;14:147—165.
16. Fung M., Simpson S., Packer C. Identification of innovation in public health. *J. Public Health.* 2010;33:123—130.
17. Dalton C. B. Enablers of innovation in digital public health surveillance: lessons from Flutracking. *Int. Health.* 2017;9:145—147.

**Ананченкова П. И.<sup>1, 2, 3</sup>**

## ПРОБЛЕМА РИСКОВ В МЕДИЦИНСКОМ ТУРИЗМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>Международная высшая школа медицины, 720009, Бишкек, Республика Кыргызстан;

<sup>3</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

*Известный непредсказуемыми результатами и потенциальными проблемами безопасности пациентов медицинский туризм — это термин, который относится к поездкам за пределы страны (региона) проживания для получения медицинской помощи. В статье представлен обзор литературы, отражающей результаты научных исследований по вопросам медицинских и немедицинских рисков туристов, отправляющихся за границу для получения медицинской помощи. Обзор проведен на основе контент-анализа зарубежных публикаций в научных рецензируемых журналах.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** туризм; медицинский туризм; медицинская помощь; пациент; турист; опасности; риски

**Для цитирования:** Ананченкова П. И. Проблема рисков в медицинском туризме (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):789—793. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-789-793>

**Для корреспонденции:** Ананченкова Полина Игоревна; e-mail: [ananchenkova@yandex.ru](mailto:ananchenkova@yandex.ru)

**Ananchenkova P. I.<sup>1, 2, 3</sup>**

## THE PROBLEM OF RISKS IN MEDICAL TOURISM (LITERATURE REVIEW)

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The International Higher School of Medicine, 720009, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan;

<sup>3</sup>Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Department of Healthcare of the City of Moscow, 115088, Moscow, Russia

*Known for unpredictable outcomes and potential patient safety issues, medical tourism is a term that refers to travel outside the country (region) of residence to receive medical care. The article presents a review of the literature reflecting the results of scientific research on medical and non-medical risks of tourists traveling abroad to receive medical care. The review is based on the content analysis of foreign publications in scientific and peer-reviewed journals.*

**К е y o r d s :** tourism; medical tourism; medical care; patient; tourist; dangers; risks

**For citation:** Ananchenkova P. I. The problem of risks in medical tourism (literature review). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):789–793 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-789-793>

**For correspondence:** Polina I. Ananchenkova; e-mail: [ananchenkova@yandex.ru](mailto:ananchenkova@yandex.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

## Введение

Медицинский туризм — это термин, который относится к поездке в другую страну (регион) для получения медицинской помощи. В некоторых случаях медицинские туристы выезжают за границу региона своего постоянного проживания в поисках альтернативных методов лечения, которые не одобрены в их стране. Медицинский туризм пользуется успехом у миллионов людей каждый год, и он находится на подъеме по целому ряду причин, включая растущие расходы на здравоохранение, отсутствие медицинской страховки, технологий, квалифицированных специалистов и пр.

Тем не менее существуют определенные риски, связанные с поездками для проведения медицинского вмешательства. Хотя медицинские поездки предоставляют пациентам уникальную возможность получить доступ к высококачественному медицинскому обслуживанию с огромной экономией

средств, они также сопряжены с некоторыми рисками как для пациента, так и для поставщика медицинских услуг.

Потенциальные опасности медицинских поездок включают в себя широкий перечень медицинских и немедицинских рисков:

- прием пациентов с высокой степенью контагиозности текущего заболевания;
- риски во время путешествий (например, тромбоз глубоких вен при длительных перелетах);
- медицинские осложнения;
- разные стандарты медицинской этики;
- неоправданность результатов медицинского вмешательства;
- отсутствие финансовых средств для покрытия дополнительных расходов;
- судебные процессы из-за халатности медперсонала;
- подверженность инфекционным заболеваниям в пункте назначения;

- репатриация в страну происхождения и экстренная эвакуация в случае возникновения непредвиденных осложнений;
- политические вопросы и вопросы безопасности в пункте назначения и пр.

Поэтому для программ медицинских путешествий необходимо применять стратегии снижения рисков, чтобы свести к минимуму возможные осложнения и обеспечить отличный уход за пациентами.

**Цель** настоящей работы — провести обзор научной литературы, рассматривающей особенности рисков участников медицинских туристических поездок. При написании статьи были использованы общенаучные методы исследования (анализ, контент-анализ, обобщение).

### Основная часть

Пациенты, ищущие лечение за границей, которые не знакомы с зарубежными услугами, могут выбрать организацию своего лечения через посредника в медицинских поездках или обратиться напрямую к поставщику услуг. Посредник проверяет соответствующих поставщиков медицинских услуг и гарантирует, что путешествующий пациент достаточно здоров для этого. Обычно от пациента требуется предоставить медицинское заключение, в котором указаны характер заболевания, мнение врача, история болезни и диагноз. Затем пациент подписывает соглашение и форму согласия. После этого он оформляет медицинскую визу в соответствующем посольстве. Посредник назначает куратора из страны назначения для организации процедуры. Куратор обычно будет заботиться обо всех потребностях пациента в течение периода времени, пока он проходит лечение.

Таким образом, предполагается, что посредническая роль в медицинском туризме реализуется и в части, которая касается вопросов снижения потенциальных опасностей, с которыми может столкнуться медицинский турист — будущий пациент, получатель медицинской помощи за пределами границ страны (региона) своего постоянного проживания.

Развитие технологий (прежде всего, интернет) и возможность прямого контакта потенциального пациента с медицинской организацией или будущим лечащим врачом, снижают необходимость в посреднических услугах, тем самым повышая потенциальные риски для медицинского туриста, которые ему необходимо знать заранее, осознавать и принимать решения о поездке с учетом возможных угроз.

По мнению ряда исследователей, предполагаемая вероятность того, что действие может подвергнуть человека опасности, может повлиять на решение о поездке, если предполагаемая опасность считается превышающей приемлемый уровень [1]. При принятии туристических решений воспринимаемые риски оказывают наибольшее влияние с точки зрения выбора места назначения [2].

Медицинские услуги считаются товарами доверия, поскольку их качество не может быть точно установлено даже после использования; таким образом, связанный с использованием медицинских услуг риск высок [3]. К. Penney и соавт. отмечают, что пациенты могут быть уязвимы к другим рискам при использовании медицинских услуг за пределами своей страны, включая здоровье, качество обслуживания, пункт назначения путешествия, риски до и после операции [4].

Во время пребывания в пункте назначения путешествия медицинские путешественники могут подхватить инфекцию до или после медицинской процедуры, у них может развиться тромбоз во время дальних перелетов, что может замедлить заживление ран или повлиять на отсутствие компонентов для переливания крови в процессе выздоровления [5].

Хотя путешествия всегда сопряжены с рисками, в литературе активно обсуждаются риски, связанные с авиаперелетами. Более конкретно, перелет с серьезным состоянием здоровья либо до операции (т. е. во время доставки в больницу), либо после операции повышает восприимчивость пациентов к тромбозу глубоких вен (или иногда называемому «тромбозом путешественника», возникающим в результате длительного перелета) [6]. Это происходит, когда в глубоких венах образуются сгустки крови, которые вызывают отек пораженных участков. Пациенты, которые недостаточно хорошо себя чувствуют, чтобы передвигаться во время полета, могут иметь ограниченный приток крови к участкам тела, что приводит к тромбозу глубоких вен [7]. В некоторых случаях сгустки могут смещаться и перемещаться в легкие, вызывая тем самым легочную эмболию. Также было отмечено, что пребывание вдали от семьи, особенно в период восстановления сил за границей, и психическое напряжение во время путешествия могут привести к возникновению психологического и/или эмоционального стресса у медицинских туристов, что представляет еще один тип риска для здоровья, связанного с путешествием [8]. Как указывает В. Kangas, дальнемагистральные перелеты при плохом состоянии здоровья могут привести как к физической, так и к психологической боли; для многих пациентов существующие условия могут ухудшиться, если они предпримут поездки с несколькими остановками [9].

К рискам, которым могут подвергаться пациенты и которые могут оказать явно негативное воздействие на их здоровье, относятся заражение инфекцией после операции во время пребывания в больнице; путешествия во время восстановительного периода; недостаточное кровоснабжение на месте в больнице [7]. Считается также, что проведение процедур, которые являются незаконными в странах проживания пациентов или экспериментальными, может подвергнуть медицинских туристов неизвестным рискам для здоровья, что может быть причиной того, что эти же хирургические процедуры не выполняются в странах их проживания [10]. В связи

с мотивацией затрат и факторами принятия решений существует широкая обеспокоенность тем, что принятие клинических решений на основе стоимости процедуры является рискованным и может иметь негативные последствия для медицинских туристов и их здоровья [11].

В отдельных публикациях была исследована вероятность компенсации в случае осложнений. Большинство поставщиков медицинских услуг, желающих предоставлять услуги медицинским туристам, являются частными, и не существует механизмов контроля практики лечения [12]. Это может привести к ситуации, когда ненужное лечение назначается по соображениям выгоды, а не медицинской необходимости. Прохождение процедуры, которая является незаконной в родной стране туриста, также может подвергнуть медицинских путешественников неизвестным рискам [13]. Что еще более важно, принятие решений о медицинском туризме в первую очередь в результате мотивации, связанной с затратами, может быть рискованным и привести к негативным результатам. Известно, что некоторые пациенты страдают от психологических и эмоциональных расстройств во время восстановления после процедуры в зарубежном пункте назначения [14]. По мнению A. R. Goldbach и соавт., медицинских туристов из южных стран обычно считают более уязвимыми к определенным рискам, учитывая их зачастую недостаточные знания, ограниченные ресурсы и потенциальные предрассудки, с которыми они могут столкнуться, а также их уязвимость к различным преступлениям, таким как ограбление или физическое и сексуальное насилие [15].

Еще одним риском медицинского туризма, отмечаемым в публикациях, является рост недоверия между пациентом и врачом. После лечения медицинские туристы часто возвращаются в свою страну с новыми и потенциально опасными рецептами без эффективных рекомендаций или мониторинга использования. Либо они могут вернуться, когда их заболевание становится более запущенным и/или неизлечимым, и в этот момент доступно меньше вариантов лечения [14]. Таким образом, по мнению V. A. Srooks и соавт., пациенты впоследствии сравнивают лечение на поздней стадии, полученное в их родной стране, с лечением на ранней стадии, полученным за границей, и формируют негативное восприятие местных медицинских услуг [16].

Риски медицинского туризма не ограничиваются возникающими во время нахождения пациентов за границей и не заканчиваются после выписки из больницы. Пациенты могут не обращаться за советом к своим обычным врачам или могут пойти против рекомендаций своих врачей относительно того, нужна операция или нет [17]. В связи с этим медицинские записи пациентов могут стать неполными, поскольку в настоящее время не существует адекватных систем для передачи медицинской информации между больницами, оказывающими услуги медицинского туризма, и домашними врачами пациентов [18]. Эту проблему могут преодолеть паци-

енты, перевозящие свои записи с собой за границу и привозящие новые файлы из-за рубежа для включения в их постоянные записи [19].

Авторы некоторых проанализированных источников предположили, что при возвращении риски для здоровья могут возникнуть из-за отсутствия планирования последующего ухода [20], или что последующий уход может быть сложным из-за информационной неоднородности [21]. Другой риск, с которым можно столкнуться после операции по возвращении домой, заключается в том, что обычно существует мало юридических средств для процедур, в связи с которыми возникли осложнения [22]. Это в первую очередь связано со слабым действием законов о злоупотреблениях, которые существуют во многих странах назначения медицинского туризма [23]. Связанный с этим риск заключается в том, что некоторые врачи в странах базирования могут неохотно лечить медицинских туристов по возвращении домой из-за опасений, что на них подадут в суд за осложнения, возникающие в результате процедур, проведенных за границей — в странах с ограниченными возможностями правовой защиты [24].

Автономия пациента и информированное согласие представляют собой краеугольный камень биоэтики, что иногда могут стать проблемой для медицинских туристов<sup>3</sup>. В контексте медицинского туризма на информированное согласие может повлиять неоднозначная или неполная информация на веб-сайтах, проблемы с получением достоверной информации о показателях успеха и качестве медицинской помощи в учреждениях назначения.

Даже при оптимальных обстоятельствах часто бывает трудно получить информированное согласие на медицинские процедуры; международный аспект вызывает эти опасения еще больше. Ограниченная медицинская грамотность в сочетании с вышеупомянутыми ограничениями в доступе к точной информации может привести к неспособности пациентов принять тщательно обоснованное решение о медицинском туризме и в конечном итоге оценить риски обращения за медицинской помощью в другую страну.

В странах также могут быть разные стандарты медицинской этики. Терапия, которая считается экспериментальной в одной стране (например, терапия стволовыми клетками), может широко использоваться в частных медицинских учреждениях для медицинских туристов в других странах. Аналогичным образом, медицинская этика, связанная с трансплантацией органов, часто различается от страны к стране.

В случае возникновения проблем пациенты могут остаться без возможности требовать возмещения ущерба в судебных процессах о халатности из-за множества задействованных юрисдикций и отсутствия ясности в отношении того, какой закон

<sup>3</sup> Meštrović T. Medical Tourism Risks. URL: <https://www.news-medical.net/health/Medical-Tourism-Risks.aspx> (дата обращения: 12.03.2023).

должен применяться. Трудно найти действенные юридические решения этих проблем, что оказывает давление на системы здравоохранения пациентов на дому, вынуждая их решать их временным способом.

### Заключение

Учитывая проблемы, с которыми люди могут столкнуться во время хирургического вмешательства или поездки за границу, неудивительно, что во всей рассмотренной литературе обсуждались риски медицинского туризма, который сочетает в себе оба этих аспекта.

Были охвачены три категории риска:

- риски для здоровья пациентов;
- риски путешествия;
- риски до и после операции в родной стране.

Ограничение рисков в медицинских поездках требует понимания контекста международного пациента и динамики здравоохранения в разных регионах.

Проведенный обзор литературы отражает глубину исследовательского интереса к проблеме медицинских и немедицинских рисков, возникающих в процессе туристических поездок за пределы региона постоянного проживания с целью получения медицинской помощи. Разнообразие рисков обуславливает необходимость разработки мер по их снижению и страхованию, а также информационной политики в отношении медицинских туристов.

Автор заявляет об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Mansfeld Y., Pizam A. Tourism, security and safety: from theory to practice. Oxford; 2005. P. 27—90.
2. Sönmez S. F., Graefe A. R. Influence of terrorism risk on foreign tourism decisions // *Ann. Tour. Res.* 1998. Vol. 25. P. 112—144.
3. Yeoh E., Othman K., Ahmad H. Patient-centeredness communication strategy for the medical tourism industry // *J. Tour. Res. Hosp.* 2013. Vol. 2. P. 2.
4. Penney K., Snyder J., Crooks V. A., Johnston R. Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: a thematic content analysis of Canadian broker websites // *BMC Med Ethics.* 2011. Vol. 12. P. 17. DOI: 10.1186/1472-6939-12-17
5. Rodríguez J. Y., Rodríguez G. J., Morales-López S. E. et al. Sakse-naea erythrospora infection after medical tourism for esthetic breast augmentation surgery // *Int. J. Infect. Dis.* 2016. Vol. 49. P. 107—110.
6. Carabello J. A medical tourism primer for U.S. physicians // *J. Med. Pract. Mgmt.* 2008. Vol. 23. P. 291—294.
7. MT: Traveller's dream or healthcare nightmare? // *Nurs. Pract. (Lond.)*. 2007. Vol. 38. P. 4—4.
8. Howze K. S. Medical tourism: symptom or cure? // *Georgia L. Rev.* 2007. Vol. 41. P. 1013—1052.
9. Kangas B. Hope from abroad in the international medical travel of Yemeni patients // *Anthropol. Med.* 2007. Vol. 14. P. 293—305.
10. Sen Gupta A. Medical tourism in India: winners and losers // *Ind. J. Med. Ethics.* 2008. Vol. 5. P. 4—5.
11. Cheung I. A., Wilson A. Arthroplasty tourism // *Med. J. Aust.* 2007. Vol. 187. P. 666—667.

12. Cohen I. G. Protecting patients with passports: Medical tourism and the patient protective-argument // *Iowa Law Rev.* 2010. Vol. 95. P. 1467—567.
13. Connell J. Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification // *Tour. Manag.* 2013. Vol. 34. P. 1—13.
14. Li Z. Attractive forces and risks of international medical tourism: a study based on India // *J. Chem. Pharm. Res.* 2014. Vol. 6. P. 125—129.
15. Goldbach A. R., West D. J. Medical tourism: a new venue of health-care // *J. Glob. Bus. Issues.* 2010. Vol. 2. P. 43.
16. Crooks V. A., Turner L., Cohen I. G. et al. Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives // *BMJ Open.* 2013. Vol. 3. P. e002302.
17. Vastig B. Unproven treatments // *US News World Reports.* 2008. Vol. 144. P. 50—50.
18. Canada A. M. Medical tourism: reaction from health-care establishment. CTV Television Inc; 2007.
19. Wolff J. Passport to cheaper health care? // *Good Housekeeping.* 2007. N 245. P. 190—190.
20. Choat I. Surgically enhance your wage // *Travel Weekly.* 2003. N 1688. P. 38—39.
21. Importing Competition: globalisation and health // *Economist.* 2008. N 388. P. 12—12.
22. Smerd J. A ticket to lower care costs // *Workforce Mgmt.* 2006. N 85. P. 1—33.
23. Milstein A., Smith M. America's new refugees — seeking affordable surgery offshore // *N. Engl. J. Med.* 2006. Vol. 355. P. 1637—1640.
24. Brouwer W., van Excel J., Hermans J., Stoop A. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands // *Health Pol.* 2003. Vol. 63. P. 289—298.

Поступила 27.02.2023

Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Mansfeld Y., Pizam A. Tourism, security and safety: from theory to practice. Oxford; 2005:27—90.
2. Sönmez S. F., Graefe A. R. Influence of terrorism risk on foreign tourism decisions. *Ann. Tour. Res.* 1998;25:112—144.
3. Yeoh E., Othman K., Ahmad H. Patient-centeredness communication strategy for the medical tourism industry. *J. Tour. Res. Hosp.* 2013;2:2.
4. Penney K., Snyder J., Crooks V. A., Johnston R. Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: a thematic content analysis of Canadian broker websites. *BMC Med Ethics.* 2011;12:17. DOI: 10.1186/1472-6939-12-17
5. Rodríguez J. Y., Rodríguez G. J., Morales-López S. E. et al. Sakse-naea erythrospora infection after medical tourism for esthetic breast augmentation surgery. *Int. J. Infect. Dis.* 2016;49:107—110.
6. Carabello J. A medical tourism primer for U.S. physicians. *J. Med. Pract. Mgmt.* 2008;23:291—294.
7. MT: Traveller's dream or healthcare nightmare? *Nurs. Pract. (Lond.)*. 2007;38:4—4.
8. Howze K. S. Medical tourism: symptom or cure? *Georgia L. Rev.* 2007;41:1013—1052.
9. Kangas B. Hope from abroad in the international medical travel of Yemeni patients. *Anthropol. Med.* 2007;14:293—305.
10. Sen Gupta A. Medical tourism in India: winners and losers. *Ind. J. Med. Ethics.* 2008;5:4—5.
11. Cheung I. A., Wilson A. Arthroplasty tourism. *Med. J. Aust.* 2007;187:666—667.
12. Cohen I. G. Protecting patients with passports: Medical tourism and the patient protective-argument. *Iowa Law Rev.* 2010;95:1467—567.



Экономические, управленческие и правовые аспекты здравоохранения и медицины

13. Connell J. Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. *Tour. Manag.* 2013;34:1—13.
14. Li Z. Attractive forces and risks of international medical tourism: a study based on India. *J. Chem. Pharm. Res.* 2014;6:125—129.
15. Goldbach A. R., West D. J. Medical tourism: a new venue of health-care. *J. Glob. Bus. Issues.* 2010;2:43.
16. Crooks V. A., Turner L., Cohen I. G. et al. Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ Open.* 2013;3:e002302.
17. Vastig B. Unproven treatments. *US News World Reports.* 2008;144:50—50.
18. Canada A. M. Medical tourism: reaction from health-care establishment. CTV Television Inc; 2007.
19. Wolff J. Passport to cheaper health care? *Good Housekeeping.* 2007;(245):190—190.
20. Choat I. Surgically enhance your wage. *Travel Weekly.* 2003;(1688):38—39.
21. Importing Competition: globalisation and health. *Economist.* 2008;(388):12—12.
22. Smerd J. A ticket to lower care costs. *Workforce Mgmt.* 2006;(85):1—33.
23. Milstein A., Smith M. America's new refugees — seeking affordable surgery offshore. *N. Engl. J. Med.* 2006;355:1637—1640.
24. Brouwer W., van Excel J., Hermans J., Stoop A. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. *Health Pol.* 2003;63:289—298.

Введенский А. И.<sup>1,2</sup>, Мореева Е. В.<sup>3</sup>, Надуткина И. Э.<sup>4</sup>, Белых Т. В.<sup>4</sup>**РОЛЬ РАБОТОДАТЕЛЕЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ УСЛОВИЙ ТРУДА, СПОСОБСТВУЮЩИХ ЗДОРОВЬЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова», 390026, Рязань, Россия;<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина», 119071, Москва, Россия;<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, Белгород, Россия

*В статье рассмотрены нормативные, концептуальные и этические аспекты ответственности работодателей за создание рабочих мест, способствующих снижению рисков и обеспечивающих здоровье медицинских работников. Представлены обзор нормативной документации Всемирной организации здравоохранения и Международной организации труда, данные, отражающие заболеваемость работников здравоохранения, обусловленную слабой степенью защиты на рабочих местах. Сделан вывод о том, что высокая степень неформальной, а реальной ответственности работодателя за обеспечение условий труда, способствующих здоровью медицинских работников, положительным образом сказывается на их лояльности, снижает текучесть кадров, обеспечивает эффективность и устойчивость организации на рынке медицинских услуг.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** медицинские работники; здоровье; условия труда; рабочее место; ответственность; работодатель

**Для цитирования:** Введенский А. И., Мореева Е. В., Надуткина И. Э., Белых Т. В. Роль работодателей в обеспечении условий труда, способствующих здоровью медицинских работников. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):794–797. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-794-797>

**Для корреспонденции:** Введенский Артем Игоревич; e-mail: [ai\\_vvedenskiy@mail.ru](mailto:ai_vvedenskiy@mail.ru)

Vvedensky A. I.<sup>1,2</sup>, Moreeva E. V.<sup>3</sup>, Nadutkina I. E.<sup>4</sup>, Belykh T. V.<sup>5</sup>**THE ROLE OF EMPLOYERS IN ENSURING WORKING CONDITIONS CONDUCIVE TO THE HEALTH OF MEDICAL WORKERS**<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;<sup>2</sup>Ryazan State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, 390026, Ryazan, Russia;<sup>3</sup>A. N. Kosygin Russian State University, 119071 Moscow, Russia;<sup>4</sup>Belgorod National Research University, 308015, Belgorod, Russia

*The article examines the normative, conceptual and ethical aspects of employers' responsibility for creating jobs that reduce risks and ensure the health of medical workers. An overview of the normative documentation of the World Health Organization and the International Labor Organization is presented, data reflecting the morbidity of health workers due to a weak degree of protection in the workplace are presented. It is concluded that the high degree of not formal, but real responsibility of the employer for ensuring working conditions conducive to the health of medical workers has a positive effect on their loyalty, reduces staff turnover, ensures the effectiveness and sustainability of the organization in the medical services market.*

**К e y w o r d s :** medical workers; health; working conditions; workplace; responsibility; employer

**For citation:** Vvedensky A. I., Moreeva E. V., Nadutkina I. E., Belykh T. V. The role of employers in ensuring working conditions conducive to the health of medical workers. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):794–797 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-794-797>

**For correspondence:** Artem I. Vvedensky; e-mail: [ai\\_vvedenskiy@mail.ru](mailto:ai_vvedenskiy@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023**Введение**

Респираторные инфекционные заболевания этого столетия, начиная со вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) в 2003 г., по-разному поражали работников здравоохранения во всем мире. Среди 8000 человек, заболевших атипичной пневмонией в 29 странах, более 20% были медицинскими работниками (МР) [1]. Это число включает как непосредственно клиницистов, так и тех, кто обеспечивает функции доклинической медицинской помощи.

Аналогичным образом, появление коронавируса ближневосточного респираторного синдрома

(MERS-CoV) в 2012 г. было связано с большим числом случаев инфицирования МР, причем многие случаи были связаны с событиями, вызывающими «сверхраспространение» [2]. В настоящее время насчитывается более 2400 случаев, еще 219 были зарегистрированы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2019 г., из которых 52 были связаны с передачей инфекции в больнице, причем половина из них были инфицированы МР<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>World Health Organization. MERS-CoV Global Summary and Assessment of Risk, July 2019 (WHO/MERS/RA/19.1). Geneva; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326126/WHO-MERS-RA-19.1-eng.pdf?ua=1> (дата обращения: 01.04.2023).

До появления этих респираторных инфекций были хорошо известны случаи внутрибольничной передачи туберкулеза и ее угроза безопасности МР [3]. Распространение вируса Эболы показало, что он поражал МР более чем в 10 раз чаще, чем членов местного сообщества<sup>2</sup>.

Эти примеры характеризуют условия труда МР как крайне опасные для их здоровья, что обуславливает необходимость изучения действующих мер защиты МР на их рабочих местах для предотвращения воздействия и минимизации вреда их здоровью и обеспечения безопасности на рабочем месте. Рассмотрению данных вопросов и посвящена представленная работа.

### Материалы и методы

Исследование вопросов, отражающих роль работодателя в обеспечении условий труда, способствующих здоровью МР, проведено с использованием общенаучных методов исследования. В процессе работы над темой были проанализированы документы ВОЗ и Международной организации труда (МОТ), статистические и аналитические обзоры, а также публикации в научных рецензируемых изданиях по вопросам организации труда МР.

### Результаты и обсуждение

По оценкам аналитиков ВОЗ, 2,1% смертей и 2,7% бремени болезней во всем мире можно отнести к количественно определяемым профессиональным рискам<sup>3</sup>. На долю неинфекционных заболеваний приходится 70% общего бремени болезней, связанных с профессиональными рисками, при этом хронические заболевания легких и раковые заболевания вызывают наибольшее число смертей, связанных с работой, к которым присоединяются боли в спине и шее, если учитывать бремя болезней. На МР в странах с низким и средним уровнем дохода приходится наибольшая доля смертей и инвалидности в результате воздействия на рабочем месте.

По данным ВОЗ, во всем мире в секторе здравоохранения и социальной работы занято 136 млн человек, примерно 70% из которых составляют женщины<sup>4</sup>. Все эти работники сталкиваются с рядом профессиональных рисков, связанных с биологическими, химическими, физическими, эргономическими и психосоциальными опасностями, влияющими на безопасность как работников здравоохранения, так и пациентов, и, безусловно, имеют право на достойный труд, включая защиту от рисков для здоровья и безопасности на рабочем месте.

Исследование «Truven Health Analytics», проведенное среди медицинских организаций Соединенных Штатов Америки, показало, что работники больниц менее здоровы, чем рабочая сила в целом, и расходы на здравоохранение у них выше. В исследовании рассматривались риски для здоровья и использование медицинских услуг среди 740 тыс. работников больниц и их иждивенцев и сравнивались с 25 млн сотрудников и иждивенцев в общей рабочей силе. Они обнаружили, что у сотрудников больниц чаще диагностируются хронические заболевания, такие как астма, ожирение и депрессия, и вероятность госпитализации на 5% выше. Эти работники тратили на здравоохранение на 9% больше средств, чем другие трудящиеся<sup>5</sup>.

Предусмотренные законом требования работодателей к безопасности своих работников были установлены в экономически развитых странах только за последние 50 лет, но более широкая ответственность работодателя за обеспечение «разумной заботы» о рабочей силе существовала гораздо раньше в соответствии с требованиями общего права. Конкретные действия работодателей включают предотвращение заболеваний, травм и смерти работников, предоставление безопасных систем труда, защитного оборудования и в целом обеспечение здоровья, безопасности и благополучия работников. Эти ранее существовавшие обязанности по общему праву были формализованы и признаны и в настоящее время применяются в соответствии с конкретными, юридически обязательными статутами во многих странах мира.

Например, Британский закон о здоровье и безопасности на производстве 1974 г. в параграфе «Общие обязанности работодателей по отношению к своим работникам» уточняет, что «долгом каждого работодателя является обеспечение, насколько это разумно осуществимо, здоровья, безопасности и благополучия на рабочем месте всех его сотрудников»<sup>6</sup>. В этой правовой системе работодатель является ответственным лицом в области безопасности и здоровья. Хотя эта обязанность носит несколько широкий характер, общий подход к обеспечению безопасности и здоровья работников зависит от проведения оценки рисков, связанных с опасностями, и разработки политики и процедур для минимизации вреда, которые могут быть конкретизированы в рамках соответствующих отраслей и сфер народного хозяйства.

Конвенция МОТ «О безопасности и гигиене труда» (С155) 1981 г. призывает государства-члены в лице правительственных органов к сотрудничеству с представителями работодателей и работников «формулировать, внедрять и периодически пере-

<sup>2</sup> World Health Organization (WHO). Health Worker Ebola Infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone: Preliminary Report. Geneva; 2015. URL: <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/health-worker-infections/en/> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>3</sup> Preventing disease through a healthier and safer workspace. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513777> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>4</sup> Protecting health and safety of health workers. URL: <https://www.who.int/activities/protecting-health-and-safety-of-health-workers> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>5</sup> Sifferlin A. Least healthy employees? Hospital workers. When it comes to healthy behaviors, don't look to hospital workers as role models. URL: <https://healthland.time.com/2012/10/16/least-healthy-employees-hospital-workers/> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>6</sup> Health and Safety Executive. Health and Safety at Work Act. 1974. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1974/37/contents> (дата обращения: 01.04.2023).

смагивать согласованную национальную политику в области безопасности труда, гигиены труда и производственной среды»<sup>7</sup>. Согласно идеологии МОТ, работодатели должны обеспечивать принятие профилактических мер для защиты жизни, физического и психического здоровья работников. Эта конвенция и соответствующий протокол 2002 г. были ратифицированы 69 странами<sup>8</sup>.

Этические и юридические обязанности по защите здоровья и безопасности сотрудников также обязательны в секторе здравоохранения, особенно в чрезвычайных ситуациях с меняющимися сценариями риска. Обязанность работодателя вышла на первый план во всех недавних чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, связанных с распространением заболеваний, в том числе описанных выше.

Обязанность работодателя отражает обязанность МР, которые исторически, в кодексах профессиональной этики, стремились обслуживать своих пациентов, обеспечивая защиту от риска причинения вреда, что упоминается как «обязанность заботиться»<sup>9</sup>. Однако, когда во время вспышки атипичной пневмонии в 2003 г. число заболевших и умерших среди МР было существенно высоким, некоторые исследователи предложили взаимное обязательство работодателей по отношению к своим сотрудникам — сделать их дополнительный риск максимально безопасным<sup>10</sup>. Предлагалось, что этого можно достичь путем обучения работников, проведения оценки рисков и обеспечения МР необходимыми средствами индивидуальной защиты. Все эти действия являются элементами общего права и официальных уставов, описывающих обязанность работодателя обеспечивать здоровье и безопасность своих сотрудников.

Этические обязанности работодателя включают четкое информирование персонала об ожиданиях во время пандемий и иных ситуаций повышенного санитарно-эпидемиологического риска и предоставление психосоциальной поддержки, достаточной профессиональной подготовки и необходимых ресурсов, особенно средств индивидуальной защиты. Также следует предоставлять дополнительные профилактические услуги, такие как вакцины, когда они доступны, и медицинскую помощь в случае развития болезни [4].

<sup>7</sup> International Labor Organization. Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No. 155). URL: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C155](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO::P12100_ILO_CODE:C155) (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>8</sup> International Labor Organization (ILO). Ratifications of Occupational Safety and Health Convention, 1981 (No. 155). URL: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:11300:0:NO:11300:P11300\\_INSTRUMENT\\_ID:312300](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:11300:0:NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312300) (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>9</sup> Duhaime's Law Dictionary. Duty of Care Definition. URL: <http://www.duhaime.org/LegalDictionary/D/DutyofCare.aspx> (дата обращения: 01.04.2023).

<sup>10</sup> Health and Safety Executive. Health and Safety at Work Act. 1974. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1974/37/contents> (дата обращения: 01.04.2023).

В документе ВОЗ/МОТ «Безопасность и гигиена труда в чрезвычайных ситуациях общественного здравоохранения» также изложены обязанности работодателя, которые включают предоставление:

- безопасные условия труда (проведение оценки рисков и планирование управления);
- информацию для работников (обучение навыкам использования средств индивидуальной защиты).

Эксперты ВОЗ отмечают, что существуют стратегии профилактики, позволяющие избежать значительного процента смертей, связанных с работой, и бременем болезней<sup>11</sup>. Реализация таких стратегий важна в усилиях по достижению Целей устойчивого развития, а целенаправленные действия по созданию более здоровых и безопасных рабочих мест способствуют устойчивому улучшению и защите жизни миллионов людей по всему миру.

Обеспечение мер по охране труда для защиты МР также имеет основополагающее значение для хорошо функционирующих и устойчивых систем здравоохранения, качества медицинской помощи и поддержания продуктивности медицинского персонала.

Работа ВОЗ по охране здоровья и безопасности МР включает:

- разработку норм и стандартов для предотвращения профессиональных рисков в секторе здравоохранения;
- информационно-пропагандистскую деятельность и создание сетей для усиления защиты здоровья и безопасности МР;
- оказание поддержки странам в разработке и внедрении программ гигиены труда для МР на национальном уровне и во всех медицинских учреждениях.

В идеале, должен существовать баланс между обязанностями работодателя и МР проявлять заботу, чтобы обеспечить оптимальную безопасность пациентов и защиту работников. Устойчивая практика и культура заботы работодателей о своем персонале и благополучие работников обеспечивает синергетический эффект, влияние которого на эффективность и устойчивость организаций здравоохранения неопределимо.

## Заключение

Говоря о трех главных задачах развития медицинских организаций, многие руководители организаций здравоохранения среди прочего обязательно ответят: «Рабочая сила, рабочая сила и еще раз рабочая сила». Настоящие менеджеры, лидеры здравоохранения понимают, что персонал — это основа успешного бизнеса, без которого никакие технологические инновации, внедренные в сильную материально-техническую базу, не способны создавать качественный продукт и обеспечивать устойчивость

<sup>11</sup> Protecting health and safety of health workers. URL: <https://www.who.int/activities/protecting-health-and-safety-of-health-workers> (дата обращения: 01.04.2023).

и конкурентоспособность организации на рынке медицинских услуг. Проблемы с медицинским персоналом приводят к тому, что страдает каждый вид деятельности: финансовая, безопасность и общее качество, включая впечатления пациентов.

Для обеспечения организационной, предпринимательской и экономической устойчивости руководители медицинских организаций пробуют множество тактик в отношении сотрудников, включая внедрение программ по снижению эмоционального выгорания, такие как обучение осознанности, и инвестируют в искусственный интеллект и другие технологии, которые снижают административную нагрузку. Все эти тактики повышения вознаграждения и смягчения тяготящих аспектов работы имеют свои достоинства, но организациям не следует полагаться на них для создания лояльности и жизнестойкости сотрудников, необходимых для достижения совершенства в здравоохранении.

Как показывают исследования, гордость за свою работу и лояльность к коллегам являются самыми сильными показателями готовности медицинского персонала остаться в своей организации и продолжать приходить на работу. Конкурентоспособная заработная плата и другие варианты поддержки, конечно, необходимы для найма лиц, оказывающих медицинскую помощь, но организационная культура, включая стремление к совершенству в организа-

ции рабочего места, забота со стороны руководства — это то, что заставляет МР оставаться на работе.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Chan-Yeung M. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and healthcare workers // *Int. J. Occup. Env. Health*. 2004. Vol. 10. P. 421—427.
2. Zumla A., Hui D. S. Infection control and MERS-CoV in healthcare workers // *Lancet*. 2014. Vol. 383. P. 1869—1871.
3. Blumberg H. M., Watkins D. L., Berschling J. D. et al. Preventing the nosocomial transmission of tuberculosis // *Ann. Intern. Med.* 1995. Vol. 122. P. 658—663.
4. Simonds A. K., Sokol D. K. Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters // *Eur. Respir. J.* 2009. Vol. 2. P. 303—309.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Chan-Yeung M. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and healthcare workers. *Int. J. Occup. Env. Health*. 2004;10:421—427.
2. Zumla A., Hui D. S. Infection control and MERS-CoV in healthcare workers. *Lancet*. 2014;383:1869—1871.
3. Blumberg H. M., Watkins D. L., Berschling J. D. et al. Preventing the nosocomial transmission of tuberculosis. *Ann. Intern. Med.* 1995;122:658—663.
4. Simonds A. K., Sokol D. K. Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters. *Eur. Respir. J.* 2009;2:303—309.

Головань Т. В.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ ТАМОЖЕННЫХ ОРГАНОВ ОТ ВРЕДНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ РАДИАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ**

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, Новороссийск, Россия

Радиационные материалы представляют серьезную опасность для жизни и здоровья человека, особенно для персонала, который взаимодействует с такими материалами при выполнении должностных обязанностей. Влияние на организм человека ионизирующего излучения, испускаемого радиационным материалом, проявляется в форме «лучевой болезни», когда поражению подвержены все органы человека, а радиоактивные лучи могут вызывать генные мутации, которые могут передаваться по наследству в виде уродств или тяжелых заболеваний. По этой причине очень важным является вопрос, на достаточном ли уровне обеспечена радиационная безопасность должностных лиц таможенных органов, которые при проведении таможенного контроля таких материалов подвергают свою жизнь и здоровью опасности.

Проведенный в исследовании анализ свидетельствует о разрозненности в предъявляемых требованиях и установленных правилах по обеспечению безопасности и защиты здоровья должностных лиц таможенных органов, работающих с радиационными материалами. В статье изучены риски негативного воздействия радиационных материалов на здоровье таможенного инспектора при осуществлении таможенного контроля, процесс организации работы персонала группы «А», имеющего доступ к работе с такими материалами, и сформулированы выводы и рекомендации по устранению несовершенств в обеспечении радиационной безопасности должностных лиц таможенных органов от вредного воздействия радиационных материалов в целях обеспечения защиты жизни и здоровья инспектора от радиационной угрозы при выполнении должностных обязанностей.

**Ключевые слова:** радиоактивные материалы; радиационный контроль; таможенные органы; лучевая болезнь; негативное влияние; сохранение здоровья; радиационная безопасность

**Для цитирования:** Головань Т. В. Обеспечение защиты жизни и здоровья должностных лиц таможенных органов от вредного воздействия радиационных материалов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):798–805. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-798-805>

**Для корреспонденции:** Головань Татьяна Викторовна; e-mail: [golovantatyanav@gmail.com](mailto:golovantatyanav@gmail.com)

Golovan' T.V.

**PROTECTING THE LIFE AND HEALTH OF CUSTOMS OFFICIALS FROM THE HARMFUL IMPACT OF RADIATION MATERIALS**

Admiral Ushakov State Maritime University, 353924, Novorossiysk, Russia

Radiation materials pose a serious danger to human life and health, especially for personnel who interact with such materials in the performance of their duties. The effect on the human body of ionizing radiation that emits radiation material manifests itself in the form of «radiation sickness», when all human organs are affected, and radioactive rays can cause gene mutations that can be inherited in the form of deformities or serious diseases. For this reason, it is very important to ask whether the radiation safety of officials of customs authorities is ensured at a sufficient level, who, when carrying out customs control of such materials, endanger their lives and health.

The analysis carried out in the study testifies to the disparity in the requirements and established rules for ensuring the safety and protection of the health of customs officials working with radioactive materials. In this regard, this article studied the risks of the negative impact of radiation materials on the health of a customs inspector during customs control, studied in detail the process of organizing the work of group «A» personnel who have access to work with such materials, and formulated appropriate conclusions and recommendations for eliminating imperfections in ensuring the radiation safety of customs officials from the harmful effects of radioactive materials in order to protect the life and health of the inspector from the radiation threat in the performance of his duties.

**Keywords:** radioactive materials; radiation control; customs authorities; radiation sickness; negative impact; health preservation; radiation safety

**For citation:** Golovan' T. V. Protecting the life and health of customs officials from the harmful impact of radiation materials. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):798–805 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-798-805>

**For correspondence:** Tatyana V. Golovan'; e-mail: [golovantatyanav@gmail.com](mailto:golovantatyanav@gmail.com)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

В современном мире делящиеся и радиоактивные материалы (ДРМ) повсеместно применяются во многих сферах деятельности: промышленности, науке, медицине, строительстве и пр. Однако при работе с такими материалами нередко нарушаются

правила их безопасной транспортировки и эксплуатации, что впоследствии оказывает пагубное воздействие на здоровье людей.

Таможенные органы наделены обязанностью по организации контроля за ДРМ при их перемещении через таможенную границу еще с 1994 г. (до этого времени радиационный контроль на государствен-

ной границе был обязанностью Федеральной пограничной службы). Поскольку одними из основных задач, которые стоят перед таможенными органами, являются обеспечение выполнения Россией международных нормативно-правовых актов в сфере нераспространения ядерного оружия, а также обеспечение экономической, экологической, радиационной безопасности страны и ее граждан, становится очевидной причина принятия такого решения руководством страны.

Задачей, стоящей перед таможенными органами в XXI в. в области контроля за перемещением ДРМ, является предупреждение и пресечение незаконного ввоза и вывоза таких материалов через таможенную границу Евразийского экономического союза (ЕАЭС). Отсюда следует, что таможенный контроль ДРМ является составной частью таможенного контроля, который включает в себя совокупность организационных мероприятий, технологических операций и действий с применением различных технических средств таможенного контроля, направленных на предупреждение и пресечение незаконного перемещения ДРМ через таможенную границу ЕАЭС<sup>1</sup>.

При таможенном контроле ДРМ всегда особо остро стоит вопрос об организации и проведении таможенного досмотра данной категории товаров. Инспекторам таможенных постов фактического контроля необходимо сравнить фактические характеристики товара с заявленными в транспортных (перевозочных) документах и в декларации на товары без вскрытия и демонтажа транспортных герметичных упаковок и контейнеров, в которых перемещаются ДРМ. А ввиду того, что такие материалы в процессе радиоактивного распада испускают различного вида излучения, источник ионизирующего излучения (ИИИ) представляет опасность для жизни и здоровья человека, а также несет непоправимый вред для окружающей среды, то таможенный досмотр таких товаров представляет очень серьезные риски и опасности.

Влияние на организм человека ИИИ чаще всего проявляется в форме так называемой «лучевой болезни», когда поражению подвержены все органы человека, а радиоактивные лучи могут вызывать генные мутации, которые могут передаваться по наследству в виде уродств или тяжелых заболеваний [1]. Кроме того, часто можно встретить случаи в медицинской практике, когда при взаимодействии с ИИИ здоровые клетки перерождались в раковые и впоследствии разрастались до злокачественной опухоли. Причем важно отметить, что последствия при попадании ИИИ даже в случае одновременного попадания, не говоря уже о регулярном взаимодействии с ДРМ, в организм человека зачастую необратимы и приводят к различным проблемам со здоро-

вьем, т. к. радиационные материалы имеют свойство к накоплению [2].

В этой связи актуальными, по мнению автора, являются вопросы, связанные с обеспечением радиационной безопасности должностных лиц таможенных органов от вредного воздействия ИИИ, что позволит обнаружить несовершенства в действующем законодательстве по вопросам, связанным с данной сферой, а также позволит найти способы защиты и сохранения здоровья должностных лиц таможенных органов, которые работают с ДРМ.

В качестве объекта проводимого исследования обозначены меры обеспечения радиационной безопасности таможенных инспекторов при таможенном контроле ДРМ и объектов с повышенным уровнем ионизирующего излучения.

**Цель** исследования состоит в том, чтобы на основе анализа нормативных правовых актов международного и национального уровней, регламентирующих радиационную безопасность при взаимодействии должностных лиц таможенных органов с товарами, обладающими повышенным уровнем ионизирующего излучения, а также изучения их пагубного влияния на здоровье лиц, задействованных при проведении досмотра, определить перспективные направления по обеспечению защиты таких лиц от вредного воздействия.

Нормы радиационной безопасности устанавливаются не только на национальном, но и на международном уровне. Федеральная таможенная служба (ФТС) РФ достаточно активно взаимодействует с Международным агентством по атомной энергии (МАГАТЭ) в области пресечения несанкционированного перемещения ядерных материалов<sup>2</sup>. Также стоит отметить, что помимо МАГАТЭ, ФТС РФ активно сотрудничает со Всемирной таможенной организацией, которая в своих нормативных правовых актах в качестве рекомендаций приводит перечень действий должностных лиц таможенных органов, необходимых для обеспечения радиационной безопасности и защиты.

Основными национальными нормативными правовыми актами и документами в области использования атомной энергии, действие которых распространяется на ведение работ по эксплуатации радиационных источников, по контролю радиационной безопасности при эксплуатации и физической защите радиационных источников, а также по контролю и учету радиоактивных веществ, являются следующие:

- Федеральный закон от 09.01.1996 № 3-ФЗ (ред. от 18.03.2023) «О радиационной безопасности населения»;
- Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 04.11.2022) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 07.07.2009 № 47 «Об

<sup>1</sup> Таможенный кодекс Евразийского экономического союза (ред. от 29.05.2019) (приложение № 1 к Договору о Таможенном кодексе Евразийского экономического союза). URL: <https://docs.cntd.ru/document/456058064>

<sup>2</sup> Устав Международного агентства по атомной энергии. URL: <https://docs.cntd.ru/document/901851822>

- утверждении СанПин 2.6.1.2523—09. Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)»;
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 (ред. от 16.09.2013) № 40 «Об утверждении СанПин 2.6.1.2612—10. Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010)»;
  - Приказ Ростехнадзора от 21.07.2015 № 280 «Правила физической защиты радиоактивных веществ, радиационных источников и пунктов хранения (НП-034-15)»;
  - Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 04.09.2017 № 124 «Об утверждении СанПин 2.6.1.3488—17 «Гигиенические требования по обеспечению радиационной безопасности при обращении с лучевыми досмотровыми установками»;
  - Постановление Правительства РФ от 19.07.2007 (ред. от 05.07.2018) № 456 «Об утверждении правил физической защиты ядерных материалов, ядерных установок и пунктов хранения ядерных материалов».

Учитывая тематику данного исследования, отметим, что существует достаточно широкий перечень нормативных правовых актов, ее регламентирующих в той или иной степени, отсылка к которым будет представлена в ходе исследования. Стоит также отметить, что проблема сохранения здоровья работников при выполнении ими служебных обязанностей нашла свое отражение в научных трудах многих авторов во многих отраслях производства: здравоохранение, внешняя торговля и транспорт (например, [3—6]).

Проанализировав труды различных деятелей науки в исследуемой области [1, 2, 6, 7], можно сделать вывод, что вопрос обеспечения безопасности и защиты людей при их взаимодействии с ИИИ является на сегодняшний день достаточно актуальным и нашел свое отражение в научных трудах многих исследователей, выводы и предложения которых могут применяться при поиске способов защиты и сохранения здоровья должностных лиц таможенных органов, которые работают с ДРМ.

### Материалы и методы

Для достижения поставленной автором цели были проанализированы национальные нормативные правовые акты и документы, а также исследованы результаты, полученные отечественными и зарубежными специалистами в рамках обозначенной проблематики, которые опубликованы в научных литературных источниках. В исследовании применялись методы изучения и обобщения опыта, экспериментальный и аналитический методы.

### Результаты

Как уже было обозначено ранее, одной из обязанностей, возложенной на таможенные органы, является обеспечение экологической безопасности

России, неотъемлемой составляющей которой является радиационная безопасность.

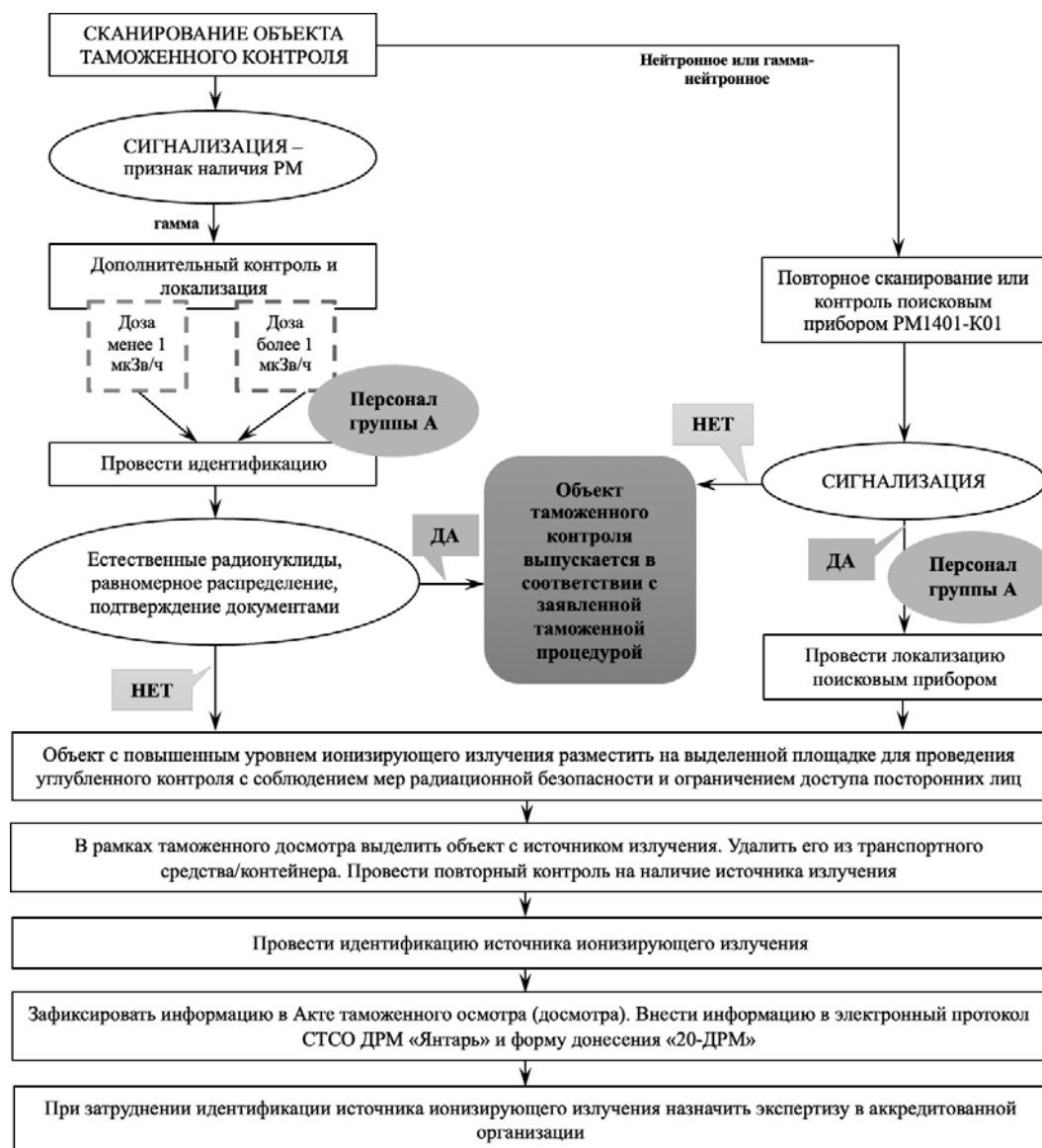
Представленный выше анализ нормативных правовых источников по вопросу обеспечения безопасности и защиты здоровья должностных лиц таможенных органов, которые работают с ДРМ, показывает, что существует разрозненность в предъявляемых требованиях и установленных правилах. Соответственно, появляется повод задуматься над обеспечением безопасности инспекторов, уполномоченных проводить таможенные досмотры объектов с повышенным уровнем ионизирующего излучения, поскольку известно, что последствия ИИИ даже в случае единовременного попадания в организм человека зачастую необратимы и приводят к различным проблемам со здоровьем, т. к. радиационные материалы имеют свойство к накоплению [2].

Для начала поясним, что ДРМ являются источником повышенной опасности, и таможенный контроль таких материалов осуществляется в первоочередном порядке [1]. Более того, таможенный контроль ДРМ должен быть организован должностными лицами таможенных органов таким образом, чтобы позволяло как можно быстрее и эффективнее выявить товары с повышенным уровнем ионизирующего излучения. Отличительные особенности ДРМ [1]:

- являются сырьем для производства ядерного оружия и топлива для атомных электростанций;
- относятся к категории опасных грузов, которые в случае нарушения требований безопасности при их перевозке могут нанести вред здоровью людей и вызвать радиоактивное загрязнение окружающей среды;
- представляют значительную материальную ценность;
- связаны с проблемой захоронения радиоактивных отходов;
- товары с повышенным уровнем ионизирующего излучения, в том числе бытового предназначения, опасны для здоровья граждан.

Нельзя не отметить, что многие товары обладают повышенной радиоактивностью естественного происхождения: сантехника, огнеупорные изделия, песок, цемент, щебень, минеральное сырье некоторых видов и пр. При перемещении через таможенную границу ЕАЭС таких групп товаров, а также товаров с повышенным уровнем ионизирующего излучения предъявляются особые требования к действиям должностных лиц таможенных органов и к их взаимодействию с органами государственного регулирования радиационной безопасности (Роспотребнадзор). Таможенный орган при попытке перемещения объектов с повышенным источником облучения обязан оперативно провести первичную идентификацию товара, соблюдая при этом необходимые требования по радиационной безопасности (рисунки).





Порядок реагирования должностных лиц таможенных органов на выявление объекта с повышенным уровнем ионизирующих излучений.

Выделяют следующие виды ионизирующего излучения при радиоактивном распаде радиоактивных материалов (РМ) [2]:

- нейтронное;
- $\gamma$ -излучение;
- $\beta$ -излучение;
- $\alpha$ -излучение.

Следует отметить, что колоссальную радиационную опасность при попадании внутрь организма человека представляют радионуклиды, испускающие  $\alpha$ - или  $\beta$ -частицы [2]. Именно по этой причине инспектору, имеющему доступ к работе с товарами с повышенным источником излучения, при обнаружении такого товара необходимо сначала тщательно измерить поверхностное загрязнение упаковки  $\alpha$ - или  $\beta$ -частицами, только после этого с обязательным соблюдением необходимых условий радиационной безопасности производить распаковку товара для проведения его идентификации.

При сканировании объекта таможенного контроля в случае включения сигнализации, свидетельствующей о наличии РМ, при гамма-излучении должностное лицо таможенного органа проводит дополнительный контроль и локализует ИИИ. При уровне излучения менее 1 мкЗв/ч инспектор проводит идентификацию объекта контроля, и в случае равномерного распределения радионуклидов осуществляется выпуск товара согласно заявленной таможенной процедуре. Если же равномерно распределить радионуклиды не получилось, то инспектор размещает данный объект контроля на выделенной площадке для проведения более углубленного контроля с соблюдением мер радиационной безопасности и ограничивает доступ посторонних лиц в данную зону. После чего находит объект с повышенным источником излучения и удаляет его из грузового места и проводит повторный контроль на наличие излучения. Обязательным условием является

## Сравнительная характеристика острой и хронической форм лучевой болезни

Основные характеристики	Острая форма (костномозговая)	Хроническая форма
Воздействие ионизирующего излучения	Организм человека подвержен равномерному облучению в дозе более 1 Зв в течение короткого периода времени	Организм человека непрерывно или часто подвержен повторяющемуся облучению в пределах дозы 0,1—0,5 Зв/сут
Стадии прогрессирования болезни	Начальный период: продолжительность 5 дней с момента облучения, после эти симптомы проходят, и создается ложное впечатление о выздоровлении. Признаки интоксикации: рвота, головная боль, слабость, лихорадка, покраснение кожи. Фаза разгара болезни: симптомы у каждого человека разные. Возможные симптомы: уменьшение в крови уровня лейкоцитов и тромбоцитов, язвы во рту, атрофические изменения кожи, поражения желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. Иногда отмечаются случаи радиационного гепатита	Начальный период — формирование болезни: чем тяжелее степень облучения, тем ярче выражена симптоматика. Симптоматика при легкой форме: расстройства желудочно-кишечного тракта, головные боли, утомляемость, раздражительность, беспокойный сон. Симптоматика при среднетяжелой форме: боль в костях, слабость, утомляемость, кровотечения, кровоизлияния в кожу, сухость кожи, выпадение волос, порты и истончаются ногти, нарушается работа желудочно-кишечного тракта и печени. В крови уменьшается число лейкоцитов и тромбоцитов, выявляется анемия. Симптоматика при тяжелой форме: сильная анемия, кровотечения, поражение внутренних органов, поражение центральной нервной системы, инфекционные осложнения
Последствия для здоровья человека	При адекватном и вовремя начатом лечении болезнь заканчивается выздоровлением. Через годы после облучения болезнь может проявиться снова	При вовремя начатом лечении легкая форма болезни заканчивается выздоровлением. Среднетяжелая форма болезни длится годами, периодами наблюдается обострение, завершается частичной ремиссией. У тяжелой формы болезни часто наблюдается летальный исход из-за инфекций или кровотечений

внесение всех действий инспектора при работе с РМ в Акт таможенного осмотра (досмотра), после чего он заполняет протокол стационарной таможенной системы обнаружения ДРМ «Янтарь» (СТСО ДРМ «Янтарь») и форму донесения об обнаружении РМ «20-ДРМ». Если сотрудник испытывает затруднения по идентификации ИИИ, то назначается экспертиза в аккредитованной организации.

В случае, если уровень излучения свыше 1 мкЗв/ч, инспектор таможенного поста фактического контроля при проведении досмотра или осмотра объекта таможенного контроля обязан вызвать персонал группы «А». Причем важно отметить, что в штат подразделения таможенного досмотра на таможенном посту фактического контроля входит персонал группы «А», который проходил специальное обучение и имеет доступ к работе с ДРМ. Персонал группы «А» ежегодно проходит курсы повышения квалификации по работе с ДРМ, на которых подробно изучают правила использования в работе новых технических и индивидуальных средств защиты от радиационного излучения. Один раз в 3 года персонал группы «А» отправляют на углубленные курсы по работе и правилам обращения с ДРМ.

Все перечисленные выше виды ионизирующего излучения являются невидимыми, не имеют ни цвета, ни запаха, которые бы могли указать человеку на их наличие. Ионизирующее излучение оказывает разрушающее действие из-за способности радиоактивных частиц вступать в реакцию с составляющими клеток организма человека. А поскольку человеческий организм на 80% состоит из воды, то при облучении вода разлагается, и в клетках человека происходят различные химические реакции, вследствие чего в клетках образуются перекись водорода и гидратный окисел [7]. Далее в организме происходит процесс окисления, и клетки человека разрушаются, нарушается обмен веществ в организме на клеточном уровне. К сожалению, последствия для организма человека при взаимодействии с радиационными

товарами чаще всего необратимы даже при кратковременном облучении.

В случае кратковременного, но достаточно сильного облучения, или в случае длительного облучения небольшими, но превышающими допустимые значения дозами радиационного облучения у человека формируется лучевая болезнь, симптомы и последствия которой в каждом случае разные: начиная от невозможности зачать ребенка и заканчивая появлением раковых опухолей. В данном случае последствия зависят от дозы облучения, которую человек получает за определенный период времени.

В этой связи принято выделять острую и хроническую формы лучевой болезни [2]. В таблице собрана информация о том, как протекает каждая из этих форм, причем острую форму лучевой болезни мы рассмотрели только на примере костномозговой, т. к. именно данному виду болезни подвержены таможенные органы при взаимодействии с ДРМ. Последствия от радиационного облучения оказывают серьезное негативное действие на организм человека даже при единоразовом кратковременном облучении, т. к. болезнь может проявиться вновь через время.

Ввиду того, что проникающее излучение пагубно влияет на организм человека, первостепенной задачей при организации работы с РМ является обеспечение безопасных условий труда такого персонала, которые бы:

- 1) исключали превышение пределов доз облучения от РМ;
- 2) препятствовали проникновению радиоактивных веществ в организм человека.

Нормы радиационной безопасности регламентированы Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 07.07.2009 № 47 «Об утверждении СанПин 2.6.1.2523—09. Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)». Положения данного нормативного правового акта разработаны для обеспечения безопасности человека при воздействии

ствии него ИИИ искусственного или природного происхождения.

### Обсуждение

Радиационное излучение имеет свойство накапливаться в организме человека и через некоторый период времени приводит к следующим последствиям [1]:

- у всех облученных появляются узелки множественного характера именно в тех местах, через которые проходили лучи, ткани в этих местах полостью атрофируются;
- нарушение репродуктивной функции — проблемы с зачатием ребенка, причем данное осложнение наблюдается и у женщин, и у мужчин;
- развитие мутлирующих генов, которые вызывают серьезные проблемы в развитии плода, а также появление аномальных уродств при развитии плода;
- развитие аутоиммунных болезней невыясненной этиологии: рассеянный склероз, эозинофильный фасциит, рецидивирующий полихондрит, синдром Шегрена, красная волчанка, системная склеродермия и др.;
- разрушение иммунитета и появление заболеваний иммунного характера, которые нарушают работу всех органов человека и систем организма;
- продолжительность жизни человека, подвергшегося радиационному облучению, значительно сокращается;
- лучевая катаракта, что впоследствии может привести к потере зрения;
- появление раковых опухолей.

Приобретенные последствия (болезни) от радиационного облучения могут передаваться по наследству и возникать у следующих поколений, а не только развиваться в организме облученного человека.

Радиационная безопасность персонала группы «А» в таможенных органах обеспечивается [2]:

- 1) ограничением допуска к работе с ИИИ по возрасту, полу, состоянию здоровья, уровню предыдущего облучения и др.;
- 2) знанием и соблюдением правил работы с ИИИ;
- 3) достаточностью расстояния от источников излучения, а также ограничением времени работы;
- 4) применением индивидуальных средств защиты;
- 5) организацией радиационного контроля;
- 6) проведением эффективных мероприятий по защите персонала при планировании повышенного облучения в случае угрозы и возникновения аварии.

Следовательно, чем меньше интенсивность излучения, время облучения, площадь воздействия, тем меньше поглощенная доза облучения. С увеличением расстояния от ИИИ мощность дозы существенно уменьшается.

Как видно из приведенного перечня условий, радиационная безопасность должностных лиц таможенных органов, работающих с ИИИ, обеспечивается установлением предельно допустимых доз облучения и использованием технических и индивидуальных средств защиты.

Персонал группы «А» отдела таможенного дозора (ОТД), который находится в зоне ограниченного доступа и непосредственно проводит работу с объектами таможенного контроля с повышенным уровнем ионизирующего излучения, обеспечивается индивидуальными дозиметрами, которые носят на себе постоянно. Данное техническое средство таможенного контроля впитывает в себя все дозы облучения, после чего инспектор ОТД сдает индивидуальный дозиметр в подразделение таможенного контроля делящихся и радиационных материалов (ОТКДРМ), который осуществляет контроль и регистрацию результатов показаний индивидуальных дозиметров. ОТКДРМ на каждого инспектора персонала группы «А» ведет карточку учета облучения, в которую заносят все дозы облучения, которым подвергался инспектор за время его работы с ИИИ. Карточка учета хранится в архиве таможенного органа 50 лет.

Предел дозы, установленной нормами радиационной безопасности для персонала группы «А», составляет 20 мкЗв/год в среднем за любые последовательные 5 лет, но не более 50 мкЗв/год.

Также нельзя не сказать, что в зоне ограниченного доступа при работе с ИИИ может находиться персонал группы «Б», к которому относятся лица старше 18 лет, прошедшие стажировку или обучение при работе с РМ. Основные пределы доз, равно как и остальные допустимые уровни воздействия персонала группы «Б», равны 1/4 значений для персонала группы «А».

К техническим мерам защиты от ионизирующих излучений можно отнести радиационно-защитное технологическое оборудование (камеры, боксы, вытяжные шкафы); защитные комбинезоны или костюмы, защищающие кожные покровы от радиационной пыли; шапочки; перчатки; легкую пленочную обувь или специальные ботинки; бумажные полотенца; средства защиты органов дыхания (респираторы, пневмошлемы, противогазы); средства защиты глаз (очки закрытого типа со стеклами, содержащими свинец или фосфат вольфрама, щитки из оргстекла — при работе с источниками  $\alpha$ - и  $\beta$ -излучения). Подробный перечень технических мер защиты от ионизирующих излучений, которыми обязаны быть обеспечены все лица, контактирующие с РМ, представлен в Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2010 № 40 «Об утверждении СП 2.6.1.2612—10 «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010)».

Рассмотрев установленные на государственном уровне предельно допустимые дозы облучения персонала, работающего с РМ, а также какими техническими средствами каждый работодатель обязан обе-

спечить безопасность персонала группы «А», следует изучить вопрос обеспечения безопасности каждого человека, входящего в состав группы «А» [7, 8]. Безопасность каждого работника группы «А» работодатель может обеспечить, организовав систематический дозиметрический контроль за уровнями облучения персонала. Во исполнение данного условия ФТС России обеспечила весь персонал группы «А», контактирующий с РМ, индивидуальными дозиметрами для контроля g-излучения.

Учитывая, что в рамках проводимого исследования интерес вызывает исключительно работа должностных лиц таможенных органов с РМ, рассмотрим, каким образом организован контроль за дозами облучения каждого работника группы «А» в таможенных органах. Так, НРБ-99/2009 установлены следующие ограничения для персонала группы «А» в таможенных органах:

- 1) мужчины обязаны носить один индивидуальный дозиметр, сдавать его в ОТКДРМ 1 раз в квартал;
- 2) женщины до 45 лет обязаны носить 2 защитных пояса — грудной и поясной, а также индивидуальный дозиметр. Сдают и индивидуальный дозиметр, и защитные пояса в ОТКДРМ 1 раз в месяц, причем результаты показаний не должны превышать 1 мкЗв эквивалентной дозы в месяц на поверхности нижней части живота, а поступление радионуклидов в организм за год не должно превышать 1/20 предела годового поступления для персонала;
- 3) женщины после 45 лет обязаны носить 1 индивидуальный дозиметр, сдавать его в ОТКДРМ 1 раз в квартал.

Безусловно, дозу, превышающую установленную норму радиационной безопасности, инспектор мог получить в течение квартала или даже месяца, а обнаружится данный факт уже на начальной стадии развития лучевой болезни. Кроме того, нельзя исключать случаи, когда СТСО ДРМ «Янтарь» не работает из-за поломки, которую не сразу удастся обнаружить, или, например, случайно в процессе транспортировки или осуществления погрузо-разгрузочных работ на терминале повредят упаковку РМ после того, как данный объект контроля уже прошел радиационный контроль через СТСО ДРМ «Янтарь», и в этих случаях таможенный инспектор, находящийся в зоне таможенного контроля, один из первых попадает под пагубное воздействие ДРМ, которые невозможно определить человеку без специального оборудования.

Кроме того, встречаются случаи неадекватности определения уровня радиационного излучения по индивидуальным дозиметрам. К примеру, было зафиксировано большое превышение предельной нормы облучения персонала группы «А» таможенного органа, как впоследствии выяснилось — из-за ошибки лаборанта при снятии показаний с индивидуального дозиметра. Встречаются случаи, когда инспектор уносит домой (за пределы зоны таможенного контроля) индивидуальный дозиметр, а тот нахо-

дился в рабочем состоянии и впитывал всю информацию по облучению. В приведенных примерах результат уровня облучения, которому подвергся инспектор, был недостоверным при снятии показаний ОТКДРМ, что также является недоработкой в создании условий радиационной безопасности.

Таким образом, для более качественного обеспечения безопасности таможенных инспекторов, работающих с ДРМ, решением вопроса радиационной безопасности каждого инспектора группы «А» таможенных органов, как представляется автору, будет создание «жетона-дозиметра» [9], который бы осуществлял своего рода непрерывный радиационный контроль, а самое главное — защиту персонала группы «А» таможенных органов. Таможенный инспектор, надев «жетон-дозиметр», при наличии радиационной опасности получает световой сигнал, увидев который, предпримет меры радиационной безопасности и избежит нанесения непоправимого вреда своему здоровью. С идеей создания такого средства индивидуальной защиты при радиационном контроле в феврале 2023 г. ведущие инженеры страны выступили на международной научно-практической конференции «Интеллектуальный пункт пропуска в России и мире: компетентностный подход к созданию» [9].

### Заключение

Проведенное автором исследование, основанное на выявлении несовершенств в радиационной безопасности должностных лиц таможенных органов от пагубного воздействия на их организм ДРМ, позволило выявить такие проблемы, как несвоевременность выявления радиационного облучения персонала группы «А» и недостоверность показаний индивидуальных дозиметров.

Для решения выявленных недостатков видится создание «жетона-дозиметра», применение которого способствовало бы решению задачи обеспечения радиационной безопасности должностных лиц таможенных органов от вредного воздействия при работе с ДРМ.

Кроме того, в настоящее время персоналу группы «А» не полагается никаких доплат и компенсаций при работе с РМ, которые оказывают пагубное влияние на здоровье человека даже при кратковременном воздействии. Отметим, что сама заработная плата персонала группы «А» повышена лишь на 4% от тарифной ставки (оклада), установленной для различных видов работ с нормальными условиями труда согласно ст. 147 Трудового кодекса РФ. По мнению автора, персоналу группы «А» за работу с ДРМ, представляющими угрозу жизни и здоровью человека, необходимо предоставить некоторые компенсации (увеличенный ежегодный отпуск, санаторное лечение и оздоровление), увеличить процент повышенной оплаты труда и пр.

Предложенные автором меры будут способствовать решению проблем по обеспечению радиационной безопасности должностных лиц таможенных органов от вредного воздействия при работе с ДРМ

с целью предотвращения негативного влияния таких материалов на организм человека.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Афонин П. Н., Бех А. П. Обеспечение радиационной безопасности при использовании инспекционно-досмотровых комплексов для проведения таможенного контроля // Бюллетень инновационных технологий. 2022. № 3. С. 65—68.
2. Афонин П. Н., Афонин Д. Н., Гамидуллаев С. Н. Основы применения технических средств таможенного контроля. СПб.; 2018. 288 с.
3. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Современные аспекты медицинского страхования здоровья жизни членов экипажей судов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 3. С. 428—433.
4. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Несвоевременная репатриация членов экипажа судна как угроза нарушения состояния психического здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 6. С. 1306—1312.
5. Тонконог В. В., Головань Т. В., Арестова Ю. А. Актуальные вопросы медицинского обеспечения и охраны здоровья разных категорий должностных лиц таможенных органов Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 3. С. 434—441.
6. Головань Т. В., Тонконог В. В., Арестова Ю. А. Проблемы безопасности должностных лиц таможенных органов при проведении досмотра контейнеров, обработанных фумигантами // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 4. С. 592—599.
7. Афонин П. Н., Афонин Д. Н., Данько Д. Ю. и др. Обеспечение радиационной безопасности при применении по целевому назначению и эксплуатации источников ионизирующих излучений (генерирующих). М.; 2016. 132 с.
8. Хачатурян С. К. Обеспечение радиационной безопасности при таможенном контроле делящихся и радиоактивных материалов с использованием технических средств таможенного контроля // И Сборник научных статей по материалам X Международной научно-практической конференции «Инновации в науке и практике». Уфа; 2023. С. 75—83.
9. Чупина Ж. С., Филатов М. Д., Гаджаров М. Внедрение инновационной технологии (жетон-дозиметр) при проведении радиа-

ционного контроля в деятельности таможенных органов // Интеллектуальный пункт пропуска в России и мире — компетентностный подход к созданию: сборник материалов конференции. СПб.; 2023. С. 36—39.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Afonin P. N., Bekh A. P. Ensuring radiation safety when using inspection and screening complexes for customs control. *Bulletin of innovative technologies*. 2022;(3):65—68. (In Russ.)
2. Afonin P. N., Afonin D. N., Gamidullaev S. N. Fundamentals of the use of technical means of customs control. St. Petersburg; 2018. 288 p. (In Russ.)
3. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Modern aspects of health insurance for the life of ship crew members. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2022;30(3):428—433. (In Russ.)
4. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship crew members as a threat to mental health disorders. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2022;30(6):1306—1312. (In Russ.)
5. Tonkonog V. V., Golovan' T.V., Arestova Yu. A. Topical issues of medical support and health protection of various categories of officials of the customs authorities of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2022;30(3):434—441. (In Russ.)
6. Golovan' T.V., Tonkonog V. V., Arestova Yu. A. Problems of security of customs officials during the inspection of containers treated with fumigants. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2022;30(4):592—599. (In Russ.)
7. Afonin P. N., Afonin D. N., Danko D. Yu. et al. Ensuring radiation safety in the application for the intended purpose and operation of sources of ionizing radiation (generating). Moscow; 2016. 132 p. (In Russ.)
8. Khachatryan S. K. Ensuring radiation safety during customs control of fissile and radioactive materials using technical means of customs control. *Collection of scientific articles based on the materials of the X International scientific and practical conference «Innovations in science and practice»*. Ufa; 2023:75—83. (In Russ.)
9. Chupina Zh.S., Filatov M. D., Gadzharov M. Introduction of innovative technology (token-dosimeter) during radiation monitoring in the activities of customs authorities. *Intelligent checkpoint in Russia and the world: a competency-based approach to creation: a collection of reports of the International Practical Conference*. St. Petersburg; 2023:175. (In Russ.)

**Захарова Е. Н.<sup>1</sup>, Богданова О. А.<sup>2</sup>, Рыковская О. О.<sup>2</sup>****УПРАВЛЕНИЕ КАПИТАЛОМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ПРИОРИТЕТ РЕГИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 385000, Майкоп, Россия;<sup>2</sup>Политехнический колледж Шахтинского автодорожного института (филиала) ФГБОУ ВО «Южно-Российский государственный политехнический университет (НПИ) имени М. И. Платова», 346500, Шахты, Россия

Здоровье населения — это наивысшая ценность, поэтому эффективно функционирующая система охраны здоровья граждан является важнейшим приоритетом региональной социально-демографической политики и национальной безопасности. Цель исследования состоит в рассмотрении важнейшего приоритета социально-демографической политики — управления капиталом здоровья населения в регионах Российской Федерации. Актуальность темы исследования обусловлена тем, что в настоящее время условия деятельности отечественной системы здравоохранения являются чрезвычайно сложными. Управление капиталом здоровья является ключевой социально-демографической задачей глобального масштаба, которая обеспечивает благополучие как с позиции текущего социально-экономического развития, что измеряется эффективностью использования человеческого капитала, так и с точки зрения долговременного эффекта от улучшения жизни людей.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** капитал здоровья; национальные приоритеты; здравоохранение; социально-демографическая политика; здоровьесберегающее поведение; продолжительность жизни

**Для цитирования:** Захарова Е. Н., Богданова О. А., Рыковская О. О. Управление капиталом здоровья населения как важнейший приоритет региональной социально-демографической политики. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):806—809. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-806-809>

**Для корреспонденции:** Захарова Елена Николаевна; e-mail: zahar-e@yandex.ru

**Zakharova E. N.<sup>1</sup>, Bogdanova O. A.<sup>2</sup>, Rykovskaya O. O.<sup>2</sup>****CAPITAL MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH AS THE MOST IMPORTANT PRIORITY OF REGIONAL SOCIO-DEMOGRAPHIC POLICY**<sup>1</sup>Adygea State University, 385000, Maykop, Russia;<sup>2</sup>Politechnical College of Shakhty Highway Institute (branch) of the Southern Russian State Polytechnic University named after M. I. Platov, 346500, Shakhty, Russia

The health of the population is the highest value, therefore, an effectively functioning system of protecting the health of citizens is the most important priority of regional socio—demographic policy and national security. The purpose of the study is to consider the most important priority of socio-demographic policy — capital management of public health in the regions of the Russian Federation. The relevance of the research topic is due to the fact that currently the conditions of the domestic health care system are extremely complex. Health capital management is a key socio-demographic task on a global scale, which ensures well-being both from the perspective of current socio-economic development, which is measured by the efficiency of the use of human capital, and from the point of view of the long-term effect of improving people's lives.

**К e y w o r d s :** health capital; national priorities; healthcare; socio-demographic policy; health-saving behavior; life expectancy

**For citation:** Zakharova E. N., Bogdanova O. A., Rykovskaya O. O. Capital Management of population health as the most important priority of regional socio-demographic policy. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):806–809 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-806-809>

**For correspondence:** Zakharova Elena Nikolaevna; e-mail: zahar-e@yandex.ru

**Source of funding.** The authors state that there are no external sources of funding for the study.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023**Введение**

Здоровье населения — это наивысшая ценность, поэтому эффективно функционирующая система охраны здоровья граждан является важнейшим приоритетом региональной социально-демографической политики и национальной безопасности. Капитал здоровья представляет собой особую категорию человеческого капитала, имеющую отличительные признаки в том, что его нельзя восстановить или получить за короткий срок, а можно только сохранить, придерживаясь здоровьесберегающего поведения.

Улучшение здоровья населения является ключевой социально-демографической задачей глобального масштаба, которая обеспечивает благополучие как с позиции текущего социально-экономического развития, измеряемого эффективностью использования человеческого капитала, так и с точки зрения долговременного эффекта от улучшения жизни людей. Основную проблему здоровья общества на современном этапе составляет высокая смертность населения. Так, за 2 года пандемии (2020—2021 гг.) в регионах Российской Федерации, независимо от причин, смертность превысила практически 1 млн

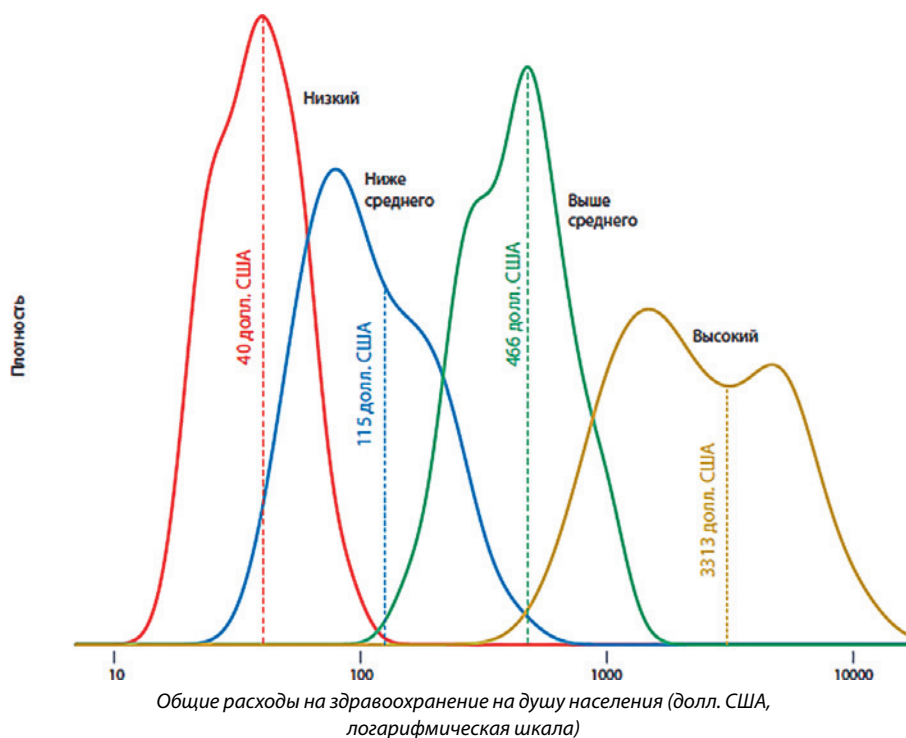
человек. В результате в 2021 г. в России показатель ожидаемой продолжительности жизни составил всего 70,1 года (падение за 2020—2021 гг. — на 3,2 года) [1].

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что и в текущем году условия деятельности отечественной системы здравоохранения являются чрезвычайно сложными. Отмечается увеличение потока больных — как тех, лечение которых было отложено в связи со вспышкой пандемии, так и тех, кому требуется медицинская помощь после перенесенной коронавирусной инфекции. Негативным фактором выступает рост стоимости на 15—20% лекарственных средств и медицинских изделий, связанный с изменением валютных курсов и проблемами логистического характера. Наблюдается снижение реальных доходов населения на 7—9%, ведущее к расширению объемов медицинской помощи в рамках программы государственного гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ведь в таких условиях не у всех людей имеются средства для обращения в сектор частной медицины. Поэтому для решения задачи по охране здоровья и безопасности населения страны сегодня необходима мобилизация управленческих ресурсов российского здравоохранения, расстановки приоритетов, оперативного внедрения эффективных подходов в процессе организации медицинской помощи и ресурсном обеспечении отрасли.

**Цель** исследования состоит в рассмотрении важнейшего приоритета социально-демографической политики — управления капиталом здоровья населения в регионах Российской Федерации.

### Материалы и методы

Исследование вопросов управления капиталом здоровья населения проведено на основании материалов докладов о состоянии здоровья населения регионов Российской Федерации и деятельности системы здравоохранения. Использованы работы российских экспертов, дающих оценку текущему состоянию отрасли здравоохранения и предлагающих неотложные меры в условиях особого положения в экономике и социальной сфере. Автор использовал в работе системный анализ теоретических положений капитала здоровья и сравнительный анализ показателей деятельности отрасли здравоохранения в округах Российской Федерации: расходы на здравоохранение, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, заболеваемость и смертность.



Взаимосвязь государственных расходов на здравоохранение и уровня дохода страны, 2018 г., долл. США

Источник: [2].

### Результаты

В мировом сообществе эксперты едины во мнении насчет взаимосвязи между улучшением здоровья граждан, обеспечивающим значительный косвенный эффект для развития экономики и социально-экономического развития, и повышением качества жизни населения.

В современном обществе управление капиталом здоровья имеет тесную связь с социально-экономическими показателями развития отдельно взятого индивида: его социальным статусом, финансовым положением, уровнем знаний о здоровьесберегающем поведении и возможностью придерживаться здорового образа жизни. Следовательно, капитал здоровья характеризуется широким комплексом факторов, в том числе уровнем расходов на медицинскую помощь.

Исследования показывают, что в большинстве случаев существует взаимосвязь между величиной государственных расходов на здравоохранение и уровнем дохода страны: чем выше доход, тем больше величина средств финансирования отрасли здравоохранения (рисунок).

Существенный рост расходов федерального бюджета на отрасль здравоохранения произошел в 2020 г. — в 1,87 раза, с 713 млрд до 1,3 трлн руб. В 2021 и 2022 гг. увеличение составило 10,5% и 4% соответственно. Государственные расходы на здравоохранение для каждого региона складываются из суммы двух статей: расходы консолидированного бюджета в регионе и расходы территори-

## Индикаторы состояния здоровья населения в Российской Федерации и ее ФО, 2020 г.

Регион	Исполнение бюджета на здравоохранение, млн руб.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Заболеваемость населения (впервые установленный диагноз на 100 тыс. чел.)	Смертность населения (число умерших на 100 тыс. чел.)
Российская Федерация	2 530 143,2	71,54	759,9	1460,2
Центральный ФО	7 40162,1	72,57	702,4	1508,5
Северо-Западный ФО	286 705,6	72,02	884,8	1457,0
Южный ФО	213 256,9	72,09	660,5	1495,3
Северо-Кавказский ФО	123 023,6	74,58	617,4	904,8
Приволжский ФО	419 694,3	70,83	816,8	1585,5
Уральский ФО	244 832,5	70,81	838,0	1393,7
Северный ФО	295 684,2	69,60	809,3	1510,2
Дальневосточный ФО	206 783,9	69,15	748,0	1386,9

Источник: [3].

альных фондов обязательного медицинского страхования.

Для оценки состояния здоровья граждан, согласно рекомендациям ВОЗ, используется показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении, считающийся ключевым фактором социально-экономического и демографического благополучия населения во всем мире и одним из элементов обобщающего критерия уровня жизни — индекса человеческого развития. Данные о расходах на здравоохранение и основных индикаторах состояния здоровья населения в России и федеральных округах (ФО) приведены в таблице.

Как свидетельствуют данные таблицы и анализ показателей капитала здоровья и величины расходов государства на отрасль здравоохранения в Российской Федерации за 2013—2018 гг., государственные расходы на здравоохранение не являются определяющим фактором статуса здоровья [4].

Капитал здоровья является одним из составляющих элементов человеческого капитала и определяет связь со здоровьем индивидуума, являясь важнейшим фактором экономического роста. Его моделирование на эмпирическом уровне основывается на определении оптимального индикатора капитала здоровья среди имеющихся статистических данных.

В настоящее время не подвергается сомнению тот факт, что задачей формирования устойчивой социально-демографической политики региона является поиск и расширение возможностей во всех сферах — экономической, социальной, политической и культурной. Целью социально-демографического развития на региональном уровне является повышение уровня качества жизни населения регионов.

Развитие современного общества имеет прямую зависимость от качественных индикаторов его человеческого капитала, особая роль отводится капиталу здоровья и эффективному управлению им. Здоровье каждого индивидуума и общественное здоровье в целом — это неотъемлемый компонент потенциала государственных ресурсов. Здоровье челове-

чества выступает комплексной категорией, для исследования которой требуется применение междисциплинарных методов анализа [5].

Социально-демографическая политика регионов должна учитывать следующие элементы: характер динамики процессов естественного возобновления поколений и миграцию населения.

Методы формирования социально-демографической политики можно условно разделить на три категории:

1) социально-экономические — выделение определенных категорий граждан и назначение им пособий и снижение налоговой нагрузки (например, пособия родителям 2 и более детей, освобождение от имущественных налогов многодетных семей и пр.);

2) административно-правовые — принятие на законодательном уровне нормативных правовых актов, определяющих деторождение (запрещающих или ограничивающих производство и использование средств контрацепции, определяющих минимальный возраст вступления в брак, преимущества при получении жилой площади и т. д.);

3) меры информационно-психологического воздействия — использование средств массовой информации и пропаганды (печати, радио, телевидения, интернет-ресурсов) для регулирования демографических процессов, определяемых политическими, правовыми, этическими, философскими взглядами, доминирующими в общественно-политической жизни.

Социально-демографическая политика в России предусматривает меры, направленные на рост продолжительности жизни, снижение смертности, увеличение рождаемости, регулирование миграционных потоков, сохранение и укрепление здоровья населения и за счет этих направлений — улучшение общей демографической ситуации в стране.

### Обсуждение

Опубликованный в конце 2019 г. демографический прогноз Росстата предполагает, что наиболее вероятным сценарием дальнейшего развития нашей страны в социально-демографическом плане является нарастание естественной убыли населения, обусловленной значительным снижением числа родившихся и недостаточным сокращением, а возможно, и ростом числа умерших. На фоне стабильного миграционного прироста, который не в состоянии перекрыть естественные потери, такая динамика означает закономерное снижение численности россиян вплоть до 2035 г. Эксперты предполагают, что современная Россия вступает в новую стадию депопуляции, и в этой связи необходимо российской социально-демографической политике дать адекватный ответ на встающие перед страной вызовы.

Несмотря на сложные экономические условия, в которых находится в настоящее время наша страна, и понимая, что реализация национального проекта «Здравоохранение» не принесет быстрых результатов по стабилизации социально-демографических процессов и улучшению здоровья граждан, можно



выделить ряд положительных тенденции индикаторов состояния здоровья населения в Российской Федерации и ее ФО.

В настоящее время в России фиксируется значительный разрыв в финансировании отрасли здравоохранения по сравнению с другими развитыми зарубежными государствами (4,5% в 2023 г. против 10,0% ВВП) и более высокая доля частных расходов на медицинское обслуживание (38% против 25%), тем самым негативно влияя на качество и доступность медицинской помощи для населения.

Однако следует отметить, что постепенно общие расходы на отрасль здравоохранения все же имеют тенденцию к росту (4,9% против 4,5% в 2022 г.). Основные факторы, вызывающие рост расходов на здравоохранение, — и демографические процессы, отражающиеся на численности состава населения, и повышающийся спрос потребителей на услуги здравоохранения по мере роста доходов и благосостояния граждан, и рост цен на медицинские услуги вследствие внедрения новых технологий и инновационного оборудования. При этом отметим, что первые две причины практически не зависят от воздействия со стороны государства, а темпы внедрения современных технологий могут регулироваться государственными структурами.

Период вспышки заболеваемости новой коронавирусной инфекцией способствовал прививанию нашим соотечественникам бережного отношения к своему здоровью и приверженности к ведению здорового образа жизни. Кризисные ситуации, надвигающиеся друг за другом, кардинальным образом меняют систему ценностей людей, которые более открыты к восприятию новой информации и готовы к осознанному отношению к собственному здоровью и здоровью своих близких.

### Заключение

Меры федерального и региональных уровней по управлению капиталом здоровья и улучшению здоровья населения не должны ограничиваться увеличением бюджетов на отрасль здравоохранения, а должны предусматривать широкий спектр мероприятий по улучшению социально-экономических условий, пропаганду самосохранительного поведения и здорового образа жизни.

Таким образом, управление капиталом здоровья является важнейшим приоритетным направлением

социально-демографической политики, которая призвана обеспечить рост социально-экономических показателей и повысить эффективность использования человеческого капитала, способствуя улучшению уровня жизни людей.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России 2022—2023 гг.: неотложные меры в условиях особого положения в экономике и социальной сфере. Проблемы и предложения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. № 2. С. 22—47. DOI: 10.33029/2411-8621-2022-8-2-4-21
2. Global Health Spending 2020: Weather the storm // Geneva; 2021. 118 с.
3. Росстат. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2021: статистический сборник. М.; 2021. 1112 с.
4. Канева М. А., Унтура Г. А. О взаимосвязи между капиталом здоровья и экономическим ростом в регионах РФ (2013—2018 годы) // Мир экономики и управления. 2021. Т. 21, № 2. С. 30—48.
5. Гончарова Н. П., Еремин А. А., Тарасова Е. В. Демографическая политика в современной России: особенности реализации и методика оценки результативности. М.; Берлин; 2020. 135 с.
6. Шишкин С. В., Шейман И. М., Власов В. В. и др. Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы: докл. к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2022 г. М.; 2022. 59 с.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Ulumbekova G. E. Healthcare of Russia 2022—2023: urgent measures in a special situation in the economy and social sphere. Problems and suggestions // ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the VSHOUZ. 2022;2:22—47. (In Russ.) DOI: 10.33029/2411-8621-2022-8-2-4-21
2. Global Health Spending 2020: Weather the storm. Geneva; 2021. 118 p.
3. Rosstat. Regions of Russia. Socio-economic indicators. 2021. Moscow; 2021. 1112 p. (In Russ.)
4. Kaneva M. A., Untura G. A. On the relationship between health capital and economic growth in the regions of the Russian Federation (2013—2018). World of Economics and Management. 2021;21(2):30—48. (In Russ.)
5. Goncharova N. P., Eremin A. A., Tarasova E. V. Demographic policy in modern Russia: features of implementation and methods of performance assessment. Moscow; Berlin; 2020. 135 p. (In Russ.)
6. Shishkin S. V., Sheiman I. M., Vlasov V. V. et al. Structural changes in healthcare: trends and prospects: dokl. to the XXIII Yasinskaya (April) International Scientific Conference on Problems of Economic and Social Development, Moscow, 2022. Moscow; 2022. 59 p. (In Russ.)

**Новикова Н. В., Нечаева Т. Ю., Аvezова Б. С., Дубровина И. А.****СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ КАК ПРОСТРАНСТВО КОММУНИКАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ**

Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина, 119071 Москва, Россия

*Социальные сети привносят новое измерение в здравоохранение, поскольку они предлагают среду, с помощью которой осуществляется информационное и коммуникационное взаимодействие между широкими группами населения и представителями профессионального медицинского сообщества. Текущие данные об использовании социальных сетей медицинскими работниками свидетельствуют о том, что виртуальные сообщества рассматриваются как ценные информационные порталы, где происходит обмен профессиональными знаниями. Набор платформ социальных сетей и электронных устройств, облегчающих обмен информацией, делает возможным профессиональное общение везде, где доступен интернет. Масштабы распространения социальных медиа и превращение их в мощный маркетинговый и информационно-пропагандистский инструмент обуславливает необходимость регулирования размещения и распространения информации на их площадках.*

**Ключевые слова:** здоровье; коммуникации; социальные сети; врачи; пациенты; социальное взаимодействие; информация

**Для цитирования:** Новикова Н. В., Нечаева Т. Ю., Аvezова Б. С., Дубровина И. А. Социальные сети как пространство коммуникаций по вопросам здоровья. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):810–812. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-810-812>

**Для корреспонденции:** Новикова Наталья Владимировна; e-mail: [novikova-nv@rguk.ru](mailto:novikova-nv@rguk.ru)

**Novikova N. V., Nechaeva T. Yu., Avezova B. S., Dubrovina I. A.****SOCIAL NETWORKS AS A SPACE OF COMMUNICATION ON HEALTH ISSUES**

A. N. Kosygin Russian State University, 119071 Moscow, Russia

*Social media is bringing a new dimension to healthcare as it offers an environment through which the public, patients, and healthcare professionals can report health issues with the possibility of potentially improving health outcomes. Social networks are a powerful tool that ensures cooperation between users and is a mechanism of social interaction for a wide range of people. Although the use of social networks for communication in the field of health has a number of advantages, the exchange of information must be monitored for quality and reliability, as well as to preserve the confidentiality of users.*

**Keywords:** health; communications; social networks; doctors; patients; social interaction; information

**For citation:** Novikova N. V., Nechaeva T. Yu., Avezova B. S., Dubrovina I. A. Social networks as a space of communication on health issues. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):810–812 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-810-812>

**For correspondence:** Natalia V. Novikova; e-mail: [novikova-nv@rguk.ru](mailto:novikova-nv@rguk.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Во всем мире наблюдается постоянный рост использования социальных сетей, в том числе в контексте здравоохранения<sup>1</sup>. Социальные сети — это мощный инструмент, который обеспечивает сотрудничество между пользователями и является механизмом социального взаимодействия для широкого круга лиц. Под это понятие попадают разнообразные социальные медиа, платформы, программный контент которых позволяет организовать и поддерживать социальные коммуникации пациентов с пациентами, медицинских работников (МР) между собой, пациентов и МР по вопросам здравоохранения. Примерами таких платформ могут являться ВКонтакте, ПроДокторов и пр. Пространство научной литературы в настоящее время еще не на-

копило объем публикаций, отражающих особенности социального взаимодействия и коммуникации пользователей и участников социальных сетей. В связи с этим рассмотрение данного вопроса является безусловно актуальным.

**Цель** настоящей работы — провести обзор научных публикаций, посвященных использованию социальных сетей для коммуникации по вопросам здоровья и здравоохранения. Исследование данной темы, по нашему мнению, важно для того, чтобы установить, улучшают ли социальные сети методы информирования о здоровье.

**Материалы и методы**

Статья написана с использованием метода контент-анализа зарубежных публикаций, посвященных использованию социальных сетей в практике МР и пациентов для оптимизации процессов коммуникации и обеспечения информированности по вопросам здоровья.

<sup>1</sup> Heidelberg C. A. Health Care Professionals' Use of Online Social Networks. 2011.. URL: <http://cahdsu.wordpress.com/2011/04/07/infs-892-health-care-professionals-use-of-online-social-networks/> (дата обращения: 21.04.2023).

## Результаты и обсуждение

Сосредоточив внимание на социальных сетях для коммуникации в области здравоохранения, представим авторские подходы к их определению. Так, А. М. Kaplan и соавт. определили социальные медиа как «группу интернет-приложений, которые основаны на идеологических и технологических основах Web 2.0 и позволяют создавать пользовательский контент и обмениваться им» [1]. По мнению авторов, социальные сети бывают двух типов: первые обеспечивают площадку для коммуникаций, в рамках которых в соответствии с концепцией самопрезентации Е. Goffman [2] целью взаимодействия индивидов является попытка контролировать впечатление о них других; вторые выступают аналогом средств массовой информации.

Многочисленные исследования показывают, что социальные сети имеют невероятно огромную популярность в распространении информации и формировании коммуникационного взаимодействия по вопросам здоровья и здравоохранения. К участию в социальных сетях вовлечена широкая общественность: пациенты и их родственники, МР и вспомогательный персонал медицинских организаций, научные сотрудники и исследователи в области медицины и здравоохранения и пр. В Соединенных Штатах Америки 61% взрослых ищут информацию в интернете, а 39% используют социальные сети для получения медицинской информации<sup>2</sup>. Показатели внедрения социальных сетей в Европе различаются; например, доля немецких больниц, использующих социальные сети, выражена «единичными цифрами», тогда какими пользуются примерно половина норвежских и шведских больниц [3]. Социальные сети широко использовались в контексте здравоохранения, начиная от использования их Всемирной организацией здравоохранения во время пандемии гриппа А (H1N1)<sup>3</sup>, заканчивая студентами медицинских университетов и колледжей, чьи сообщения в соцсетях носят несколько романтизирующий профессию характер, а также содержат скорее информационно-развлекательный, нежели профессиональный контент.

W. G. Mangold и соавт. подчеркнули, «что социальные сети меняют отношения между производителями и потребителями сообщений» [4]. Это говорит о том, что поставщикам медицинских услуг может потребоваться определенная степень контроля над онлайн-коммуникациями о здоровье для поддержания достоверности и надежности.

Согласно обзору, проведенному S. A. Moorhead и соавт., можно выделить несколько основных способов использования социальных сетей для коммуникации в области здравоохранения для широкой об-

щественности, пациентов и МР [5]. По их данным, социальные сети предоставляют медицинскую информацию о ряде состояний широкой общественности, пациентам и МР. Коммуникации в социальных сетях могут дать ответы на медицинские вопросы. Социальные сети позволяют представлять информацию в формах, отличных от текстовых, и могут донести информацию о здоровье до аудитории с особыми потребностями. Социальные сети имеют ярко выраженную специализацию в технологии коммуникации. Например, российская сеть ПроДокторов — это платформа-отзовик, где можно ознакомиться с конкретными врачами, их профессиональной квалификацией, специализацией, а также отзывами пациентов. Однако, вне зависимости от технологической специализации, участники социальных сетей имеют возможность установления двусторонней связи на уровне:

- пациент—пациент (обмениваться пациентским опытом, оказывать дружескую поддержку, помогать с решением точечных проблем, связанных с заболеванием и пр.);
- МР—МР (обмен профессиональной информацией, опытом, профессиональное обсуждение медицинских вопросов, клинической практики и пр.);
- МР—пациент (распространение рекомендаций по здоровому образу жизни, медицинский консалтинг, рассмотрение результатов анализов и пр.).

Как объясняют А. Моен и соавт. [6], современные модели сотрудничества, как правило, приводят к асимметричным отношениям между пациентом и поставщиком медицинских услуг. Это подчеркивает настоятельную необходимость того, чтобы МР сохраняли свою роль в социальных сетях для информирования о здоровье, которая отличается от роли пациентов и пользователей в целом. J. N. Kietzmann и соавт. предположили, что «организациям необходимо распознавать и понимать ландшафт социальных сетей и то, где уже ведутся разговоры о них, разрабатывать подходящие стратегии, определять, как часто и когда им следует вступать в разговоры, и быть в курсе того, что делают другие, и действовать соответствующим образом» [7]. По мнению исследователей, преимущества социальных сетей по сравнению с иными каналами коммуникации заключаются в скорости и таргетированности распространения информации, что в вопросах здоровья имеет большую значимость с точки зрения дифференцированности целевой аудитории и адресности тематических потоков.

Самым главным недостатком использования социальных сетей является практически полное отсутствие контроля размещаемого контента. По мнению исследователей, «аналогичные проблемы существуют и с традиционными интернет-сайтами, но эти проблемы усугубляются интерактивным характером социальных сетей, который позволяет непрофессионалам загружать информацию независимо от качества» [8]. Масштабы распространения социальных

<sup>2</sup> Fox S., Jones S. The social life of health information. 2009. URL: <http://www.pewinternet.org.Reports/2007/Information-Searches-> (дата обращения: 21.04.2023).

<sup>3</sup> McNab C. What social media offers to health professionals and citizens. URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/09-066712/en/> (дата обращения: 21.04.2023).

медиа и превращение их в мощный маркетинговый и информационно-пропагандистский инструмент обуславливает необходимость регулирования размещения и распространения информации на их площадках. Очевидно, что эта задача находится в плоскости компетенций государственных регуляторов и контролирующих органов. Необходимо решить вопросы обеспечения информационной безопасности, а также согласно мировой передовой практике использовать преимущества социальных сетей, но при этом защищать частную жизнь пациентов и, следовательно, улучшать использование этих средств в обычной клинической помощи. Это вопрос государственной политики, и он должен решаться за счет повышения цифровой и интернет-грамотности, а также ответственности МР, выступающих источником информации, распространяемой в социальных сетях.

### Заключение

Текущие данные об использовании социальных сетей МР свидетельствуют о том, что виртуальные сообщества рассматриваются как ценные информационные порталы, где происходит обмен профессиональными знаниями. Набор платформ социальных сетей и электронных устройств, облегчающих обмен информацией, делает возможным профессиональное общение везде, где доступен интернет. Учитывая, что ряд текущих проблем профессиональных коммуникаций в сети интернет связан с отсутствием каналов межпрофессиональной и внутрипрофессиональной коммуникации, в междисциплинарных виртуальных сообществах существует значительный потенциал для облегчения передачи полученных из опыта и исследовательских знаний путем разрушения профессиональных и организационных границ. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы оценить, могут ли виртуальные сообщества улучшить результаты лечения пациентов, способствуя профессиональному развитию, основанной на фактических данных практике и устраняя разрозненность клинической практики.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Kaplan A. M., Haenlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media // *Business Horizons*. 2010. Vol. 53. P. 59—68.
2. Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. N.Y.; 1959.
3. Dawson J. Doctors join patients in going online for health information // *New Media Age*. 2010. Т. 7. С. 596—615.
4. Mangold W. G., Faulds D. J. Social media: The new hybrid element of the promotion mix // *Business Horizons*. 2009. Vol. 52, N 4. P. 357—365.
5. Moorhead S. A., Hazlett D. E., Harrison L. et al. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication // *J. Med. Internet Res*. 2013. Vol. 15, N 4. P. e85.
6. Moen A., Smørdal O., Sem I. Web-based resources for peer support — opportunities and challenges // *Stud. Health Technol. Inform*. 2009. Vol. 150. P. 302—306.
7. Kietzmann J. H., Hermkens K., McCarthy I. P., Silvestre B. S. Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media // *Business Horizons*. 2011. Vol. 54, N 3. P. 241—251.
8. Adams S. A. Revisiting the online health information reliability debate in the wake of «web 2.0»: an inter-disciplinary literature and website review // *Int. J. Med. Inform*. 2010. Vol. 79, N 6. P. 391—400.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Kaplan A. M., Haenlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons*. 2010;53:59—68.
2. Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. N.Y.; 1959.
3. Dawson J. Doctors join patients in going online for health information. *New Media Age*. 2010;7:596—615.
4. Mangold W. G., Faulds D. J. Social media: The new hybrid element of the promotion mix. *Business Horizons*. 2009;52(4):357—365.
5. Moorhead S. A., Hazlett D. E., Harrison L. et al. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *J. Med. Internet Res*. 2013;15(4):e85.
6. Moen A., Smørdal O., Sem I. Web-based resources for peer support — opportunities and challenges. *Stud. Health Technol. Inform*. 2009;150:302—306.
7. Kietzmann J. H., Hermkens K., McCarthy I. P., Silvestre B. S. Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media. *Business Horizons*. 2011;54(3):241—251.
8. Adams S. A. Revisiting the online health information reliability debate in the wake of «web 2.0»: an inter-disciplinary literature and website review. *Int. J. Med. Inform*. 2010;79(6): 391—400.

Погарская А. С.

## ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ТАМОЖЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИМПОРТИРУЕМЫХ КОМПЛЕКТУЮЩИХ ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353918, Новороссийск, Россия

*В современных условиях санкционной политики вопрос импорта различных категорий товаров подвергается особому контролю и вниманию со стороны государства. Данный аспект может быть обусловлен, с одной стороны, введением ответных мер, связанных с накладываемыми запретами и ограничениями на ввоз отдельных товаров, а с другой стороны — с выработкой особого подхода к таможенному оформлению продукции, проявляемого в упрощении требований по предоставлению сопроводительных документов. Безусловно, такая категория товаров, как медицинские изделия, являясь важнейшей с точки зрения своего целевого назначения, требует пристального внимания со стороны государства, в особенности в связи с тем, что значительный объем медицинских изделий и соответствующих им принадлежностей ввозится из третьих стран. В статье подробно рассмотрены основные требования к документам, которыми должны сопровождаться импортируемые медицинские изделия, изучены ключевые аспекты таможенного оформления данной категории товаров, а также освещены проблемные вопросы, связанные с ввозом комплектующих принадлежностей медицинских изделий, на основании чего были сформулированы предложения по их урегулированию.*

**Ключевые слова:** медицинские изделия; части и принадлежности; таможенное оформление; регистрационное удостоверение; перечни товаров; налог на добавленную стоимость

**Для цитирования:** Погарская А. С. Проблемные аспекты таможенного регулирования импортируемых комплектующих принадлежностей медицинских изделий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):813—819. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-813-819>

**Для корреспонденции:** Погарская Анастасия Сергеевна; e-mail: [pogarsckaya.anastasia@yandex.ru](mailto:pogarsckaya.anastasia@yandex.ru)

Pogarskaya A. S.

## PROBLEMATIC ASPECTS OF CUSTOMS REGULATION OF IMPORTED COMPONENTS OF MEDICAL DEVICES

Admiral Ushakov State Maritime University, 353924, Novorossiysk, Russia

*In modern conditions of sanctions policy, the issue of import of various categories of goods is subject to special control and attention from the state. This aspect may be due, on the one hand, to the introduction of retaliatory measures related to the prohibitions and restrictions imposed on the import of certain goods, and, on the other hand, to the development of a special approach to customs clearance of products, manifested in the simplification of requirements for the provision of accompanying documents. Of course, such a category of goods as medical devices, being the most important from the point of view of its intended purpose, requires close attention from the state, especially due to the fact that a significant amount of medical devices and their corresponding accessories are imported from third countries. The article discusses in detail the basic requirements for documents that must be accompanied by imported medical devices, examines the key aspects of customs clearance of this category of goods, and highlights problematic issues related to the import of medical device accessories, on the basis of which proposals were formulated for their settlement.*

**Keywords:** medical devices; parts and accessories; customs clearance; registration certificate; lists of goods; value added tax

**For citation:** Pogarskaya A. S. Problematic aspects of customs regulation of imported components of medical devices. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):813–819 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-813-819>

**For correspondence:** Anastasia S. Pogarskaya; e-mail: [pogarsckaya.anastasia@yandex.ru](mailto:pogarsckaya.anastasia@yandex.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The author declares no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

### Введение

Россия заинтересована в импорте медицинского оборудования, т. к. данная сфера не покрывается необходимым техническим оснащением силами отечественного производства. В связи с этим на государственном уровне производится стимулирование данной области путем уменьшения таможенных платежей, а также предусматриваются особые условия таможенного оформления.

Медицинские изделия (МИ) импортируются из различных стран: Израиля, Германии, Швеции, Китая и др. Безусловно, в свете всех политических со-

бытий, география стран-поставщиков периодически изменяется, что, в свою очередь, затрудняет налаживание стабильности поставок. Наряду с этим стоит подчеркнуть, что большинство медицинских приборов требует периодического обновления запасных частей и принадлежностей, которые, аналогично самим изделиям, необходимо ввозить из других стран. Возникают некоторые сложности с идентификацией медицинского применения подобных запасных частей и принадлежностей с точки зрения декларирования товаров. В данной ситуации срывается подход, аналогичный порядку классификации товаров по товарной номенклатуре внешнеэко-

номической деятельности (ТН ВЭД), а именно, принадлежность классифицируется как отдельное самостоятельное изделие, что приводит к обычному порядку исчисления таможенных платежей. Безусловно, такой подход не устраивает импортеров продукции рассматриваемой категории, т. к. это приводит к увеличению расходов, связанных с таможенным оформлением.

На основании всего вышесказанного следует отметить, что данный вопрос требует детального рассмотрения и урегулирования на государственном уровне, т. к. сфера медицинского обеспечения является важной с точки зрения здоровья населения страны.

**Цель** данной работы заключается в исследовании основных особенностей таможенного оформления комплектующих частей и принадлежностей, заключающихся в невозможности применения налоговых льгот в случае отдельного ввоза рассматриваемой категории товара, а также разработка практических рекомендаций, позволяющих осуществить полное или частичное освобождение от уплаты налога на добавленную стоимость (НДС) в зависимости от целевого назначения и принадлежности к определенной категории МИ.

### Материалы и методы

Для достижения поставленной в статье цели изучены следующие основные документы:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Письмо Росздравнадзора России от 23.04.2008 № 01И-171/08 «О регистрационных удостоверениях на изделия медицинского назначения»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.06.2020 № 661н «Об утверждении Порядка ввоза на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях государственной регистрации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 18.03.2020 № 299 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий»;
- Решение Коллегии Евразийской экономической комиссии от 21.04.2015 № 30 «О мерах нетарифного регулирования»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 30.09.2015 № 1042 «Об утверждении перечня медицинских товаров, реализация которых на территории Российской Федерации и ввоз которых на территорию Российской Федерации и иные территории, находящиеся под ее юрисдикцией, не подлежат обложению (освобождаются от обложения) налогом на добавленную стоимость»;

- Постановление Правительства РФ от 15.09.2008 № 688 «Об утверждении перечней кодов медицинских товаров, облагаемых налогом на добавленную стоимость по налоговой ставке 10 процентов».

В ходе проведения исследования в рассматриваемой области автором был выполнен всесторонний анализ научных публикаций по рассматриваемой тематике, а также нормативно-правовых документов, затрагивающих данную сферу. Применялись методы изучения и обобщения, систематизации и сравнения.

### Результаты

За последний год вопрос ввоза иностранных МИ во многом осложнился постоянно накладываемыми на Россию санкциями и эскалацией конфликтной политической ситуации, что, безусловно, не могло не сказаться на регулярности поставок и нарушении привычных торговых отношений с поставщиками МИ и принадлежностей к ним.

Помимо перебоев в поставках, в сложившихся условиях выявился еще один проблемный аспект, связанный с особенностью таможенного оформления принадлежностей и запасных частей МИ. МИ являются льготной категорией товаров, в связи с чем таможенное оформление грузов подобного назначения — одно из самых сложных. В данной связи, как правило, первоочередным является определение двух главных вопросов: в первую очередь необходимо установить отнесение декларируемого товара к категории медицинских, а во-вторых, нужно определить целевое назначение ввоза таких товаров на территорию России.

Термин «медицинское изделие» развернуто определяется в ч. 1 ст. 38 закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На основании действующего законодательства под медицинскими понимаются изделия, которые отвечают нижеследующим условиям:

1. По составу, который обуславливает перечень основных компонентов, применяемых совместно с данным МИ:

- любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия;
- применяются в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению;
- включают специальное программное обеспечение.

2. По назначению, которое связано с функциональными особенностями рассматриваемого прибора:

- для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека;
- для проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анато-

Номер разрешения	Дата разрешения	Наименование медицинского изделия	Организация-заявитель
006209/23	31.01.2023	Цитья рассасывающаяся стерильная из полидиоксана с иглой-носителем, в вариантах исполнения	Xiullmedi Co., Ltd., Korea Корея Ксиюлимеди Ко., Лтд., КР
006210/23	31.01.2023	Стенты HANAROSTENT непокрытые билиарные	M. I. TechCo., Ltd., KR
006211/23	31.01.2023	Стенты HANAROSTENT непокрытые билиарные	M. I. TechCo., Ltd., KR
006212/23	31.01.2023	Гибкий холедохоскоп ANQING Medical, Модель C550H-20EU	Shanghai AnQing Medical Instrument CO., Ltd./ООО «Медицинские инструменты Шанхай Аньцин», CN

Рис. 1. Поисковая система регистрационных удостоверений на МИ.

мической структуры или физиологических функций организма;

- предотвращения или прерывания беременности.

Следует иметь в виду, что МИ могут быть признаны взаимозаменяемыми. Такое определение оборудования применимо, если оно сравнимо по функциональному назначению, качественным и техническим характеристикам, а самое главное — такое оборудование должно заменять друг друга по своим ключевым параметрам.

Безусловно, особенности таможенного оформления МИ в первую очередь связаны со спецификой предоставляемой разрешительной документации, которая выступает обязательным условием как ввоза, так и обращения подобной категории товаров.

Если МИ ввозятся с целью реализации на территории России, то необходимо определиться с перечнем разрешительной документации, которая может включать следующие документы:

- регистрационное удостоверение;
- декларация о соответствии;
- лицензия Минпромторга России или сведения о включении товаров в Единый реестр ЕЭК РЭС, если МИ является высокочастот-

ным устройством или радиоэлектронным средством.

С целью более глубокой детализации данного вопроса рассмотрим каждый из вышеперечисленных документов более подробно. В первую очередь, стоит остановиться на регистрационном удостоверении, на которые ведется отдельный реестр Росздравнадзором.

В том случае, если отсутствует информация о наличии выданного ранее регистрационного удостоверения на ввозимый товар, то данный вопрос можно уточнить путем проверки наличия данного документа в реестре на сайте Росздравнадзора<sup>2</sup> (рис. 1). Сервис оснащен функцией расширенного поиска, которая включает дополнительные сведения: дату разрешения, наименование МИ, организация-заявитель. При этом поисковая система срабатывает даже в том случае, если задается один из вышеперечисленных параметров.

Возможность ввоза МИ законодательно установлена, если в реестре было найдено разрешение<sup>3</sup>. После регистрации МИ Росздравнадзором любое лицо, даже не являющееся компанией — держателем регистрационного удостоверения, имеет право импортировать, продавать и использовать такие МИ на территории России. Такая возможность реализуется за счет того, что выданные разрешения находятся в

<sup>1</sup> Единый реестр радиоэлектронных средств и высокочастотных устройств гражданского назначения, в том числе встроенных либо входящих в состав других товаров, при ввозе которых на таможенную территорию Евразийского экономического союза не требуется представление лицензии или заключения (разрешительного документа).

<sup>2</sup> URL: <https://www.roszdravnadzor.ru/services/importmed>

<sup>3</sup> Письмо Росздравнадзора России от 23.04.2008 № 01И-171/08 «О регистрационных удостоверениях на изделия медицинского назначения».

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

x

РЕЕСТРОВАЯ ЗАПИСЬ	
Параметр изделия	Значение параметра изделия
Статус	Разрешение
Организационно-правовая форма	ООО
Полное наименование юридического лица	Общество с ограниченной ответственностью "ОлиВА"
Сокращенное наименование	ООО "ОлиВА"
Фирменное наименование	
ИНН	5018207485
ОГРН	1215000038813
Адрес места нахождения	141092, Россия, Московская область, г. Королев, г.о. Королев, ул. Пушкинская, д. 23, помещ. 115
Наименование медицинского изделия	Нить рассасывающаяся стерильная из полидиоксанаона с иглой-носителем, в вариантах исполнения
Наименование производителя (изготовителя) медицинского изделия	XiuliMedi Co., Ltd., Korea Корея Ксиулимеди Ко., Лтд.
Адрес места нахождения производителя (изготовителя) медицинского изделия	Korea, 582, Chungjeong-ro, Jeongeup-si, Jeollabuk-do, Korea, KR
Количество ввозимых образцов	80 упако.
Заводской номер	-
Номера серии или номера партии ввозимых образцов	-
Дата производства (изготовления) медицинского изделия	05.12.2022
Срок годности (эксплуатации) медицинского изделия	05.12.2023
Дата и номер выданного разрешения на ввоз	006209/23 от 31.01.2023
Срок действия разрешения на ввоз медицинских изделий	31.01.2024

Рис. 2. Пример реестровой записи о разрешении ввоза МИ.

открытом доступе, и их можно открыть, нажав на название подходящего МИ (рис. 2). Проверка может показать, что регистрационное удостоверение на заданный товар ранее не было получено, в таком случае его необходимо будет оформить в соответствии с установленным порядком.

Безусловно, в силу специфики данной процедуры, порядок и этапы регистрации МИ регламентируются отдельным постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий». На первоначальном этапе необходимо осуществить ввоз образцов МИ, которые изначально будут проходить регистрацию, в связи с чем в реестре появляется запись, содержащая разрешение на ввоз МИ. На законодательном уровне отдельно регламентируется порядок ввоза на территорию России МИ в целях государственной регистрации, который подробно расписан в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 30.06.2020 № 661н «Об утверждении Порядка ввоза на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях государственной регистрации».

Рассматривая данный вопрос, нужно учитывать, что в 2020 г. были значительно сокращены сроки регистрации на некоторые группы товаров, в частности, на те изделия, которые применяются для борьбы с коронавирусной инфекцией. Данное решение было также оформлено в виде Постановления Правительства РФ от 18.03.2020 № 299 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий» отдельного документа, которое закрепило перечень МИ с низкой степенью потенциального риска, в связи с чем их государ-

ственная регистрация проводится в более короткие сроки.

После подачи заявления на получение разрешения на ввоз МИ необходимо отслеживать статус поданных документов, который отражается на сайте Росздравнадзора.

Можно выделить еще один обязательный документ, который является необходимым для некоторых МИ, — Декларацию о соответствии, оформляемую на основании выданного регистрационного удостоверения. Практически для всех МИ декларирование соответствия требованиям ГОСТ Р отменено. Однако, если изделие дополнительно попадает под действие технических регламентов Таможенного союза/ЕАЭС, то декларирование соответствия требованиям данных регламентов остается обязательным.

Следовательно, в настоящее время предприниматели могут получить отказное письмо либо оформить добровольный сертификат, что, в первом случае, гарантирует отсутствие требований на законодательном уровне по обязательной оценке соответствия, а во втором — свидетельствует о подтверждении надлежащего качества изделия.

Для продукции, выпускаемой большими сериями без внесения изменений в применяемые технологии производства и потребительские качества, более оптимальным будет оформление декларации на серийное производство с учетом максимального срока действия, который составляет 3 года. Помимо этого, стоит учитывать, что наличие доверенности от держателя декларации соответствия дает возможность использования выданного документа на имя другого заявителя. Наименование товара, его модель или артикул должны совпадать с данны-



ми, содержащимися в регистрационном удостоверении.

Отдельно следует упомянуть еще один документ, который выдается на изделия, являющиеся высокочастотными устройствами. В данном случае речь идет об обязательном оформлении лицензии Минпромторга России или о включении в Единый реестр ЕЭК высокочастотных устройств, к которым, в частности, могут относиться магнитно-резонансные томографы, электрокардиостимуляторы и другие аналогичные изделия. Данное требование по предоставлению вышеупомянутого документа связано с разработкой перечня 2.16 Решения Коллегии ЕЭК от 21.04.2015 № 30 «О мерах нетарифного регулирования», которое устанавливает ограничение к ввозу на территорию ЕАЭС высокочастотных приборов, на основании чего при таможенном оформлении необходимо предоставление Лицензии Минпромторга или сведений о включении в единый реестр. В целях выдачи лицензий организована работа радиочастотного центра, при котором функционируют специальные испытательные лаборатории, проводящие необходимые исследования таких МИ.

При этом важно учитывать, что на первоначальном этапе необходимо произвести ввоз образцов, при таможенном оформлении которых производится помещение товаров под таможенную процедуру временного ввоза и предъявление разрешительного документа Роскомнадзора, выдаваемого на 6 мес. Безусловно, если товар указан в Едином реестре ЕЭК, то ввоз будет осуществляться без получения лицензии Минпромторга России, т. к. необходимости оформлять оба документа в таких условиях не возникает.

Исходя из всего вышеописанного можно заключить, что МИ, в силу своего специфического назначения, требуют соблюдения жестких требований по документальному сопровождению, что, безусловно, связано с важностью данной категории товаров для жизни и здоровья людей.

Ввоз МИ отличается от ввоза других товаров возможностью получения налоговых льгот. Необходимо понимать, что соблюдение всех вышеперечисленных условий регистрации изделия дает возможность произвести таможенное оформление с полным или частичным освобождением от НДС: 0% или 10% соответственно. В обоих случаях для получения полного или частичного освобождения от уплаты налога на добавленную стоимость необходимо наличие регистрационного удостоверения, которое выдается Росздравнадзором.

Одновременно с этим важным условием выступает присутствие ввозимого МИ в одном из перечней:

1. «Перечень медицинских товаров, реализация которых на территории Российской Федерации и ввоз которых на территорию Российской Федерации и иные территории, находящиеся под ее юрисдикцией, не подлежат обложению (освобождаются от обложения) налогом на добавленную стоимость», утвержден-

ный Постановлением Правительства РФ от 30.09.2015 № 1042 «Об утверждении перечня медицинских товаров, реализация которых на территории Российской Федерации и ввоз которых на территорию Российской Федерации и иные территории, находящиеся под ее юрисдикцией, не подлежат обложению (освобождению) налогом на добавленную стоимость».

2. «Перечень кодов медицинских товаров в соответствии с единой Товарной номенклатурой внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза, облагаемых налогом на добавленную стоимость по налоговой ставке 10 процентов при их ввозе в Российскую Федерацию», утвержденный Постановлением Правительства РФ от 15.09.2008 № 688 «Об утверждении перечней кодов медицинских товаров, облагаемых налогом на добавленную стоимость по налоговой ставке 10 процентов».

Первый перечень содержит 4 раздела, которые описывают различные условия их применения. Относительно товаров указываются непосредственно наименования, а также соответствующие им коды Общероссийского классификатора продукции (ОКП), Общероссийского классификатора продукции и услуг по видам экономической деятельности (ОКПД2) и ТН ВЭД (рис. 3). Второй документ включает два отдельных перечня, в каждом из которых указывается наименование товара, а соответствующие им коды различаются по классификаторам: первый перечень содержит коды ОКПД 2, а второй — ТН ВЭД ЕАЭС. Следовательно, при принятии решения о применении налоговой льготы необходимо руководствоваться классификационными кодовыми значениями в соответствии с вышеперечисленными документами. Безусловно, подобные налоговые льготы способствуют большей доступности МИ, что является важным аспектом с точки зрения медицинского обеспечения [1].

В первом столбце указан порядковый номер товара в перечне, далее приводится подробное описание наименования товара с кодом ОКП, следующий столбец включает соответствующий код ОКПД 2, а последний столбец — код ТН ВЭД ЕАЭС.

Сфера медицинского обеспечения является достаточно значимой в силу своего применения, т. к. связана с поддержанием здорового состояния людей, своевременной профилактики и вопросами оперативного лечения [2—4]. В связи с этим нельзя недооценивать важность эффективного регулирования со стороны государства в области медицинского обеспечения и необходимость реализации рационального подхода при выработке мер государственной поддержки и упрощения регистрации и таможенного оформления товаров медицинского назначения [5].

Выработка мер государственного регулирования напрямую зависит от процессов и трансформаций внешней среды, которые обуславливаются полити-

6.	Инструменты зондирующие, бужирующие 94 3600 (зонды; бужи; катетеры; трубки, канюли)	32.50.11.110 32.50.11.190 32.50.13.121 32.50.13.130 32.50.13.132 32.50.13.139 32.50.13.190 32.50.13.110	9018
7.	Наборы медицинские 94 3700 (наборы для сердечно-сосудистой и абдоминальной хирургии; наборы травматологические; наборы оториноларингологические; наборы офтальмологические; наборы стоматологические; наборы акушерские, гинекологические, урологические; наборы нейрохирургические; наборы общего назначения)	32.50.11.110 32.50.11.190 32.50.13.130 32.50.13.131 32.50.13.139 32.50.13.190 32.50.13.120 32.50.13.129 32.50.13.150 32.50.11	9018

Рис. 3. Фрагмент перечня МИ, в отношении которых применяется 0% ставка НДС.

ческими аспектами. Следовательно, меры таможенного регулирования должны разрабатываться и периодически пересматриваться с учетом изменений внешнеторговой политики на уровне государства в целом.

Если результировать практику таможенного оформления, то можно выделить случаи, при которых производится полная уплата НДС в размере 20% в отношении ввозимых МИ:

- при отсутствии товаров в специальных перечнях по полному или частичному освобождению;
- при ввозе товаров не в полном составе или с превышением числа комплектующих;
- при ввозе частей и принадлежностей без ввоза самого МИ.

Существует осязательная проблема с получением налоговых льгот при ввозе медицинского оборудования, которое поставляется в виде многокомпонентного изделия не в полной комплектации либо с превышением количества отдельных частей и принадлежностей. Как правило, наименования таких МИ сопровождаются использованием терминов: «комплект», «состав», «набор» и др.

Одновременно с этим полная уплата НДС касается отдельно импортируемых принадлежностей, которые ввозятся без МИ. В качестве примера можно рассмотреть ввоз персонального блока пациента, который является частью терапевтической системы, состоящей еще из генератора импульсов. Следовательно, при поломке данной принадлежности будет производиться уплата НДС в размере 20%, т. к. персональный блок пациента ввозится согласно инвойсу без генератора импульсов.

По мнению автора, такой подход является не до конца оправданным с точки зрения ценности и целевого применения изделий данной категории. В связи с этим необходимо дифференцировать ставку НДС в зависимости от целевого назначения МИ, совместно с которым и применяется декларируемая принадлежность.

## Заключение

Порядок таможенного оформления принадлежностей и частей для МИ требует пересмотра в сторону уменьшения суммы таможенных платежей, что неоспоримо будет сказываться на конечной стоимости товаров. Важно учитывать тот факт, что многие запасные части и принадлежности ввозятся в страну именно с территории других стран, следовательно, было бы целесообразно расширить возможность полного или частичного освобождения от уплаты НДС на ввозимые комплектующие к МИ при условии дополнительной идентификации их конечного применения.

Таким образом, основываясь на результатах проведенного исследования, предлагаем практические рекомендации для решения вышеобозначенной проблемы:

1. В целях полной идентификации целевого назначения перемещаемых товаров при таможенном оформлении принадлежностей для МИ декларанту необходимо предоставить дополнительные документы, подтверждающие дальнейшее применение ввозимых товаров как частей медицинского оборудования.
2. Для осуществления контроля достоверности заявляемых сведений следует разработать методический документ, включающий перечень МИ, которые являются многокомпонентными товарами, с обязательным описанием возможного списка принадлежностей, которые могут входить в их состав и классифицироваться определенными кодами ТН ВЭД.
3. Для выработки дифференцированного подхода к определению ставки НДС следует руководствоваться существующими перечнями, в соответствии с которыми определяется полное или частичное освобождение от уплаты НДС. При этом величина налогового упрощения напрямую зависит от МИ, принадлежностью которого является ввозимый товар.

Сформулированные предложения позволят осуществить реализацию дифференцированного подхода к определению ставки НДС, подлежащей к уплате при ввозе принадлежностей МИ, обеспечив при этом надлежащий уровень государственного контроля и, как результат, снижение конечной стоимости.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ланцева В. Ю., Мигда Н. С. Правовое регулирование и организация охраны здоровья и медицинского обслуживания моряков на судах торгового флота // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 1. С. 65—71.
2. Тимченко Т. Н., Тонконог В. В., Погарская А. С. и др. Проблемы нормативно-правового обеспечения лекарственными препаратами с содержанием наркотических и психотропных веществ судов заграничного плавания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № S1. С. 808—812.
3. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н., Тонконог В. В. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи на борту морского судна членам экипажа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 5. С. 1125—1131.

4. Тонконог В. В., Погарская А. С., Головань Т. В. и др. Особенности пополнения судовой аптеки на судах заграничного плавания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 1. С. 72—79.
5. Тимченко Т. Н., Тонконог В. В., Погарская А. С. и др.оборот лекарственных средств в Российской Федерации: таможенный аспект // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, Спецвыпуск. С. 803—809.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Lantseva V. Yu., Migda N. S. Legal regulation and organization of health protection and medical care of seafarers on merchant ships. *Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine*. 2022;30(1):65—71. (In Russ.)
2. Timchenko T. N., Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S. et al. Problems of regulatory and legal provision of drugs containing narcotic and psychotropic substances for ships abroad. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2021;29(S1):808—812.
3. Botnariuk M. V., Timchenko T. N., Tonkonog V. V. Problematic aspects of providing medical care on board a ship to crew members. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2021;29(5):1125—1131. (In Russ.)
4. Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S., Golovan T. V. et al. Features of replenishment of the ship's pharmacy on ships abroad. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022;30(1):72—79. (In Russ.)
5. Timchenko T. N., Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S. et al. Circulation of medicines in the Russian Federation: the customs aspect. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2020; 8(spevcipusk):803—809. (In Russ.)

**Сафонов А. Л., Филимонова И. В., Некипелова Д. В., Долженкова Ю. В.****МЕХАНИЗМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ:  
ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ ИХ РЕШЕНИЯ**

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», 125993, Москва, Россия

*Статья посвящена анализу механизмов государственной поддержки реабилитации инвалидов. Учитывая ограничение функционального состояния людей с ограниченными возможностями, предоставление им услуг по реабилитации является важной составляющей поддержания и предотвращения ухудшения их физическое состояния и здоровья. Кроме того, принимая во внимание ограниченные возможности к труду, реабилитация и меры социальной поддержки являются важной частью материального обеспечения инвалидов и важной мерой по предотвращению бедности среди них со стороны государства. В статье рассмотрены основные составляющие механизма реабилитации инвалидов в России, исследовано влияние принимаемых мер и программ на разные стороны жизни инвалидов.*

*Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что действующая система организации реабилитации инвалидов требует совершенствования с учетом повышения внимания к качеству оказания таких услуг и расширения самого понятия «реабилитация» за счет включения в него профессионального, психологического и социально-бытового компонента.*

**Ключевые слова:** социальная защита инвалидов; реабилитация инвалидов; механизмы государственной поддержки; пенсионное обеспечение инвалидов, занятость лиц с ограниченными возможностями

**Для цитирования:** Сафонов А. Л., Филимонова И. В., Некипелова Д. В., Долженкова Ю. В. Механизмы государственной поддержки реабилитации инвалидов: проблемы и направления их решения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):820—827. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-820-827>

**Для корреспонденции:** Филимонова Инна Витальевна; e-mail: [inna.filimonova@inbox.ru](mailto:inna.filimonova@inbox.ru)

**Safonov A. L., Filimonova I. V., Nekipelova D. V., Dolzhenkova Y. V.****MECHANISMS OF STATE SUPPORT FOR THE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE:  
PROBLEMS AND DIRECTIONS FOR THEIR SOLUTION**

Financial University under the Government of the Russian Federation, 125993, Moscow, Russia

*The article is devoted to the analysis of the mechanisms of state support for the rehabilitation of disabled people. Given the limitation of the functional state of people with disabilities, providing them with rehabilitation services is an important component of maintaining and preventing the deterioration of their physical condition and health. In addition, taking into account the limited opportunities for work, rehabilitation and social support measures are an important part of the material support of the disabled and an important measure to prevent poverty among them by the state. The article discusses the main components of the mechanism for the rehabilitation of people with disabilities in Russia, explores the impact of the measures and programs taken on various aspects of the life of people with disabilities.*

*The study led to the conclusion that the current system of organizing the rehabilitation of people with disabilities needs to be improved, taking into account increased attention to the quality of the provision of such services and expanding the very concept of «rehabilitation» by including a professional, psychological and social component in it.*

**Keywords:** social protection of the disabled; rehabilitation of the disabled; state support mechanisms; pensions for the disabled, employment of persons with disabilities.

**For citation:** Safonov A. L., Filimonova I. V., Nekipelova D. V., Dolzhenkova Y. V. Mechanisms of state support for the rehabilitation of disabled people: problems and directions for their solution. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):820—827 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-820-827>

**For correspondence:** Inna V. Filimonova; e-mail: [inna.filimonova@inbox.ru](mailto:inna.filimonova@inbox.ru)

**Source of funding.** The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023**Введение**

Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусматривает меры социальной защиты инвалидов, целью которых является обеспечение равных возможностей всем членам российского общества в соответствии с Конституцией.

Цель настоящей работы заключается в рассмотрении механизмов государственной поддержки реабилитации и абилитации инвалидов и нахождения

возможных путей их совершенствования, чтобы способствовать успешной интеграции инвалидов в жизнь общества.

**Материал и методы**

Анализ механизмов государственной поддержки реабилитации и абилитации инвалидов проведен по статистическим материалам ФГИС «Федеральный реестр инвалидов», данным Единой государственной информационной системы социального обеспечения, результатам опроса экспертов реабилитаци-

онных центров и непосредственных получателей услуг. Методы исследования: факторный анализ, сводка и группировка, метод сравнения и экстраполяции.

### Результаты

В России, по данным Росстата<sup>1</sup>, численность инвалидов составляла по итогам I квартала 2023 года 10,9 млн человек (рис. 1), из них число лиц, которые потенциально могли бы осуществлять трудовую деятельность, составляет не менее 4,5–5,0 млн человек (численность инвалидов трудоспособного возраста на 01.01.2023 — 3,2 млн человек).

Учитывая задачи государства по преодолению бедности среди социальных уязвимых групп, необходимо рассматривать различные подходы, которые включают не только индексацию пенсий и пособий, но и возможность организации трудовой деятельности инвалидов для повышения их уровня доходов за счет включенности в рынок труда. В этом плане особое значение имеют качество и своевременность реализации программ по реабилитации инвалидов.

В статье 8 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» перечислены обязанности по разработке индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов. Приказом Минтруда от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» утвержден порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА). ИПРА формируется по результатам медико-социальной экспертизы и включает в себя технические средства, товары и услуги, которые призваны компенсировать утраченные способности, а также перечень реабилитационных и абилитационных мероприятий, которые предоставляются за счет средств федерального бюджета, а также за счет средств самого инвалида либо других лиц и организаций, и даже части средств материнского капитала. Как известно, инвалидность в России для I группы устанавливается на 2 года, II и III групп — на 1 год соответственно, и ИПРА инвалида должна быть рассчитана на этот период и не превышать срока установленной группы инвалидности. Прохождение реабилитации в реабилитационном центре предусмотрено для инвалидов ежегодно, 1 раз в год, сроком на

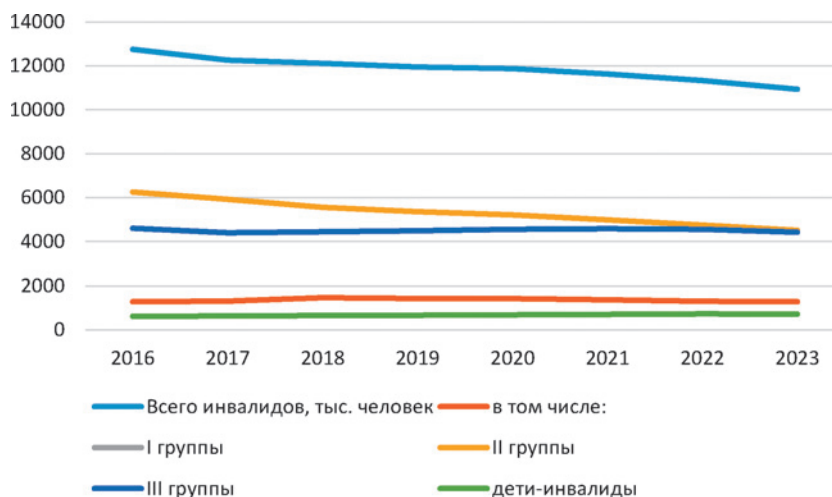


Рис. 1. Динамика численности инвалидов в России.

21 день. Зачастую инвалиду не предоставляется право самостоятельно определить время для реабилитации, он вынужден ждать звонка из отдела госпитализации реабилитационного центра с известием о возможности пройти реабилитацию, что является очевидной проблемой, затрудняющей планирование жизнедеятельности инвалида. К тому же указанная проблема усугубляется тем, что при невозможности инвалидом принять приглашение приехать на реабилитацию в кратчайшие сроки (как правило, 1–3 дня), инвалид получает отказ от проведения реабилитации в текущем году, что вынуждает его проходить реабилитацию, положенную по плану ИПРА за счет федерального бюджета, за свои собственные средства либо отказаться от планового прохождения реабилитации. Такое положение негативно сказывается на его здоровье, возможности вести активный образ жизни и находиться в состоянии осуществлять трудовые обязанности или искать подходящую работу.

Средняя стоимость 1 дня реабилитации инвалида может варьироваться от ИПРА инвалида. К примеру, стоимость 1 койко-дня в одноместной палате в «Лечебно-реабилитационном центре» Минздрава РФ равна 3800 руб.<sup>2</sup> без учета лечения, что за 21 день составит 79 800 руб. Стоимость 1 дня реабилитации в ООО «Реабилитационный центр «Три сестры» с лечением при одноместном размещении составит от 29 600<sup>3</sup>, за 21 день — 621 600 руб.

При этом необходимо обратить внимание, что реализация реабилитации за счет личных средств инвалидов и членов его семьи крайне ограничена из-за невысокого уровня доходов семей, что выражается в динамике расходов домохозяйств на платные медицинские и реабилитационные услуги

<sup>1</sup> Официальный сайт Росстата. Общая численность инвалидов по группам инвалидности. URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/PI\\_1.1.docx](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/PI_1.1.docx)

<sup>2</sup> Прейскурант на услуги «Лечебно-реабилитационном центре» Министерства здравоохранения РФ. URL: <https://med-rf.ru/prices/> (дата обращения: 28.04.2023).

<sup>3</sup> Прейскурант на услуги РЦ «Три сестры». URL: <https://threesisters.ru/price> (дата обращения: 28.04.2023).



Рис. 2. Динамика платных услуг населению (млн руб.).

Источник: Официальный сайт Росстата. Объем и структура платных услуг населению. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/IssWWW.exe/Stg/07—21.docx](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/07—21.docx)

(рис. 2). Как видно из представленных данных, объем расходов на платные услуги в пиковый период 2019 г. на санаторно-курортное лечение составил всего 28,38 млрд руб., а в 2020 г. — 28,5 млрд руб.

При этом, если проанализировать объем расходов на платные медицинские услуги и санаторно-оздоровительные услуги в зависимости от группы домохозяйств по располагаемым доходам (рис. 3), мы увидим, что на члена домохозяйства расходы в 2020 г. на медицинские услуги составили 365,3 руб., на санаторно-оздоровительные услуги — 1,7 руб. (!), на услуги по организации отдыха и культурных мероприятий — 938 руб.<sup>4</sup>

Ограничения в части личных расходов ставит вопрос о потенциале оказания данных услуг в государственной системе.

Рассмотрим потенциал госпиталей для ветеранов войны. После 2015 г. число таких учреждений стало сокращаться (в 2015 г. — 64 госпиталя в 2020 г. — 62 госпиталя), причем это касается и отделений в областных больницах (рис. 4). Также мы видим сокращение числа лечившихся в санаторно-курортных организациях после 2019 г. — с 7,2 млн человек в 2019 г. до 4,48 млн человек в 2020 г. (рис. 5). Отчасти это объясняется пандемийными ограничениями, но вызывает тревогу обозначившаяся с 2005 г. тенденция на сокращение числа лиц, воспользовавшихся услугами санаториев (почти в 3 раза в 2020 г. по отношению к 2005 г.): 1418 тыс. и 541 тыс. пациентов<sup>5</sup>. При этом данная тенденция в первую очередь связана с сокращением мощностей организаций, оказывающих услуги в данной области.

<sup>4</sup> Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2021.pdf>

<sup>5</sup> Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/IssWWW.exe/Stg/03—28.docx](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/03—28.docx)

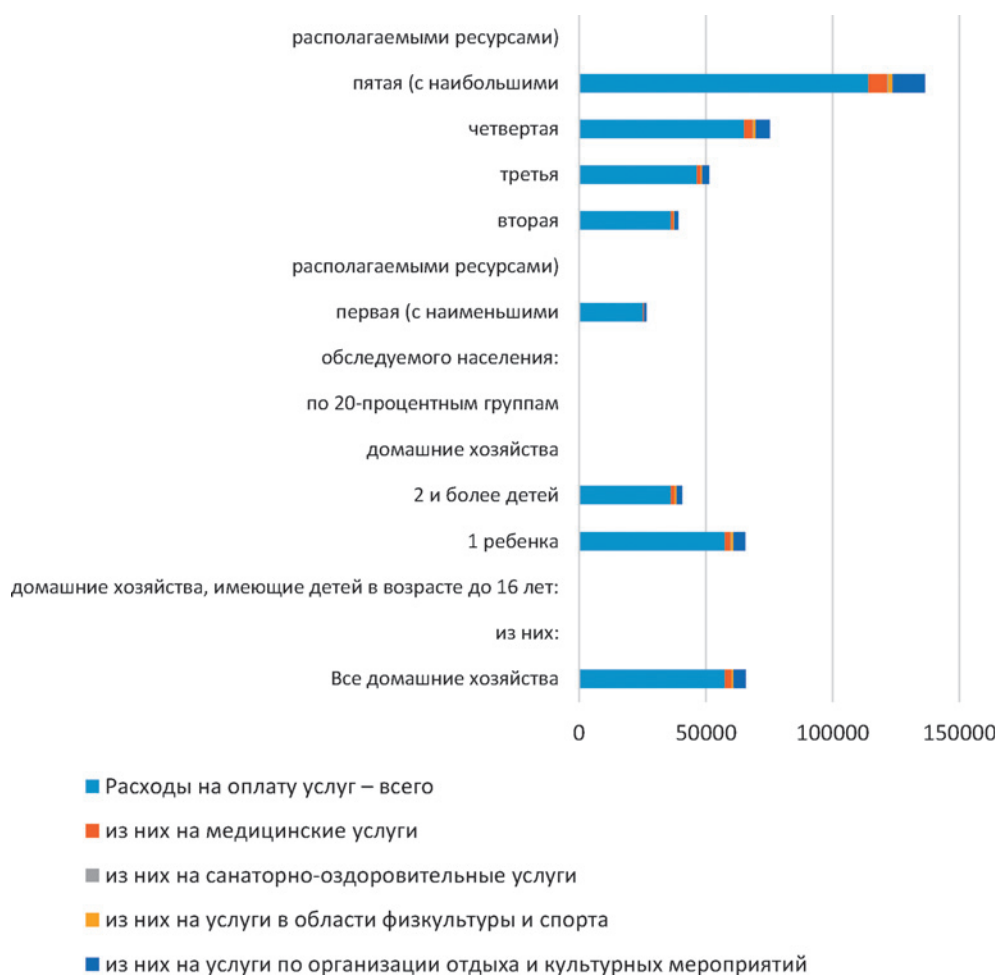
В период с 2005 по 2020 г. происходило сокращение числа санаторно-курортных организаций в России (рис. 6). Если в 2005 г. их насчитывалось 2173, то в 2020 г. — только 1756. Число санаториев-профилакториев в рассматриваемый период сократилось, по данным Росстата, с 851 до 421. Небольшая положительная динамика наблюдалась в отношении санаториев: в 2005 г. их было 1297, а в 2020 г. — 1305<sup>6</sup>.

Сокращение мощностей для реализации реабилитационных услуг происходило и в рамках коечного фонда в санаториях-профилакториях (рис. 7). Особое значение имеет и вопрос транспортной доступности. Сокращение числа организаций отрицательно влияет на возможность инвалидов добраться до места получения услуги.

Оценим ресурсную возможность инвалида провести положенную ему реабилитацию в реабилитационном центре за счет средств, выделяемых государством (страховая, социальная пенсия). Материальное обеспечение инвалида складывается из выплачиваемой ему пенсии по инвалидности и полагающихся единой денежной выплаты и набора социальных услуг. Пенсия по инвалидности выплачивается по системе государственного социального страхования, ее размер складывается из фиксированной части, установленной законодательно (по состоянию на 01.01.2023 ее размер к страховой пенсии по инвалидности I группы составляет 15 134 руб. 66 коп., II группы — 7567 руб. 33 коп., III группы — 3783 руб. 67 коп. в месяц) и переменной части, которая зависит от продолжительности страхового трудового стажа. Если у инвалида отсутствует необходимый трудовой стаж для назначения страховой

<sup>6</sup> Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/IssWWW.exe/Stg/03—27.docx](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/03—27.docx)





**Рис. 3.** Структура денежных расходов (в среднем на одного члена домашнего хозяйства, руб.) домашних хозяйств различных социально-экономических категорий на платные услуги в области здравоохранения и отдыха в 2020 г.

Источник: Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2021.pdf>

пенсии, то ему назначается социальная пенсия по инвалидности, размер которой не может быть ниже величины прожиточного минимума. Данная мера является важной в предотвращении бедности среди инвалидов. Согласно данным Росстата об уровне и структуре денежных доходов домохозяйств, состоящих из инвалидов, в структуре доходов преобладают трансферты в виде социальных выплат, на их долю приходится почти 90% полученного дохода, при этом еще около 10% составляет доход от трудовой деятельности. Так, мы видим, что основным источником дохода таких домохозяйств являются не доходы от занятости, а выплаты социального характера в виде пенсий и пособий. Средний доход на одного члена домохозяйства, состоящего из инвалидов, составляет (по данным за 2020 г.) 28 877 руб. 40 коп. Исходя из приведенной ранее в статье стоимости реабилитации в различных организациях, становится очевидным, что оплатить ее самостоятельно является невыполнимой задачей для людей со статусом инвалидности.

На официальном портале Мэра и Правительства Москвы указаны 24 учреждения, с которыми Пра-

вительство Москвы заключило договоры на оказание услуг в стационарной (и нестационарной) форме по реабилитации инвалидов-жителей города Москвы с постоянной регистрацией. Среди них 16 учреждений, оказывающих реабилитационные услуги: АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление»», ЛПУ «Санаторий Правда» и др., а также 8 учреждений для проведения комплексной реабилитации москвичей-инвалидов, расположенные за пределами Москвы (4 из них находятся в Республике Крым)<sup>7</sup>. На базе этих учреждений инвалиды могут пройти курс реабилитации 1 раз в год за счет бюджетных средств.

Для оценки нагрузки на учреждения по проведению реабилитации проанализируем статистические данные с портала Федерального реестра инвалидов<sup>8</sup>. Согласно статистическим данным на март

<sup>7</sup> Портал Мэра Москвы. Дополнительные услуги по комплексной реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности. URL: <https://dszn.ru/deyatelnost/Socialnaya-integraciya-invalidov/Dopolnitelnye-uslugi-po-kompleksnoy-reabilitacii-lic-s-ogranicheniyami-zhiznedeyatelnosti/Reabilitaciya-invalidovdetey-invalidov> (дата обращения: 27.04.2023).

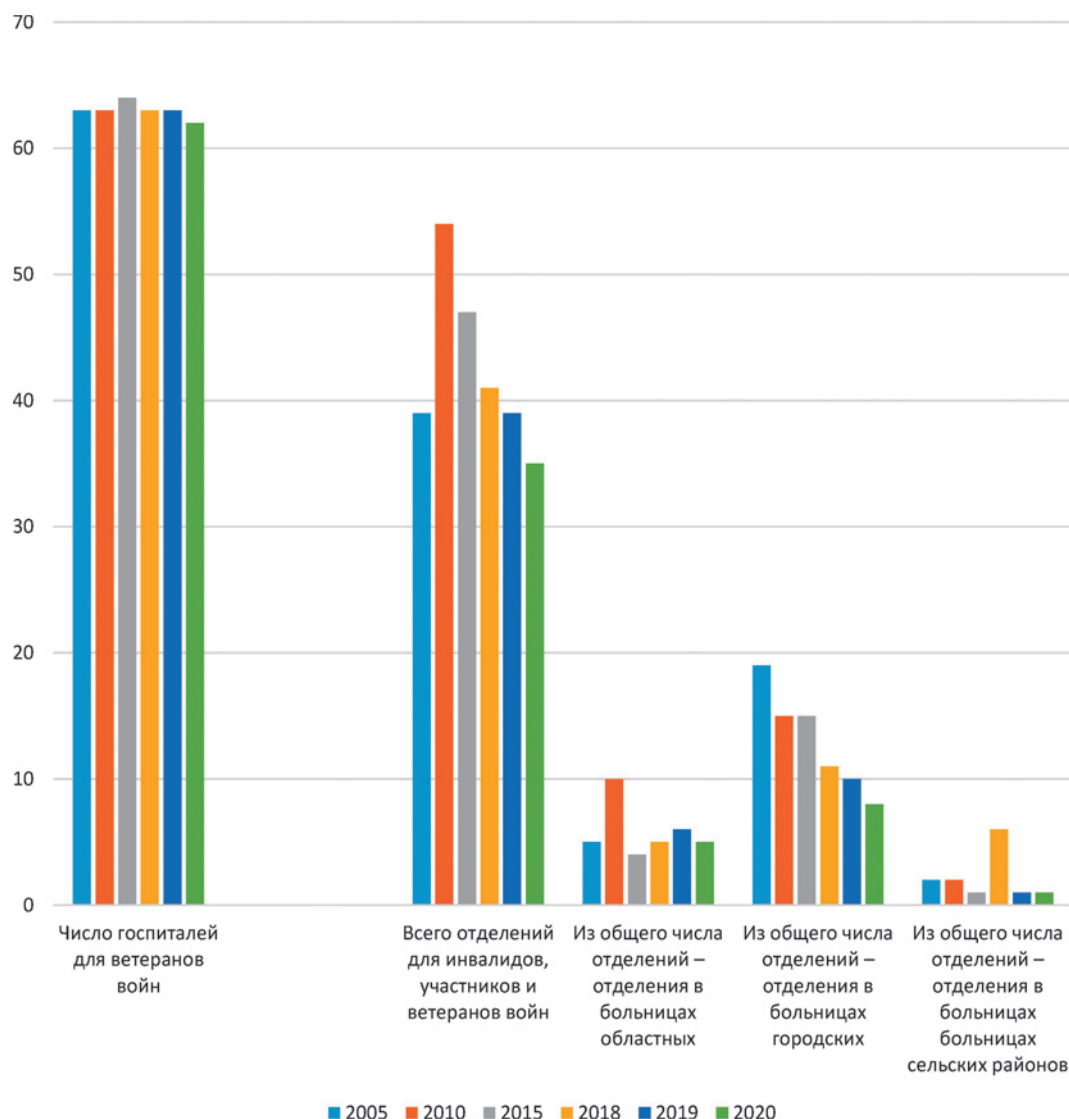


Рис. 4. Число госпиталей для ветеранов войн.

Источник: Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/IssWWW.exe/Stg/03—08.docx](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/03—08.docx)

2023 г. в Москве проживает 887 020 инвалидов (без учета детей-инвалидов). Распределение инвалидов по группам:

- I группа — 97 506 человек;
- II группа — 410 048 человек;
- III группа — 379 466 человек.

Как правило, услуги по реабилитации в реабилитационных центрах предоставляют инвалидам I и II групп. К указанным группам в Москве относятся 507 554 человека. Из них 97 506 человек определены к I группе инвалидности, что означает, что они имеют тяжелые осложнения по здоровью без возможности его значительного улучшения, которые требуют системного подхода к реабилитации долгосрочного (многолетнего) характера, что позволяет спрогнозировать количество ежегодно реабилитируе-

мых и спланировать его временные отрезки. И 410 084 человека средней тяжести, состояние некоторого числа которых может быть улучшено за счет реабилитационных мероприятий, и группа инвалидности может повыситься до III группы или быть снята в случае выздоровления, планирование реабилитации этой группы инвалидности имеет краткосрочный характер в рамках 1 года.

Таким образом мы можем провести грубый расчет, что нагрузка на 24 московских центра реабилитации составляет 21 148 человек в год: (507 554 инвалида I и II групп, нуждающихся в реабилитации/24 реабилитационных центра), или 1762 человека в месяц. К примеру, в РЦ «Преодоление», открытом в 2007 г. при участии Правительства Москвы, стационар центра рассчитан на одновременное круглосуточное пребывание 70 пациентов. Российские санатории рассчитаны в среднем на реабилитацию 5000 больных в год, или 416 человек в месяц. Исходя из приведенных расчетов, можно сделать вывод, что

<sup>8</sup> Численность инвалидов в разрезе субъектов. URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost/chislennost-po-polu> (дата обращения: 27.04.2023).



реабилитационные центры сильно перегружены, о чем также свидетельствует проведенный нами опрос пациентов реабилитационных центров, по данным которого расписание реабилитации составлено настолько плотно, что перерыв между процедурами может составлять до 10 мин. Такая нагрузка на работников центров может влиять как на качество предоставляемых услуг из-за их перегруженности, так и на результаты самой реабилитации вследствие вынужденного сокращения времени на проведение реабилитационных мероприятий. Очевидно, что необходимо рассмотреть возможность увеличения количества центров, предоставляющих услуги реабилитации за счет федерального бюджета, учитывая, что целью реабилитации может ставиться предотвращение инвалидизации гражданина и, как следствие, сохранение его самостоятельности в рабочей среде, и независимости от государственной социальной помощи в дальнейшем.

### Обсуждение

Такой подход к реабилитации инвалидов демонстрирует Германия. По состоянию на конец 2021 г. в Германии проживало около 7,8 млн людей с тяжелыми формами инвалидности, что составляет 9,4% жителей Германии; 50,3% тяжелобольных составляли мужчины, 49,7% — женщины<sup>9</sup>. «Реабилитация и участие людей с ограниченными возможностями» —

<sup>9</sup> Федеральное бюро статистики Германии. URL: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html)

название девятого раздела Социального кодекса Германии (Sozialgesetzbuch IX; SGB IX)<sup>10</sup>. Раздел посвящен 3 основным темам: реабилитация; помощь в интеграции; закон для людей с тяжелыми формами инвалидности. В то время как в обычном понятии термин «реабилитация» используется только для лечения после болезни или несчастного случая или амбулаторных услуг, таких как физиотерапия (лекарства), восстановительный спорт или функциональная тренировка, понятие реабилитации согласно SGB IX очень обширно и включает в себя:

- медицинскую реабилитацию (§§ 42 ff. SGB IX), которая содержит мероприятия, направленные

<sup>10</sup> Книга девятая Социального кодекса — Реабилитация и участие инвалидов — (ст. 1 Закона от 23.12.2016. «Вестник федерального законодательства» I стр. 3234). URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9\\_2018/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/) (дата обращения: 26.04.2023).

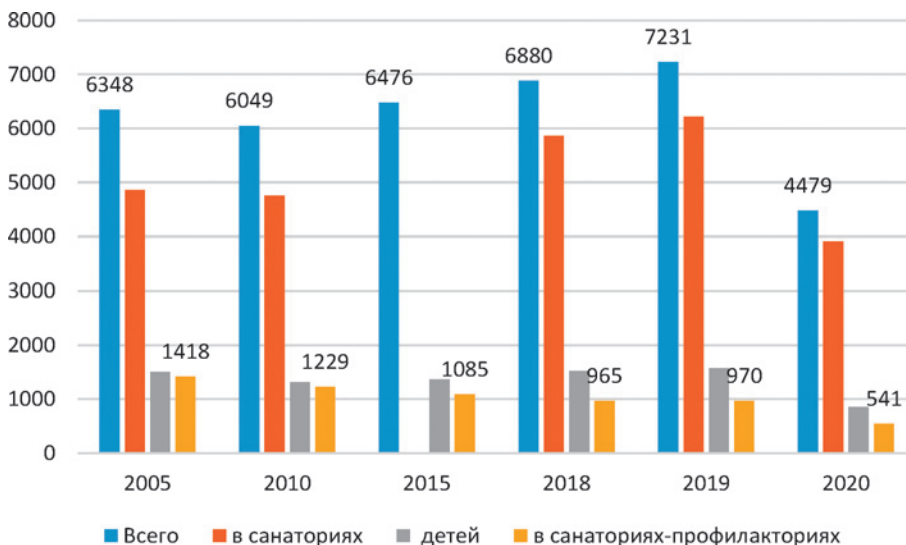


Рис. 5. Численность лечившихся и отдыхающих в санаторно-курортных организациях (тыс. человек).

Источник: Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/IssWWW.exe/Stg/03—28.docx](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/03—28.docx)

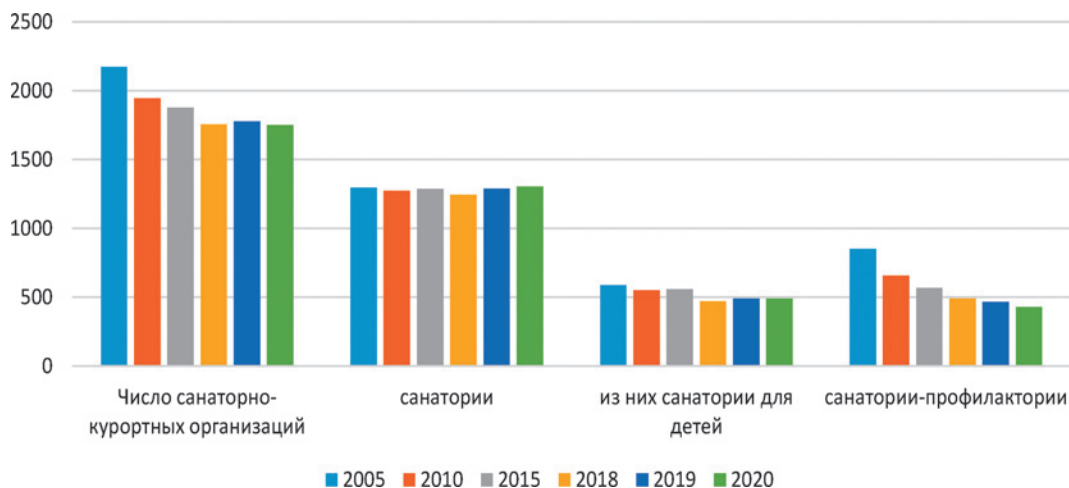


Рис. 6. Динамика санаторно-курортных организаций.

Источник: Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/IssWWW.exe/Stg/03—27.docx](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/03—27.docx)

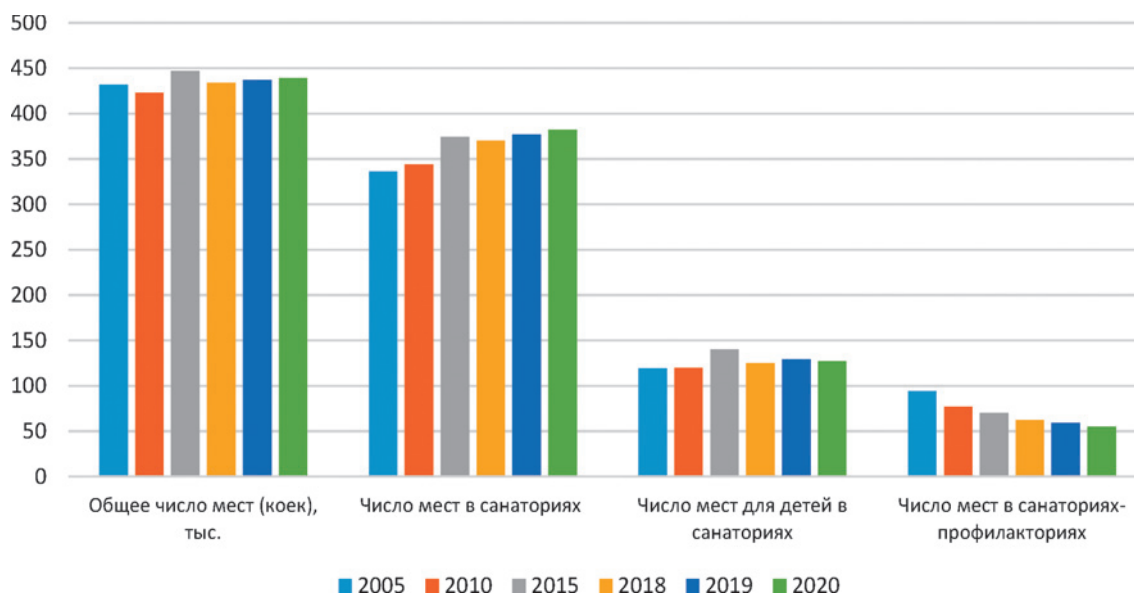


Рис. 7. Коечный фонд санаторно-курортных организаций.

Источник: Официальный сайт Росстата. Здравоохранение в России 2021. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/IssWWW.exe/Stg/03-27.docx](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/03-27.docx)

ные на сохранение или улучшение состояния здоровья гражданина. Медицинская реабилитация проводится амбулаторно или стационарно, причем амбулаторная помощь обычно имеет приоритет. Как правило, между 2 мерами должен быть период ожидания 4 года. Целями медицинской реабилитации — предотвращение развития инвалидности, в том числе хронических заболеваний, предотвращение потребности в уходе и зависимости от социальных пособий;

- профессиональную реабилитацию (§§ 49 ff. SGB IX), предполагающую помощь в сохранении или получении работы или самозанятости. Люди с инвалидностью или приближающейся инвалидностью, которые уже имеют работу или работают не по найму, имеют право на такую помощь. Цель такой реабилитации — чтобы люди не потеряли работу из-за своей инвалидности;
- дополнительные пособия на реабилитацию (§§ 64 и далее SGB IX), такие как оплата транспортных расходов, расходов по уходу за ребенком или отчислений на социальное обеспечение во время медицинской или профессиональной реабилитации;
- участие в образовании (§ 75 SGB IX) предполагает выделение средств на услуги, связанные с образованием: школьное сопровождение; ассистент; помощь в переводе языка жестов; средства связи, такие как говорящий (речевой компьютер); вспомогательные средства Брайля (например, дисплей Брайля) для слепых;
- пособия для участия в общественной жизни (§§ 76 ff. SGB IX) — услуги по жилому пространству, например, помощь в приобретении, переоборудовании, мебелировке и обслужива-

нии жилого помещения для инвалида. Или вспомогательные услуги, например, помощь родителям, помощь по дому, планирование жизни, проведение досуга и участие в общественной и культурной жизни. Какие льготы конкретно и в каком объеме они предоставляются, не регламентируется законом, это определяется в каждом отдельном случае в процедуре плана участия.

Таким образом, под реабилитацией в Германии SGB IX подразумевает широкий спектр услуг для людей с инвалидностью и людей, которым грозит инвалидность. Услуги существуют как для обеспечения того, чтобы люди с ограниченными возможностями могли участвовать в жизни общества на основе самоопределения, так и для обеспечения того, чтобы инвалидность вообще не возникла.

Если инвалиды и люди с риском инвалидности нуждаются в нескольких различных услугах по реабилитации и/или участию от одного или нескольких поставщиков услуг, то с уже 01.01.2018 было достаточно одного заявления на реабилитацию в соответствии с Федеральным законом об участии Bunteilhabegesetz (BTHG). BTHG обязывает поставщиков реабилитационных мер (таких как Федеральное агентство занятости или государственное пенсионное страхование) распознавать неизбежную инвалидность на ранней стадии и обеспечивать целенаправленную профилактику еще до начала реабилитации. Цель состоит в том, чтобы противодействовать возникновению хронического заболевания или инвалидности с помощью соответствующих профилактических мер и поддерживать трудоспособность гражданина.

Интересной особенностью закона BTHG, которая могла бы в российских реалиях сильно облегчить работу представителям ТЦСО по взаимодей-

Расходы на реабилитацию и участие (201—2021 гг.), млн евро

Расходы	2020 г.	2021 г.	% изменений 2020—2021
Льготы на медицинскую реабилитацию	48	84	76,9
Амбулаторное лечение и протезирование	1726	1748	1,3
Пособие по травме и специальная помощь	842	865	2,8
Прочие расходы на лечение	1068	1094	2,5
Личный бюджет*	14	14	1,2

Примечание. \*Личный бюджет в статье расходов на реабилитацию — интересная особенность финансирования реабилитации инвалидов Германии. Вместо фиксированных товаров и услуг люди с инвалидностью получают деньги и могут сами решать, когда, как, где и какая услуга им будет оказана. Это дает инвалиду свободу в принятии решений относительно своей реабилитации.

Источник: Статистика расходов BAR. URL: <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2023/reha-info-012023/traegeruebergreifende-ausgabenstatistik-2023.html> (дата обращения: 28.04.2023).

ствию с инвалидами и повысить осведомленность последних об их правах, — это помощь в ориентации, планировании и принятии решений по вопросам реабилитации и участия, благодаря финансируемой из федерального бюджета сети консультационных услуг для людей с неизбежной инвалидностью и их родственников, которая не зависит от поставщиков услуг. По всей Германии были созданы такие независимые консультационные центры, чтобы предоставлять людям с ограниченными возможностями и людям с риском инвалидности легкий доступ к независимым консультациям по всем их вопросам. По возможности для консультирования привлекаются люди, которые также имеют инвалидность (так называемое консультирование равных), поскольку они могут предоставить важную информацию, основанную на их опыте.

Так называемый провайдер, например агентство по трудоустройству, координирует все меры в процедуре плана участия. В результате при необходимости несколько услуг предоставляются как бы из одного источника, и учитывается индивидуальная ситуация каждого заявителя.

В таблице приведены некоторые данные о финансировании реабилитации инвалидов в Германии в 2020—2021 гг. В целом расходы на реабилитацию

увеличились с 30,7 млрд евро в 2012 г. до 42,0 млрд евро в 2021 г. — на 37,0%.

### Заключение

Полученные в исследовании результаты говорят о необходимости совершенствования системы государственной поддержки и реабилитации инвалидов. Действующий сегодня в России механизм не позволяет обеспечить полноценный доступ к программам реабилитации, финансируемым как за счет государства, так и за счет собственных средств, что в свою очередь сказывается не лучшим образом на общем состоянии людей с уже и так ограниченными возможностями, а также ведет к потере их трудоспособности и затрудняет их включение в рынок труда. При этом материальное положение инвалидов в целом можно охарактеризовать как уязвимое, поскольку основную долю в структуре их доходов составляют социальные выплаты от государства, а стоимость услуг реабилитации достаточно высока. Дополнительным негативным фактором, влияющим на сферу реабилитации в стране, является сокращение численности учреждений, предоставляющих услуги по реабилитации и санаторно-курортно-му лечению.

Важным направлением в реализации социальной программы является не только реабилитация, но и принятие превентивных мер по предупреждению развития инвалидности среди населения, что и демонстрирует нам международный опыт, например, Германии. В целом, для повышения эффективности реабилитации инвалидов, по мнению авторов, необходимо расширить это понятие, включив в него не только меры по поддержанию их физического состояния и медицинского обеспечения, но и меры, направленные на предупреждение развития инвалидности, меры профессиональной, психологической и социально-бытовой реабилитации, а также развивать меры по повышению информированности инвалидов о полагающейся им помощи посредством консультационных услуг.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

Тишутин А. А.

**ТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПАНДЕМИИ COVID-19**

ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», 119071, Москва, Россия

*Работа посвящена рассмотрению цифровых технологий как инструмента, который трансформировал предпринимательство и помог спасти многие новые и устоявшиеся предприятия от банкротства в период распространения пандемии COVID-19. Практика предпринимательской деятельности в указанный период показала, что цифровая трансформация позволяет повысить производительность и инновации в бизнес-моделях, процессах создания ценности и взаимодействии с клиентами и партнерами. Цифровые технологии формируют предпринимательскую деятельность, размывают традиционные предпринимательские границы и расширяют возможности предпринимателя на рынке, демократизируя способность начинать, адаптировать или сворачивать предприятия.*

*Ключевые слова:* бизнес; предпринимательская деятельность; инновации; цифровые технологии; пандемия; COVID-19

**Для цитирования:** Тишутин А. А. Трансформация предпринимательской деятельности под влиянием пандемии COVID-19. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):828—831. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-828-831>

**Для корреспонденции:** Тишутин Андрей Александрович; e-mail: [tishutin-aa@rguk.ru](mailto:tishutin-aa@rguk.ru)

Tishutin A. A.

**TRANSFORMATION OF ENTREPRENEURIAL ACTIVITY UNDER THE INFLUENCE OF THE COVID-19 PANDEMIC**

A. N. Kosygin Russian State University (Technologies. Design. Art), 119071, Moscow, Russia

*The work is devoted to the consideration of digital technologies as a tool that transformed entrepreneurship and helped save many new and established enterprises from bankruptcy during the spread of the COVID-19 pandemic. The practice of entrepreneurship in the Kazan period has shown that digital transformation allows to increase productivity and innovation in business models, value creation processes and interaction with customers and partners. In fact, digital entrepreneurship as a consideration of how digital technologies shape entrepreneurial activity seems to be blurring traditional entrepreneurial boundaries and expanding the entrepreneur's opportunities in the market, democratizing the ability to start, adapt or wind down enterprises.*

*Keywords:* business; entrepreneurship; innovation; digital technologies; pandemic; COVID-19

**For citation:** Tishutin A. A. Transformation of entrepreneurial activity under the influence of the COVID-19 pandemic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):828–831 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-828-831>

**For correspondence:** Andrey A. Tishutin ; e-mail: [tishutin-aa@rguk.ru](mailto:tishutin-aa@rguk.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The author declares no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Появление новых цифровых технологий трансформировало предпринимательство и помогло спасти многие новые и устоявшиеся предприятия от банкротства во время пандемии COVID-19. Как показала пандемия, цифровая трансформация позволяет повысить производительность и инновации в бизнес-моделях, процессах создания ценности и взаимодействии с клиентами и партнерами. Фактически цифровое предпринимательство как рассмотрение того, как цифровые технологии формируют предпринимательскую деятельность, размывает традиционные предпринимательские границы и расширяет возможности предпринимателя на рынке, демократизируя способность начинать, адаптировать или сворачивать предприятия.

В период распространения пандемии коронавируса цифровые технологии помогли перейти от линейных, дискретных, предсказуемых и стабильных бизнес-моделей к более гибким, подвижным и жиз-

нестойким [1], что позволило им лучше справляться с непредсказуемостью пандемии и действовать нелинейным образом. Таким образом, цифровые технологии являются ключевыми для выявления, оценки и использования возможностей, повышения конкурентоспособности компаний [2], развития и распространения инноваций, особенно в периоды неопределенности, такие как стихийные бедствия и пандемии.

Пандемия COVID-19 во многих отношениях стала беспрецедентной проблемой. В мгновение ока мир осознал, что в социальной, экономической системе и системе здравоохранения нашей жизни произошли сбои, создающие глобальное давление во всех секторах и огромные проблемы для малого, среднего и крупного бизнеса. От стартапов требовалось разработать быстрые, инновационные и эффективные меры реагирования на пандемию, справляясь с беспрецедентными проблемами в цепочке поставок и стратегическом управлении, а также справиться с резким спадом инвестиций в акцио-

нерный капитал стартапов, малых и средних предприятий. В дополнение к давлению, связанному с бизнесом, предприниматели подвергались высокому риску эмоционального выгорания и повышенному уровню стресса. Тип и уровень гибкости, которые предприниматели применяют для реагирования на невзгоды, по-разному влияют на их благополучие.

В этом сложном контексте неопределенности и давления, вызванных COVID-19, объявленным одним из наиболее угрожающих потрясений для предпринимательских предприятий за последнее столетие, цифровые технологии стали одним из основных средств адаптации и реорганизации бизнеса. Генеральный секретарь ООН Антониу Гутерриш написал: «цифровые технологии поддерживают жизнь, работу, здоровье и обучение миллиардов людей. Перед лицом COVID-19 предприятия, правительства и цифровое сообщество доказали свою устойчивость и инновационность, помогая защитить жизни и средства к существованию».

В целом, обстоятельства COVID-19 «предоставляют уникальную возможность понаблюдать за ролью цифровых технологий в организациях и изучить, как это влияет на их способность учиться и адаптироваться к изменениям» [3]. Таким образом, цифровое предпринимательство, казалось, было гибким ответом на внедрение новых продуктов, услуг и процессов в рамках инновационных бизнес-моделей в контексте пандемии COVID-19, обеспечивая устойчивость бизнеса в эти времена.

**Цель работы** — рассмотреть, каким образом трансформировалась предпринимательская деятельность под влиянием цифровых технологий в период распространения пандемии COVID-19.

### Материалы и методы

При работе над темой были использованы следующие методы научного познания: анализ и синтез; сравнение и обобщение; контент-анализ.

На основе критического осмысления изученной литературы в статье представлены основные выводы научной общественности относительно того, как эволюционировала предпринимательская деятельность в период распространения коронавирусной пандемии COVID-19 под влиянием цифровых технологий.

### Результаты и обсуждение

Цифровые технологии являются важным активом для усиления организационных преобразований, учитывая их разрушительный характер и системные последствия для организации. Цифровые технологии, особенно в сфере предпринимательства, стирают границы с точки зрения процессов и результатов, которых возможно достичь. Цифровая трансформация требует ориентированных как на технологии, так и на действующих лиц решений в качестве связующего звена между технологическими возможностями и интеграцией, а также квалифицированных сотрудников и руководителей для

разработки и реализации преобразований [4]. Цифровые технологии являются источником инноваций и интернационализации, помогая формировать экосистемы, новые бизнес-модели и стратегическое позиционирование, а также способствуют развитию организационной устойчивости.

Во время пандемии, когда предпринимателям требовалось заново создавать свой бизнес, цифровое предпринимательство и технологии стали путем к устойчивости бизнеса и, таким образом, повлияли на его выживание в этот период. Применение цифровых технологий в своем предприятии во время пандемии COVID-19 или любой другой экстренной ситуации, обусловленной скоростной трансформацией внешней среды, может оказаться непростой задачей, поскольку скорость изменений, возможности подключения и потенциальные потери от неправильного использования могут быстро затруднить выполнение задач и стать угрозой. Темпы изменений на рынке и среди конкурентов, сбои в процессах создания и закрепления стоимости, необходимость цифровой грамотности, технологического потенциала и интеграции и сбои в работе различных заинтересованных сторон являются примерами проблем, обусловленных технологиями, которые влияют на цифровую трансформацию бизнеса в течение пандемии [4].

Помимо интернета, мобильной связи, облачных вычислений, робототехники, интеллектуального производства, приложений, торговых площадок, программного обеспечения и машинного обучения, других новых цифровых технологий предприниматели во время пандемии изобрели инновационные подходы для облегчения онлайн-транзакций, улучшения восприятия технологий для создания онлайн-сообществ и продвижения товаров клиентам и поставщикам через виртуальную среду. Для оказания помощи предпринимателям в новых повседневных видах предпринимательской деятельности, наложенных требованиями карантина и социального дистанцирования во время пандемии, быстро стали доступны разрозненные платформы и пакеты программного обеспечения, для внедрения которых часто требовались новые, обширные и дорогостоящие финансовые и людские ресурсы. Наконец, и это важно, готовность использовать цифровые технологии для повышения устойчивости также сильно различается в разных отраслях и бизнес-моделях в зависимости от управленческих и организационных возможностей бизнеса, культуры и рабочей среды.

Основываясь на трех различных элементах цифровых технологий, можно предположить, что предприниматели в условиях пандемии COVID-19 столкнулись с проблемой эффективного использования цифровых артефактов (т. е. «цифрового компонента, приложения или медиаконтента, который является частью нового продукта (или услуги) и предлагает определенную функциональность или ценность для конечного пользователя»), цифровых платформ (т. е. «общего набора услуг и архитектуры, которые служат для размещения дополнительных предложе-

ний, включая цифровые артефакты») и цифровой инфраструктуры (т. е. «инструментов и систем, которые предлагают коммуникационные, совместные и/или вычислительные возможности для поддержки инноваций и предпринимательства») [1]. Эти инфраструктуры цифровых технологий поддерживали устойчивость предпринимательства организации, выступая в качестве внешних факторов, гарантирующих выживание бизнеса во время кризиса.

В период распространения пандемии цифровые технологии стали фактором обеспечения устойчивости предпринимательства. Устойчивость — это «способность поддерживать относительно стабильный, здоровый уровень психологического и эмоционального функционирования сверхурочно после перенесенной травмы или серьезной потери», таких как стихийные бедствия, потрясения и пр. [5]. На этом пути предприниматели сталкиваются с многочисленными ситуациями, влияющими на жизнеспособность их бизнеса. Острый характер неблагоприятных и неопределенных событий, таких как пандемия COVID-19, требует стойкости при разработке и реализации стратегий преодоления этих кризисов. В этом смысле устойчивость предпринимателей способствует выживанию и успеху бизнеса.

Хотя устойчивость на индивидуальном уровне важна, она также относится к тому, как малые предприятия, организации, венчурные предприятия и даже экосистемы реагируют на неожиданные неблагоприятные события [5]. Особенно актуальным для нашего исследования является понятие организационной устойчивости, которое представляет собой «способность организации поддерживать функции и быстро оправляться от невзгод путем мобилизации необходимых ресурсов и доступа к ним» и включает набор устойчивых моделей поведения, ресурсов и возможностей [6]. Метаанализ, проведенный S. Korber и соавт., предполагает два способа концептуализации устойчивости предпринимательства: как предшествующий феномен, когда фирмы опираются на свои характеристики или способности, чтобы гарантировать выживание, постоянство или успех предприятий; и как феномен ex-post, который рассматривает устойчивость как динамичный процесс адаптивной трансформации, продемонстрированный выполнением стратегического реагирования на неблагоприятные условия [7].

В научной литературе упоминаются различные типы принятия мер по обеспечению устойчивости предпринимательства в различных условиях в контексте серьезных сбоев в работе предприятий, таких как пандемия. На малых предприятиях в районах с низким доходом устойчивые реакции на COVID-19 были как статичными, так и динамичными, и возникли благодаря взаимосвязи между человеческим капиталом предпринимателя (таким как личные навыки, черты характера и подготовка) и характеристиками контекста, которые сформировали набор ресурсов (т. е. социальный капитал, возможности и финансовый капитал), доступных для формирования устойчивых состояний.

В устоявшихся успешных компаниях организации использовали три пути реагирования для повышения устойчивости во время пандемии:

- капитализация устойчивости (т. е. использование потенциальных возможностей для роста, обусловленных рыночными условиями);
- перестройка устойчивости (т. е. перераспределение существующих ресурсов для лучшего соответствия изменившимся рыночным условиям);
- перепрофилирование устойчивости (т. е. постоянная реструктуризация организационных ресурсов, способностей и деятельности для создания рыночных возможностей, которые позволяют продолжать функционировать).

Эти пути реагирования были связаны с различными реакциями рынка (спрос на их первичном рынке существенно увеличился, сократился или существенно уменьшился), принятием решений перед лицом неблагоприятных обстоятельств, инициативами по стратегическим изменениям и оперативными действиями, осуществленными предпринимателями [8].

### Заключение

Таким образом, можно отметить сложности цифрового предпринимательства и его влияние на устойчивость в условиях кризиса. Предприниматели и основатели бизнесов должны осознать опасность внедрения прорывных цифровых технологий и преобразования возможностей, структур, процессов и компонентов бизнес-модели. Цифровые технологии — это способ реагирования на вызовы, способствующий повышению стратегической и операционной устойчивости, но они требуют квалифицированных и грамотных в цифровых технологиях сотрудников и руководителей, а также инвестиций в цифровые технологии и организационные возможности. Цифровые артефакты и платформы могут быть использованы для повышения устойчивости предпринимательских структур в экстремальных социально-экономических условиях. Особенно важно признать, что цифровые технологии способствуют устойчивости, хотя эта стратегия может быть выражением необходимости ситуации. Важно учитывать граничные условия, такие как тип отрасли, бизнес-модель организации, цифровая инфраструктура, позиционирование на рынке, стратегии создания и захвата стоимости. Кроме того, важно учитывать идентичность основного бизнеса фирмы и то, как цифровые решения могут отклоняться или создавать напряженность в идентичности организации и учредителей.

Автор заявляет об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Nambisan S., Wright M., Feldman M. The digital transformation of innovation and entrepreneurship: progress, challenges and key themes // Res. Policy. 2019. Vol. 48, N 8.

2. Bridge J., Peel M. J. A study of computer usage and strategic planning in the SME sector // *Int. Small Bus. J.* 1999. Vol. 17, N 4. P. 82—87.
3. Lanzolla G., Lorenz A., Miron-Spektor E. et al. Digital transformation: what is new if anything? Emerging patterns and management research // *Acad. Manag. Discov.* 2020. Vol. 6, N 3. P. 341—350.
4. Nadkarni S., Prügl R. Digital transformation: a review, synthesis and opportunities for future research // *Manag. Rev. Q.* 2021. Vol. 71, N 2. P. 233—341.
5. Corner P. D., Singh S., Pavlovich K. Entrepreneurial resilience and venture failure // *Int. Small Bus. J.* 2017. Vol. 35, N 6. P. 687—708.
6. Hillmann J., Guenther E. Organizational resilience: a valuable construct for management research? // *Int. J. Manag. Rev.* 2021. Vol. 23, N 1. P. 7—44.
7. Korber S., McNaughton R. B. Resilience and entrepreneurship: a systematic literature review // *Int. J. Entrep. Behav. Res.* 2018. Vol. 24, N 7. P. 1129—1154.
8. Shepherd D. A., Williams T. A. Different response paths to organizational resilience // *Small Bus. Econ.* 2022. Vol. 61. P. 23—58.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Nambisan S., Wright M., Feldman M. The digital transformation of innovation and entrepreneurship: progress, challenges and key themes. *Res. Policy.* 2019;48(8).
2. Bridge J., Peel M. J. A study of computer usage and strategic planning in the SME sector. *Int. Small Bus. J.* 1999;17(4):82—87.
3. Lanzolla G., Lorenz A., Miron-Spektor E. et al. Digital transformation: what is new if anything? Emerging patterns and management research. *Acad. Manag. Discov.* 2020;6(3):341—350.
4. Nadkarni S., Prügl R. Digital transformation: a review, synthesis and opportunities for future research. *Manag. Rev. Q.* 2021;71(2):233—341.
5. Corner P. D., Singh S., Pavlovich K. Entrepreneurial resilience and venture failure. *Int. Small Bus. J.* 2017;35(6):687—708.
6. Hillmann J., Guenther E. Organizational resilience: a valuable construct for management research? *Int. J. Manag. Rev.* 2021;23(1):7—44.
7. Korber S., McNaughton R. B. Resilience and entrepreneurship: a systematic literature review. *Int. J. Entrep. Behav. Res.* 2018;24(7):1129—1154.
8. Shepherd D. A., Williams T. A. Different response paths to organizational resilience. *Small Bus. Econ.* 2022: 23—58.

Тутарищева С. М., Дзыбова С. Г., Цеева С. К.

**ПРОБЛЕМЫ ПРИВЛЕЧЕНИЯ К ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ И УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ  
ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 385000, Майкоп, Россия

*Цель работы — рассмотрение проблем, возникающих при ненадлежащем оказании медицинских услуг и привлечении к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности за эти действия медицинских организаций системы здравоохранения Российской Федерации и медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинских услуг.*

*В российском законодательстве закреплено право пациента пожаловаться на ненадлежащее оказание медицинских услуг как при обращении в государственную медицинскую организацию, так и при получении медицинской помощи в частных структурах системы здравоохранения. Проблема привлечения к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи в российском здравоохранении стоит уже достаточно длительное время, тем не менее сегодня она выходит на передний план, несмотря на попытки совершенствования законодательного регулирования этого вопроса. Авторами сделан вывод о том, что с целью достижения качественной медицинской услуги необходимо не только соблюдение требований к исполнителю, обеспечиваемое лицензированием медицинской деятельности и аккредитацией медицинских специалистов, но и установление требований к самой деятельности медицинских работников. Так, ненадлежащим должно считаться оказание медицинских услуг, если они оказываются с нарушением требований, предъявляемых к субъекту, и оказываются ненадлежащим способом, т. е. с нарушением требований, которые необходимо соблюдать медицинским работникам.*

*Ключевые слова:* гражданско-правовая ответственность; уголовно-правовая ответственность; медицинские услуги; оказание медицинской помощи; медицинские работники

**Для цитирования:** Тутарищева С. М., Дзыбова С. Г., Цеева С. К. Проблемы привлечения к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):832—836. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-832-836>

**Для корреспонденции:** Тутарищева Светлана Муратовна; e-mail: [tutas1966@mail.ru](mailto:tutas1966@mail.ru)

Tutarishcheva S. M., Dzybova S. G., Tseeva S. K.

**PROBLEMS OF BRINGING TO CIVIL AND CRIMINAL LIABILITY FOR IMPROPER PROVISION  
OF MEDICAL SERVICES**

Adygea State University, 385000, Maykop, Russia

*The purpose of this work is to consider the problems arising from the improper provision of medical services and bringing to civil and criminal liability for these actions of medical organizations and medical workers. The author investigates the issues of bringing to responsibility for violations related to improper provision of medical care in medical organizations of the healthcare system of the Russian Federation. Russian legislation enshrines the right of a patient to complain about the improper provision of medical services, both when applying to a state medical organization and when receiving medical care in private structures of the healthcare system. The problem of bringing to civil and criminal liability for improper provision of medical care in Russian healthcare has been standing for quite a long time, nevertheless, today it is coming to the fore, despite attempts to improve the legislative regulation of this issue. In conclusion, authors conclude that in order to achieve high-quality medical services, it is necessary not only to comply with the requirements for the contractor, provided by licensing of medical activities and accreditation of medical specialists, but also to establish requirements for the activities of medical workers themselves. Thus, the provision of medical services should be considered improper if they are provided in violation of the requirements imposed on the subject and are provided in an improper way, i.e. in violation of the requirements that must be met by medical workers.*

*Keywords:* civil liability; criminal liability; medical services; medical care; medical workers

**For citation:** Tutarishcheva S. M., Dzybova S. G., Tseeva S. K. Problems of bringing to civil and criminal liability for improper provision of medical services. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):832—836 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-832-836>

**For correspondence:** Svetkna M. Tutarishcheva, e-mail: [tutas1966@mail.ru](mailto:tutas1966@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023**Введение**

В российском законодательстве закреплено право пациента пожаловаться на ненадлежащее оказание медицинских услуг как при обращении в государственную медицинскую организацию (МО), так и при получении медицинской помощи (МП) в частных структурах системы здравоохранения. Со-

гласно положениям ст. 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ-323) одним из ключевых принципов охраны здоровья населения является надлежащее качество МП.

В настоящее время ответственность МО и медицинских работников (МР) гражданского-правового и уголовно-правового характера вызывает интерес



со стороны специалистов медицинской сферы и потребителей медицинских услуг в связи с потребностью в соблюдении прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечения государственных гарантий оказания МП. Проблема привлечения к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности за ненадлежащее оказание МП в российском здравоохранении стоит уже достаточно длительное время, тем не менее сегодня она выходит на передний план, несмотря на попытки совершенствования законодательного регулирования этого вопроса. Это объясняется, на наш взгляд, следующими факторами: недостаточной развитостью нормативно-правовой системы государственного регулирования в сфере здравоохранения, слабо развитой системой экспертизы качества МП, стремительно развивающимися технологиями в области медицины, появлением новых методов и подходов к лечению. Именно поэтому вопросам привлечения к юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг в настоящее время уделяется больше внимания, чем в прошлые годы, обуславливая актуальность рассмотрения этой темы.

**Цель** настоящей работы заключается в рассмотрении проблем, возникающих при ненадлежащем оказании медицинских услуг и привлечении к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности за эти действия МР.

### Материалы и методы

При рассмотрении порядка оказания медицинских услуг и процедуры привлечения к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности МО и МР за ненадлежащее оказание медицинских услуг автором были изучены нормативно-правовые акты, регулирующие порядок оказания МП в России<sup>1</sup>. Автором использованы материалы исследований [1] и работы российских экспертов, рассматривающих юридическую ответственность в сфере здравоохранения [2—4]. При написании статьи автор опирался на теоретические и логические методы исследования.

### Результаты

Взаимодействие исполнителей и потребителей медицинских услуг в сфере охраны здоровья граждан в России строится на строгом соблюдении положений ФЗ-323. Этот документ регламентирует права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья и определяет ряд гарантий при получении МП, устанавливает права и обязанности МО и МР, ведущих деятельность в сфере охраны здоровья населения.

Рассмотрим понятия, закрепленные в нормативных правовых актах, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья граждан в России.

Согласно положениям законодательства, медицинская деятельность — это профессиональная деятельность по оказанию МП, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Под МП понимается комплекс мероприятий, ставящих своей целью поддержание и/или восстановление здоровья граждан и включающих предоставление медицинских услуг надлежащего качества.

Медицинская услуга — это вмешательство медицинского характера или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

МР — это сотрудник МО, который имеет специальное медицинское образование, подтвердил свою квалификацию путем сертификации или аккредитации и в профессиональные обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо индивидуальный предприниматель, который самостоятельно осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии.

Пациент — это человек, обратившийся за МП и являющийся потребителем медицинских услуг, независимо от наличия/отсутствия у него заболевания.

Каждый гражданин имеет право на охрану своего здоровья, обеспечиваемое сохранением безопасных экологических условий, организацией благоприятных условий на рабочем месте, поддержанием оптимального окружения в быту и на отдыхе и реализацией продуктов питания, соответствующих установленным стандартам качества, доступности лекарственных препаратов, а также получением МП надлежащего качества.

В п. 21 ст. 2 ФЗ-323 сказано, что качество МП характеризуется совокупностью параметров, зависящих от своевременности оказания МП, правильности выбора способов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании МП и степени достижения запланированного результата.

Законодательством Российской Федерации предусмотрено, что МО и МР несут ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и/или здоровью граждан при оказании МП.

Вред, причиненный жизни и/или здоровью пациента при получении МП, подлежит возмещению МО в порядке, установленном законодательством РФ. Возмещение вреда не освобождает МР от привлечения их к юридической ответственности. По-

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_136209/feeb50fc9703d15d935a859ee3d7258a8b2d85d5](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/feeb50fc9703d15d935a859ee3d7258a8b2d85d5); Закон РФ от 07.02.1992 № 2300—1 (ред. от 05.12.2022) «О защите прав потребителей». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_305/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/)

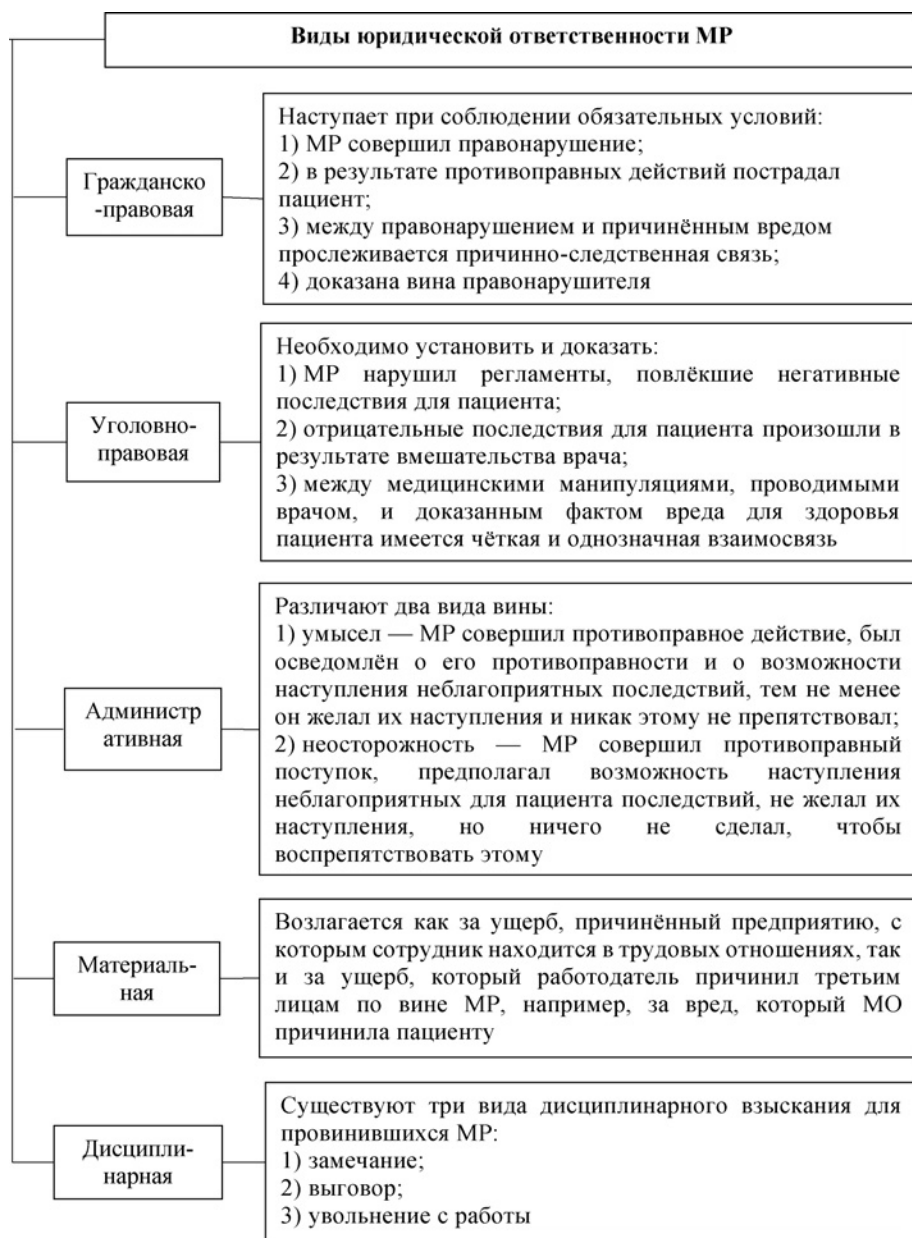


Рис. 1. Виды ответственности МР.

ввиду того, что юридическая ответственность в виде административного, материального или дисциплинарного наказания имеет распространение во всех сферах деятельности, а ненадлежащее качество медицинских услуг имеет непосредственную связь с такими видами юридической ответственности, как гражданско-правовая и уголовно-правовая.

Так, согласно результатам исследования, рассмотренного в рамках VI Международного саммита MIR «Менеджмент в диагностике», за период с 01.01.2016 по 01.01.2019 в судах общей юрисдикции на рассмотрении находились 10 737 гражданских дел о защите прав потребителей в сфере оказания МП ненадлежащего качества. Из этого числа по состоянию на 01.01.2019 рассмотрено более половины (5674) дел. По количеству поданных исков лидерами являются Санкт-Петербург и Ленинградская область (в производстве находилось 1377 дел, из которых завершены 432), а также Москва и Московская область (рассматривались 538 дел, из них завершённых — 294) [1].

Статистические данные свидетельствуют о том, что с каждым годом растёт количество гражданских исков, увеличиваясь ежегодно на 15%. Анализ данных показывает, что объём возбуждаемых исков достаточно велик, если принять во внимание, что в России всего 600 тыс.

этому вред, который может быть причинен пациенту вследствие потребления медицинских услуг ненадлежащего качества в МО, когда МР не состоит в договорных отношениях с пациентом, подлежит возмещению и регулируется деликтными нормами Гражданского кодекса РФ.

На МР в процессе оказания МП возлагается большая ответственность. С одной стороны, это необходимость выполнить свой профессиональный долг перед больным и сделать все возможное для выздоровления пациента, с другой стороны — соблюсти требования, установленные законодательством для исключения последствий недобросовестной работы. Виды юридической ответственности МР перечислены на рис. 1.

Остановимся более подробно на привлечении МР к гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности за ненадлежащее оказание МП

врачей, и имеются данные только по делам, связанным с законом о защите прав потребителей. В то же время имеется уголовная практика, сопровождающаяся, как правило, еще и гражданским иском.

На каждые 100 претензий от потребителей медицинских услуг до рассмотрения доходит лишь десятая часть, большая часть исков удовлетворяются в досудебном порядке. Данные показывают, что в 26% случаев гражданские дела о защите прав потребителей в сфере медицинских услуг сопровождались регрессным требованием МО к МР.

По нашему мнению, имеющий тенденцию к стремительному росту поток исков со стороны пациентов, столкнувшихся с некачественными медицинскими услугами, наряду с большим количеством регрессных исков к медицинским специалистам выдвигают на первый план вопрос о необходимости



Рис. 2. Причины привлечения к уголовно-правовой ответственности МР.

Источник: [1].

обязательного страхования профессиональной ответственности МР.

Исследование причин уголовных дел, возбуждаемых в связи с ненадлежащим оказанием МП, показало, что из 1791 возбужденных в 2016—2017 гг. уголовных дел против специалистов с высшим медицинским образованием, большая часть (94%) касались работников государственного сектора системы здравоохранения и распределились, как указано на рис. 2.

По большей части объектами уголовного преследования со стороны пациентов, столкнувшихся с ненадлежащим оказанием МП, являются врачи хирургического профиля, врачи анестезиологи-реаниматологи и врачи акушеры-гинекологи.

### Обсуждение

Несмотря на тот факт, что оказание МП с точки зрения законодательного уровня относится к оказанию услуг, регулируемых нормативно-правовыми документами о защите прав потребителей, вопросы привлечения к ответственности МР при выявлении случаев нарушения прав пациента, представляют собой сложный и спорный момент для оценки действий МО в целом и МР, в частности. Особенности гражданско-правовой и уголовно-правовой ответственности МР в настоящее время затрудняют установление факта ненадлежащего оказания МП.

Оказание медицинских услуг ненадлежащего качества предусматривает наступление ответственности как МР, так и МО. В то же время представляет проблему процесс доказывания причинно-следственной связи между действиями МР и причинением вреда потребителю медицинской услуги ввиду специфических особенностей медицинской деятельности и необходимости наличия специальных знаний в медицинской сфере у экспертов [2].

Для установления признаков вины в действиях медицинских специалистов сотрудникам следственных органов, как правило, рекомендовано назначать проведение судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), основной задачей которой стоит получение ответа на вопрос: установлена ли взаимосвязь (однозначная и доказуемая) между манипуляциями врача и последствиями для пациента. В компетенцию следователя также входят право поставить перед экспертами и ряд дополнительных вопросов, раскрывающих обстоятельства действий МР.

Рост количества преступлений в медицинской сфере способствовал созданию в следственных органах Российской Федерации отделов, укомплектованных штатными судебно-меди-

цинскими экспертами, которые проводят первичную оценку виновности медиков и занимающихся расследованием врачебных ошибок. Такой подход, однако, не исключает возможности судебных органов назначать повторные СМЭ с целью уточнения спорных моментов, возникающих на стадии судебного следствия. Очень часто встречаются случаи, когда появляются дела с противоречащими друг другу результатами экспертиз.

Сегодня входит в юридическую практику поручение судов на проведение СМЭ организациям, которые находятся за пределами региона проживания или осуществления деятельности МР с целью снизить влияние медицинских специалистов на мнение судебно-медицинских экспертов, несмотря на то, что, согласно положениям законодательства о СМЭ, специалисты, проводящие экспертизу, всегда должны быть независимы в принятии своих решений.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что при доказывании случая ненадлежащего оказания МП необходимо учитывать следующее [3]:

- 1) при установлении факта врачебной ошибки необходимо обладать специальными познаниями;
- 2) иметь доказательства нарушения прав пациента со стороны МО;
- 3) следует доказать, что присутствуют нарушения в части оформления медицинской документации.

### Заключение

Проведенное исследование выводит о том, что с целью достижения качественной медицинской услуги необходимо не только соблюдение требований к исполнителю, обеспечиваемое лицензированием медицинской деятельности и аккредитацией МР, но и установлением требований к самой деятельности МР. Так, ненадлежащим должно считаться оказание

медицинских услуг, если они оказываются с нарушением требований, предъявляемых к субъекту, и оказываются ненадлежащим способом, т. е. с нарушением требований, которые необходимо соблюдать МР [4].

Таким образом, хотелось бы отметить, что ошибки допускаются во все времена и в любой сфере деятельности. Сфера здравоохранения не является исключением, деятельность МО, к сожалению, не всегда приводит к запланированным результатам в отношении охраны здоровья пациента, иногда случается и неспециальное причинение вреда жизни и здоровью больного. Поэтому при совершении врачебных ошибок к ответственности должны привлекаться как МО, так и МР не должны избегать ответственности за свои деяния в соответствии с установленной виной.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бескаравайная Т. Количество гражданских исков к клиникам растет на 15% в год. Официальный портал «Медвестник», 14.06.2019. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Kolichestvo-grajdanskikh-iskov-k-klinikam-rastet-na-15-v-god.html>

2. Арсланханова Г. А. Гражданско-правовая ответственность при ненадлежащем оказании медицинских услуг // Государственная служба и кадры. 2020. № 4. С. 62—64.
3. Юридическая ответственность в сфере здравоохранения: Сборник статей по материалам научно-практического круглого стола (Санкт-Петербург, 24 октября 2019 г.) / под ред. В. И. Кайнова и др. СПб.; 2020. 272 с.
4. Абесалашвили М. З. Проблемы правового регулирования договора оказания медицинских услуг // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология, 2015. № 3. С. 223—227.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Beskaravaynaya T. The number of civil lawsuits against clinics is growing by 15% per year. Official portal «Medvestnik», 14.06.2019. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/kolichestvo-grajdanskikh-iskov-k-klinikam-rastet-na-15-v-god.html> (In Russ.)
2. Arslankhanova G. A. Civil liability in case of improper provision of medical services. *State service and personnel*. 2020;(4):62—64. (In Russ.)
3. Kainova V. I. et al. (eds.) Legal responsibility in the field of healthcare: A collection of articles based on the materials of the scientific and practical round table (St. Petersburg, October 24, 2019). St. Petersburg; 2020. 272 p. (In Russ.)
4. Abesalashvili M. Z. Problems of legal regulation of the contract for the provision of medical services. *Bulletin of the Adygea State University. Series 1: Regional Studies: Philosophy, History, Sociology, Law, Political Science, Cultural Studies*. 2015;(3):223—227.

# Вопросы общественного здоровья

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 614.2

## Мингазова Э. Н.<sup>1,2,3</sup>, Атамбаева Р. М.<sup>4</sup>, Исакова Ж. К.<sup>4</sup>, Яо Л. М.<sup>5</sup>, Карамова К. Х.<sup>5</sup> ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕ- И ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия;

<sup>3</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна», 123098, Москва, Россия;

<sup>4</sup>Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, 720020, Бишкек, Кыргызстан;

<sup>5</sup>ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 420008, Казань, Россия

*Девушки-подростки 15—18 лет находятся в процессе активного роста и развития, о чем свидетельствует динамика изменений роста-весовых показателей. Низкие значения средних показателей роста определялись среди девушек г. Баткен, в среднем на 2 см меньше средних показателей девушек г. Бишкек, однако статистический анализ не подтвердил достоверность этих различий. У 84,3% обследованных девушек-подростков, проживающих в г. Нарын, выявлена железодефицитная анемия. На 1-м месте (31,4%) в структуре заболеваний у девушек г. Баткен — заболевания почек и мочевыводящих путей. Диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 13% жительниц высокогорья. Воспалительные заболевания мочеполовой системы в 2 раза и более чаще встречаются среди девушек средне- и высокогорья, чем в г. Бишкек: вульвит — в 8,7—11,4% случаев против 4,1% случаев, урогенитальные заболевания — в 6,5—17,4% случаев против 3,9% случаев соответственно. Это свидетельствует о необходимости введения специфических профилактических программ для девушек, проживающих в условиях средне- и высокогорья.*

**Ключевые слова:** состояние здоровья; физическое развитие; девушки-подростки; заболеваемость; репродуктивное здоровье; среднегорье; высокогорье

**Для цитирования:** Мингазова Э. Н., Атамбаева Р. М., Исакова Ж. К., Яо Л. М., Карамова К. Х. Особенности состояния здоровья, в том числе физического развития, девушек-подростков, проживающих в условиях средне- и высокогорья Кыргызской Республики. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):837—841. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-837-841>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

*Mingazova E. N.<sup>1,2,3</sup>, Atambaeva R. M.<sup>4</sup>, Isakova J. K.<sup>4</sup>, Yao L. M.<sup>5</sup>, Karamova K. H.<sup>5</sup>*

## FEATURES OF THE STATE OF HEALTH, INCLUDING PHYSICAL DEVELOPMENT, OF ADOLESCENT GIRLS LIVING IN THE MIDDLE AND HIGH MOUNTAINS OF THE KYRGYZ REPUBLIC

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia;

<sup>3</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, 123098, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, 720020, Bishkek, Kyrgyzstan;

<sup>5</sup>Kazan (Volga Region) Federal University, 420008, Kazan, Russia

*Adolescent girls aged 15—18 are in an active process of growth and development, as evidenced by the dynamics of changes in height and weight indicators. Low values of average growth indicators were determined among girls in Batken, on average 2 cm less than the average indicators of girls in Bishkek, however, the statistical analysis performed did not confirm the reliability of these differences. In 84.3% of the surveyed adolescent girls living in Narin, iron deficiency anemia was detected. Kidney and urinary tract diseases (31.4%) took the first place in the structure of diseases among girls in Batken. Diffuse enlargement of the thyroid gland was found in 13% of women living in highlands. Inflammatory diseases of the genitourinary system are two or more times more common among girls in the middle and high mountains than in Bishkek: vulvitis in 8.7—11.4% of cases against 4.1% of cases, urogenital diseases in 6.5—17.4 versus 3.9 respectively. This indicates the need to introduce specific preventive programs for girls living in the middle and high mountains.*

**Keywords:** state of health; physical development; adolescent girls; morbidity; reproductive health; middle and high mountains

**For citation:** Mingazova E. N., Atambaeva R. M., Isakova J. K., Yao L. M., Karamova K. H. Features of the state of health, including physical development, of adolescent girls living in the middle and high mountains of the Kyrgyz Republic. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):837—841 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-837-841>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

## Введение

Кыргызская Республика занимает территорию от Памиро-Алайских гор на юго-западе и до Тянь-Шаньских гор на северо-востоке, более 90% территории находится на высоте от 1000 м до 5500 над уровнем моря, что и определяет ее природно-климатические, экономические и социальные особенности. В предыдущих исследованиях показано, что в особых географических условиях высокогорья несколько меняются темпы морфофункционального развития, определяются изменения в показателях физического и полового развития детей и подростков [1—3]. Интерес также вызывают вопросы формирования в данных специфических условиях репродуктивного здоровья, в первую очередь проблемы становления репродуктивной системы девочек-подростков. Актуальность данных исследований определяется тенденциями ухудшения состояния здоровья девушек, в том числе репродуктивного. В то же время ранняя диагностика нарушений состояния здоровья, своевременная коррекция патологических и функциональных состояний, в том числе со стороны репродуктивной системы, представляют собой управляемые факторы сохранения здоровья и генофонда нации [4—7].

В связи с вышеизложенным **целью** настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья девушек-учащихся, проживающих на территориях средне- и высокогорья Кыргызской Республики.

## Материалы и методы

Исследования проводились в городах Бишкек (высота над уровнем моря 800 м), Баткен (высота над уровнем моря 1036 м), Нарын (высота над уровнем моря более 2200 м). Группу наблюдения составили девушки-подростки в возрасте 15—18 лет, учащиеся общеобразовательных учреждений: Бишкек — 591 девушка, Нарын — 92, Баткен — 97.

Оценка физического развития проведена в соответствии с методикой НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья РАМН (Баранов А. А., Кучма В. Р., 1999). Медицинский осмотр девушек в Бишкеке проведен врачами-специалистами Медицинского центра КГМА им. И. К. Ахунбаева, изучена соматическая и гинекологическая заболеваемость, ее структура. Анализ заболеваемости девушек-учащихся проведен по данным официальной статистики.

При статистическом анализе результатов исследования применяли программы «Excel-2000» и «Analysis», различные методы параметрической статистики. Достоверность различий средних величин оценивали по t-критерию Стьюдента.

## Результаты

Проанализированы средние значения антропометрических показателей 780 девушек-подростков в возрасте 15—18 лет, проживающих в различных регионах Кыргызской Республики (табл. 1). Длина тела девушек с возрастом достоверно увеличивалась

Таблица 1

Средние значения росто-весовых показателей физического развития девушек-подростков 15—18 лет из Бишкека, Нарына, Баткена,  $M \pm m$

Признак	Возраст, лет	Место проживания			Критерий достоверности $t$	$P$
		Бишкек	Нарын	Баткен		
Длина тела, см	15	160,39 ± 0,48	160,97 ± 0,63	158,06 ± 0,26	0,64	>0,05
	16	160,66 ± 0,62	161,48 ± 0,63	158,84 ± 0,27	1,07	>0,05
	17	161,03 ± 0,58	161,62 ± 0,56	159,2 ± 0,32	0,72	>0,05
Масса тела, кг	15	51,79 ± 0,58	51,99 ± 0,66	49,57 ± 0,25	0,56	>0,05
	16	52,49 ± 0,67	52,18 ± 0,58	51,62 ± 0,30	0,49	>0,05
	17	53,85 ± 0,76	54,20 ± 0,62	52,73 ± 0,35	0,36	>0,05
	18	54,03 ± 0,52	55,68 ± 0,94	59,2 ± 0,8	1,44	>0,05

во всех группах, что свидетельствует об интенсивности протекания ростовых процессов в организме девушек-подростков в возрастной группе 15—18 лет. Однако у девушек-подростков, проживающих в Баткене, наблюдался более низкий темп роста внутри сравниваемых групп. Аналогичные изменения наблюдались и в отношении массы тела девушек-подростков в сравниваемых группах. По величинам средних показателей длины и массы тела девушек-подростков, проживающих в Бишкеке, Нарыне, Баткене, имелись некоторые различия, однако статистический анализ не выявил их достоверность.

Оценка распространенности соматических заболеваний среди девушек показала, что они определялись в ходе медицинских осмотров в 68% случаев. У 84% обследованных девушек-подростков, проживающих в Нарыне, выявлена железодефицитная анемия: I степени — у 75%, II степени — у 3%, III степени — у 6%. В структуре распространенности соматических заболеваний девушек болезни крови и кроветворных органов занимают лидирующее место (рис. 1).

У девушек Баткена железодефицитная анемия I степени диагностирована в 23,5% случаев. На 1-е место в структуре заболеваний у девушек Баткена вышли заболевания почек и мочевыводящих путей (рис. 2). Диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 13% жительниц высокогорья.

В структуре заболеваний девушек Бишкека наибольшую долю заняли нарушения зрения (39,4% случаев), на 2-м месте — заболевания нервной системы (20,0%), затем болезни системы крови и кровообращения, преимущественно анемия (10,7%).

Специально проведенный гинекологический осмотр показал, что несформированность менстру-

Таблица 2

Общая характеристика менструальной функции девушек, проживающих в различных городах Кыргызской Республики

Город	$n$	Возраст менархе, лет	Длительность цикла, дни	Длительность менструации, дни	$P$
Бишкек	50	12,8 ± 0,1	28,3 ± 0,1	4,8 ± 0,1	<0,05
Нарын	92	14,1 ± 0,1	28,6 ± 0,2	5,4 ± 0,1	<0,05
Баткен	97	12,6 ± 0,8	26,1 ± 0,1	4,1 ± 0,1	<0,05

Вопросы общественного здоровья

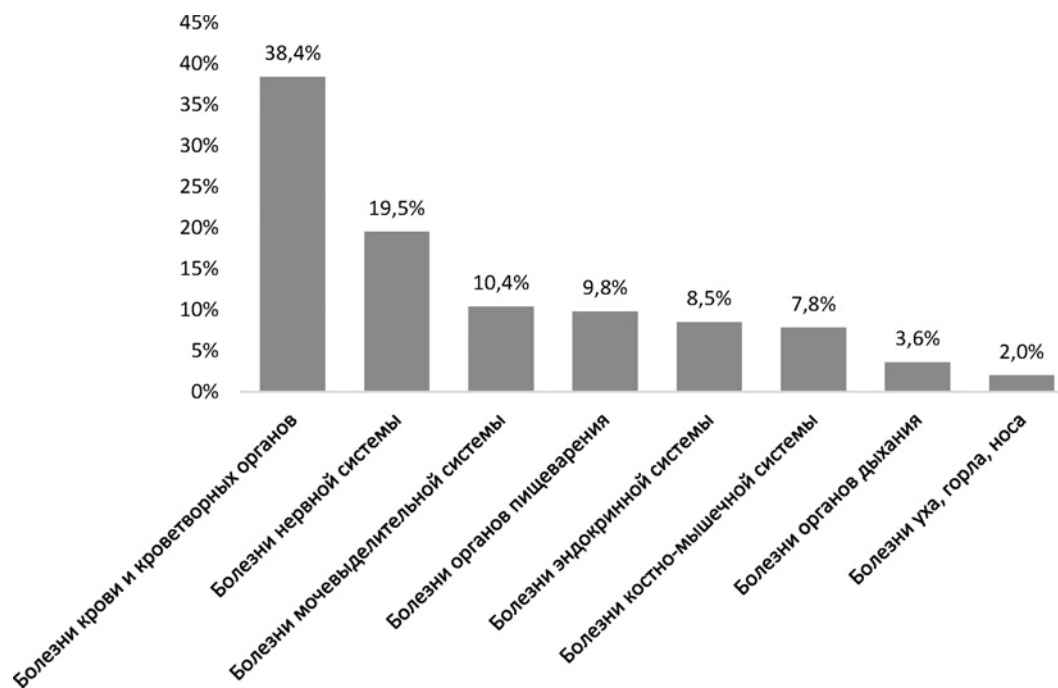


Рис. 1. Структура распространенности соматических заболеваний девушек Нарына, выявленных в ходе медицинского осмотра (% от выявленных заболеваний).

ального цикла на первом году выявлена у 38% юных жительниц гор. Средний возраст менархе у них составил  $13,00 \pm 0,92$  года. Общая характеристика менструальной функции девушек исследуемых групп представлена в табл. 2.

Для всех групп девушек, независимо от места проживания, характерна высокая частота встречаемости нарушений менструального цикла — в 23,2—36,1% случаев (рис. 3) и альгодисменореи (17,9—24,6%). Воспалительные заболевания мочеполовой системы в 2 и более раз чаще встречаются среди де-

вушек средне- и высокогорья, чем в Бишкеке: вульвит — в 8,7—11,4% случаев против 4,1% случаев, урогенитальные заболевания — в 6,5—17,4% против 3,9% соответственно. Это свидетельствует о необходимости введения специфических профилактических программ для девушек, проживающих в условиях средне- и высокогорья. Низкая обращаемость девушек-подростков за медицинской помощью в высокогорных регионах связана прежде всего с низким уровнем доступности и определенной нерациональностью организации гинекологиче-

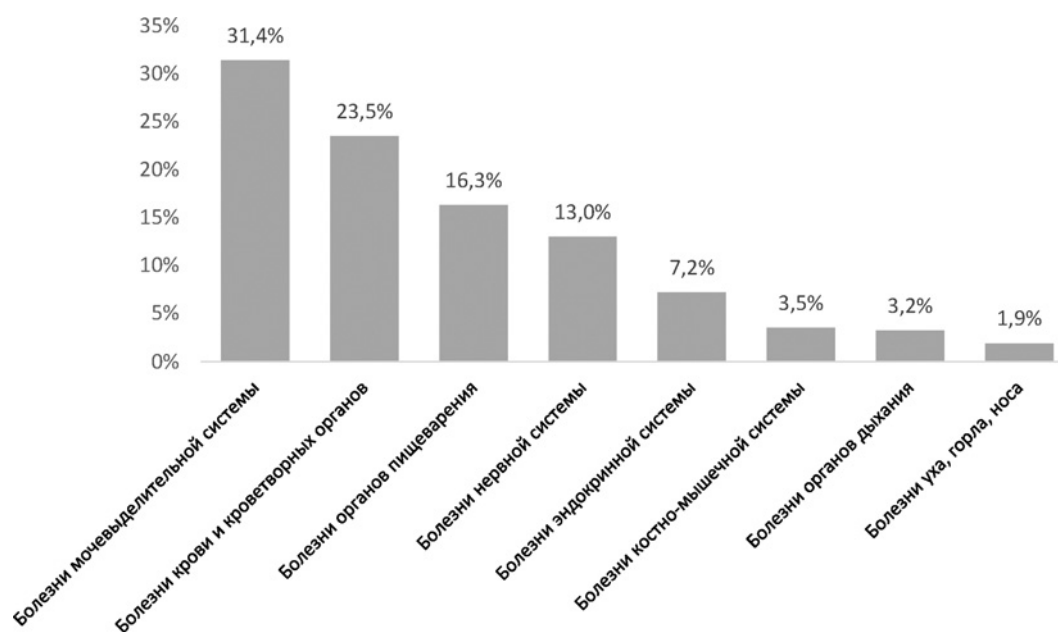


Рис. 2. Распространенность соматических заболеваний у девушек Баткена, выявленных в ходе медицинского осмотра (% от выявленных заболеваний).

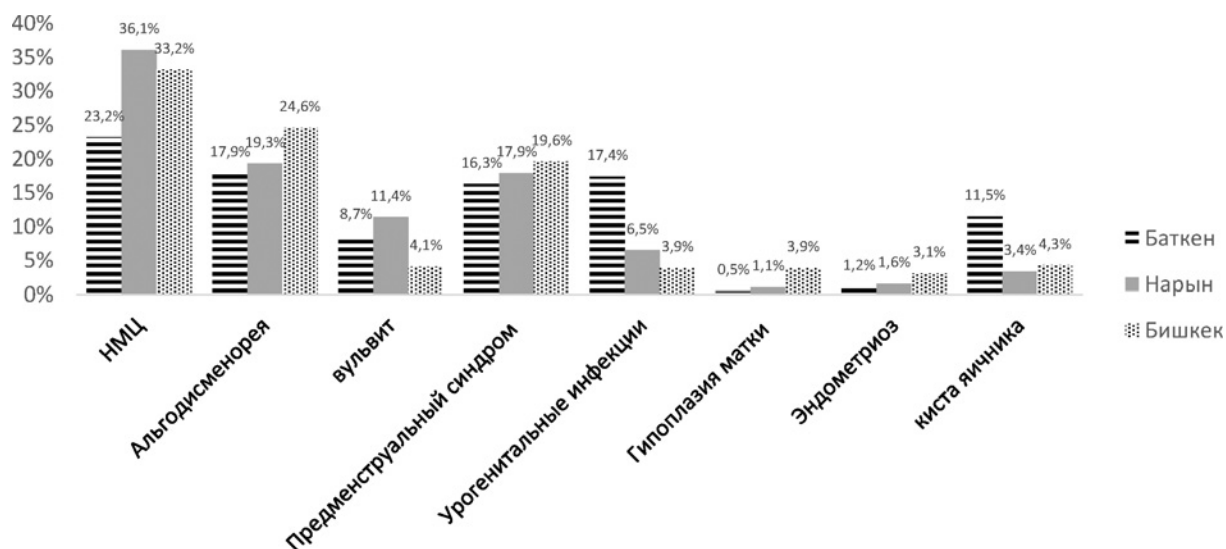


Рис. 3. Структура распространенности гинекологических заболеваний девушек, выявленных в ходе медицинского осмотра (в % от выявленных заболеваний).

ской помощи девушкам-подросткам, проживающим на различных территориях.

### Выводы

Таким образом, проведенное исследование позволило определить, что девушки-подростки 15—18 лет находятся в активном процессе роста и развития, о чем свидетельствует динамика изменений роста-весовых показателей. Низкие значения средних показателей роста определялись среди девушек Баткена, в среднем на 2 см меньше средних показателей девушек Бишкека, однако статистический анализ не подтвердил достоверность этих различий. У 84,3% обследованных девушек-подростков, проживающих в Нарыне, выявлена железодефицитная анемия. В структуре распространенности соматических заболеваний девушек болезни крови и кровеносных органов составляют 38,4%, занимая лидирующее место. На первое место в структуре заболеваний у девушек Баткена вышли заболевания почек и мочевыводящих путей (31,4%). Диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 13% жительниц высокогорья. В структуре заболеваний девушек Бишкека наибольшую долю заняли нарушения зрения (39,4% случаев), на втором месте — заболевания нервной системы (20,0%), затем следуют болезни системы крови и кровообращения, преимущественно анемия (10,7%). Воспалительные заболевания мочеполовой системы в 2 раза и чаще встречаются среди девушек средне- и высокогорья, чем Бишкека: вульвит — в 8,7—11,4% случаев против 4,1% случаев, урогенитальные заболевания — в 6,5—17,4% против 3,9% соответственно. Это свидетельствует о необходимости введения специфических профилактических программ для девушек, проживающих в условиях средне- и высокогорья.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

- Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н., Исакова Ж. К. Стандарты физического развития городских и сельских детей школьного возраста высокогорных регионов Кыргызской Республики. М.—Казань; 2017. 40 с.
- Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н., Исакова Ж. К. Медико-социальные аспекты формирования и охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков Кыргызской республики. Бишкек; 2017. 207 с.
- Зиатдинов А. И., Мингазова Э. Н. Разработка стандартов физического развития студентов-медиков на основе исторически сложившихся традиций в регионе // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 6. Р. 630.
- Мингазова Э. Н., Амиров Н. Х., Яруллин А. Х., Муртазин И. Г. Репродуктивное здоровье девушек-учащихся общеобразовательных учреждений. Казань; 2004. 199 с.
- Лебедева М. Г. Медико-социальные и социально-географические особенности формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2010. 23 с.
- Мансуркулова Н. К., Орозбекова Б. Т., Муйдинов Ф. Ф. и др. Факторы риска и здоровье подростков (на материалах Кыргызской Республики) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. Т. 5, № 4. С. 568—574.
- Самигулина А. Э. Репродуктивное здоровье девочек-подростков и совершенствование гинекологической службы в Кыргызской Республике. Бишкек; 2012. 109 с.
- Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: руководство для врачей / под ред. А. А. Баранова и В. Р. Кучмы. М.; 1999. 225 с.

Поступила 27.02.2023

Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

- Atambaeva R. M., Mingazova E. N., Isakova Zh.K. Standards for the physical development of urban and rural school-age children in the high-mountain regions of the Kyrgyz Republic: a methodological guide. Moscow—Kazan; 2017. 40 p. (In Russ.)
- Atambaeva R. M., Mingazova E. N., Isakova Zh.K. Medico-social aspects of the formation and protection of the reproductive health



Вопросы общественного здоровья

- of adolescent girls in the Kyrgyz Republic. Bishkek; 2017. 207 p. (In Russ.)
3. Ziatdinov A. I., Mingazova E. N. Development of standards for the physical development of medical students based on historical traditions in the region. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;(6):630. (In Russ.)
  4. Mingazova E. N., Amirov N. Kh., Yarullin A. Kh., Murtazin I. G. Reproductive health of girls-students of educational institutions. Kazan; 2004. 199 p. (In Russ.)
  5. Lebedeva M. G. Medico-social and socio-geographic features of the formation of the reproductive health of adolescent girls: Abstract of the thesis... Cand. Med. Sc. Moscow; 2010. 23 p. (In Russ.)
  6. Mansurkulova N. K., Orozbekova B. T., Muidinov F. F. and others. Risk factors and health of adolescents (on the materials of the Kyrgyz Republic). *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2016;5(4):568—574. (In Russ.)
  7. Samigulina A. E. Reproductive health of adolescent girls and improvement of gynecological services in the Kyrgyz Republic. Bishkek; 2012. 109 p. (In Russ.)
  8. Baranova A. A., Kuchma V. R. (eds.) Methods for studying the physical development of children and adolescents in population monitoring: a guide for physicians. Moscow; 1999. 225 p. (In Russ.)

© БЕЗЫМЯННЫЙ А. С., МИНГАЗОВА Э. Н., 2023  
УДК 614.2

Безымянный А. С.<sup>1</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>2,3,4</sup>

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПАВИЛЬОНОВ «ЗДОРОВАЯ МОСКВА» В ЦЕЛЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПАРКОВЫХ ЗОНАХ, СКВЕРАХ И ЗОНАХ ОТДЫХА ГОРОДА МОСКВЫ

<sup>1</sup>ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы», 115280, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия;

<sup>4</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна», 123098, Москва, Россия

*В современных условиях глобальных угроз, вызванных инфекционными рисками, повышается значимость программ и профилактического обследования трудоспособного населения, которые позволяют выявить группы лиц повышенного риска в формировании нарушений здоровья, получать объективные данные о динамике заболеваемости и смертности населения, проводить долгосрочный мониторинг. Уникальность данного проекта заключается в том, что он основан на пациентоориентированном подходе, предполагающем индивидуализацию диагностики пациента, профессиональное консультирование о факторах риска и здоровом образе жизни, сопровождение пациента до завершения обследования, постановки диагноза и назначения лечения. Организация профилактического обследования населения в рамках программы «Здоровая Москва» явилась результатом координированной работы и реализации профессионального потенциала различных служб системы здравоохранения, образования, науки и государственного управления. Успешный опыт реализации программы «Здоровая Москва» может быть масштабирован на другие города и регионы России, что будет способствовать развитию системы здравоохранения страны и повышению качества жизни.*

**Ключевые слова:** проект «Здоровая Москва»; профилактические осмотры; диспансеризация; первичная и вторичная медицинская профилактика; пациентоориентированный подход

**Для цитирования:** Безымянный А. С., Мингазова Э. Н. Организация работы павильонов «Здоровая Москва» в целях проведения профилактических обследований взрослого населения в парковых зонах, скверах и зонах отдыха города Москвы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1): 842—845. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-842-845>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Bezmyanny A. S.<sup>1</sup>, Mingazova E. N.<sup>2,3,4</sup>

## ORGANIZATION OF THE WORK OF THE «HEALTHY MOSCOW» PAVILIONS IN ORDER TO CONDUCT PREVENTIVE EXAMINATIONS OF THE ADULT POPULATION IN PARK AREAS, SQUARES AND RECREATION AREAS OF THE CITY OF MOSCOW

<sup>1</sup>Directorate for the coordination of the activities of medical organizations of the Moscow Department of Health, 115280, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia;

<sup>4</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, 123098, Moscow, Russia

*In modern conditions of global threats caused by infectious risks, the importance of programs and preventive examinations of the working-age population is increasing, which make it possible to identify groups of people at increased risk in the formation of health disorders, and to obtain objective data on the dynamics of morbidity and mortality of the population, to conduct long-term monitoring. The uniqueness of this project lies in the fact that it is based on a patient-centered approach that involves the individualization of the patient's diagnosis, professional counseling about risk factors and a healthy lifestyle, accompanying the patient until the completion of the examination, diagnosis and treatment. The organization of preventive examinations of the population within the framework of the Healthy Moscow program was the result of coordinated work and the realization of the professional potential of various services in the healthcare system, education, science and public administration. The successful experience of implementing the Healthy Moscow program can be scaled up to other cities and regions of Russia, which will contribute to the development of the country's healthcare system and improve the quality of life.*

**Keywords:** project «Healthy Moscow»; preventive examinations; clinical examination; primary and secondary medical prevention; patient-centered approach

**For citation:** Bezmyanny A. S., Mingazova E. N. Organization of the work of the «Healthy Moscow» pavilions in order to conduct preventive examinations of the adult population in park areas, squares and recreation areas of the city of Moscow. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):842–845 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-842-845>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**  
Медицинская профилактика представляет собой комплекс мер, направленных на минимизацию воз-

никновения болезней и связанных с ними факторов риска, и включает в себя специфические, популяционные и индивидуальные вмешательства первично-

## Вопросы общественного здоровья

го и вторичного предупреждения заболеваний [1—3]. Первичная профилактика предполагает действия, направленные на недопущение проявления болезней, в том числе на предоставление информации о поведенческих и медицинских рисках для состояния здоровья, о профилактических услугах в виде иммунизации и вакцинации. Вторичная профилактика связана с ранним выявлением заболеваний, предполагающим скрининг-программы по основным видам заболеваний, а также программы профилактики и оздоровления с доказанной эффективностью [4—6].

В связи с вышесказанным крайне актуальным и востребованным является организация профилактического обследования населения в рамках проекта «Здоровая Москва» с целью пропаганды здорового образа жизни и предоставления возможности усилить внимание к своему здоровью, оценить его детерминанты в программах первичной профилактики и выявления наиболее распространенных заболеваний на ранних стадиях среди взрослого трудоспособного населения в программах вторичной профилактики.

**Целью** данного исследования является анализ особенностей организации и проведения профилактических осмотров населения мегаполиса на основе новых технических и инновационных подходов.

### Материалы и методы

Методологической основой данного исследования послужило изучение и анализ реализации программы профилактического обследования населения «Здоровая Москва» в 2019—2022 гг. В работе использовались общенаучные и специальные методы исследования.

### Результаты и обсуждение

В современных условиях глобальных угроз, вызванных инфекционными рисками, повышается значимость программ и профилактического обследования трудоспособного населения, которые позволяют выявить группы лиц повышенного риска в формировании нарушений здоровья, получать объективные данные о динамике заболеваемости и смертности населения, проводить долгосрочный мониторинг.

Целью скрининга является выявление во внешне здоровой популяции лиц с более высоким риском заболевания или патологического состояния с целью предложения более раннего вмешательства или лечения и тем самым снижения частоты возникновения и/или уровня смертности от этого заболевания или патологического состояния в популяции. В европейском регионе ВОЗ усиливается тенденция к более активному использованию программ скрининга для выявления неинфекционных заболеваний и проведения медицинских осмотров. Однако во многих случаях четкая доказательная база в поддержку эффективности скрининга отсутствует. Работники здравоохранения и общество в целом часто недостаточно осведомлены о потенциальном вреде

скрининга, затратах на его проведение, нагрузке на систему здравоохранения и необходимости эффективной программы обеспечения качества.

Программа бесплатной диспансеризации в павильонах «Здоровая Москва» направлена на реализацию основного принципа оздоровления населения, заложенного в Конституции РФ (ст. 7, п. 1), — на «создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека». Ежегодные профилактические осмотры позволяют осуществлять долгосрочный мониторинг здоровья населения, факторов риска и особенностей образа жизни.

Данный проект нацелен прежде всего на трудоспособных людей молодого и среднего возраста, ведущих активный образ жизни, которые, по статистике, редко обращаются за медицинской помощью или вовсе не посещают поликлиники. Программа дает возможность всем желающим в возрасте от 18 лет пройти бесплатный профилактический осмотр или первичную диспансеризацию без предварительной записи, комплексно, в условиях одного павильона, а также при необходимости пройти расширенную углубленную диспансеризацию и последующее лечение в специализированных медицинских организациях.

Показатели, полученные по результатам профилактического обследования в рамках данного проекта, позволяют восполнить пробел в исследованиях в области скрининг-программ здоровья населения и вносят вклад в региональные и глобальные знания в области общественного здоровья.

На основе анализа опыта реализации данного проекта разработаны стандарты деятельности мобильных медицинских бригад в павильонах-модулях и программы семинаров для медицинского и немедицинского персонала, проводящих профилактическое обследование населения. Так, были организованы семинары для медицинских работников поликлиник и стационаров по порядку работы павильонов и маршрутизации пациентов с выявленными заболеваниями, в частности, с поражением прецеребральных артерий и злокачественными новообразованиями. Обучение врачей ультразвуковой методике измерения стенозов сонных артерий по европейской шкале ECST было проведено специалистами НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского.

В рамках проекта «Здоровая Москва» были апробированы механизмы информирования населения мобильными медицинскими бригадами о необходимости диспансеризации, важности ранней диагностики заболеваний и здорового образа жизни с учетом последствий пандемии COVID-19 и апробированы анкеты, рассылаемые посредством sms и e-mail. В целях выявления факторов риска заболеваний, сбора жалоб для дальнейшей оценки врача и направления на дополнительные исследования определены группы пациентов, в том числе перенесших COVID-19, для консультации с врачом-психотерапевтом и для приглашения на групповые веби-

нары и дистанционные телемедицинские консультации.

Был применен новый подход комплексного использования диагностического оборудования и тестов профилактического обследования населения с учетом возрастных, гендерных и региональных особенностей. Каждый обратившийся проходит базовый и профильный комплексы обследования. При выявлении отклонений пациенты направляются на углубленные исследования и консультации специалистов, некоторые виды дополнительного обследования, например, УЗИ брахиоцефальных артерий, спирометрию, УЗИ щитовидной железы можно пройти в павильоне по назначению врача. Обследования, проведенные на основе комплекса диагностического оборудования и тестов, позволяют выявить заболевания на ранних стадиях, включая болезни легких, сердца, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, сахарный диабет и злокачественные новообразования, а также определить их распространенность с учетом возрастных, гендерных и региональных особенностей.

Все павильоны проекта подключены к Единой медицинской информационно-аналитической системе. Информация о результатах обследования автоматически появляется в электронной медицинской карте пациента.

В целом, оригинальность нового организационного подхода заключается в том, что налажена работа мобильных павильонов в рамках масштабного профилактического обследования населения в удобной локационной доступности — парковых зонах, скверах и зонах отдыха, что позволяет выявить не только заболевания на ранней стадии, но и факторы риска среди групп населения, считающих себя здоровыми, а также организовать целенаправленную пропаганду здорового образа жизни. Данная программа обследования объединяет межсекторальную работу с участием системы первичной медико-санитарной помощи, специализированных медицинских организаций и немедицинских учреждений, таких как туристические, спортивно-развлекательные, культурно-развлекательные и пр.

По результатам масштабного обследования населения впервые были получены современные сведения о количестве и характеристиках основных групп населения, проходящих профилактическое обследование в мобильных павильонах, о состоянии их физического и психического здоровья и основных факторах риска здоровью взрослого населения Москвы, в том числе перенесших COVID-19. Разработан алгоритм расширенной диспансеризации для пациентов из регистра переболевших COVID-19. Мониторинговые программы сбора и хранения данных о физическом и психическом здоровье населения Москвы и факторах риска позволяют оценить динамику заболеваемости и смертности населения с учетом изменения социальных, экономических, поведенческих детерминант и медицинских рисков последствий глобальной пандемии COVID-19. Таким образом, удалось сформировать московский

стандарт проверки здоровья, реализованный в павильонах «Здоровая Москва», который сочетает базовый федеральный стандарт диспансеризации с дополнительными расширенными исследованиями.

Уникальность данного проекта заключается в том, что он основан на пациентоориентированном подходе, предполагающем индивидуализацию диагностики пациента, профессиональное консультирование о факторах риска и здоровом образе жизни, сопровождение пациента до завершения обследования, постановки диагноза и назначения лечения.

Практическая ценность профилактического обследования населения в рамках программы «Здоровая Москва» заключается в следующем:

- расширение круга обследуемого трудоспособного населения старше 18 лет путем дислокации медицинских служб в общественные пространства и повышения доступности медико-диагностического консультирования населения;
- предупреждение развития неинфекционных (хронических) заболеваний и предполагаемое снижение уровня смертности населения;
- снижение нагрузки на систему первичной медико-санитарной помощи в настоящем времени и в долгосрочной перспективе — на специализированные клиники, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь;
- экономическая выгода за счет укрепления состояния здоровья трудоспособного населения, сокращения инвалидизации населения, сокращения расходов медицинских служб, особенно в части дорогостоящих высокотехнологичных услуг в долгосрочной перспективе;
- повышение эффективности лечения заболеваний, особенно онкологических, при ранней диагностике и доступном консультировании;
- объединение усилий медицинских и немедицинских организаций, таких как туристические, спортивно-развлекательные и другие структуры по пропаганде здорового образа жизни;
- создание базы для разработки и реализации комплекса медико-профилактических мероприятий, направленных на сохранение и повышение уровня здоровья населения;
- создание образовательной и социально-коммуникационной платформы, направленной на оздоровление населения и пропаганду здоровых условий, образа жизни и поведения;
- закладывание основ для научно-практических подходов программно-целевого медико-социального планирования оздоровления населения, переориентации служб здравоохранения на разработку моделей, поощряющих профилактику заболеваний и укрепление здоровья.

Использование современных информационных и коммуникационных технологий в рамках проекта дает пациентам с выявленными заболеваниями доступ к телемедицинскому центру г. Москвы. Паци-

## Вопросы общественного здоровья

ента информируют о возможных проблемах со здоровьем в дальнейшем, записывают на дополнительные обследования и консультации к профильным специалистам амбулаторно-поликлинических и стационарных организаций, а также находятся с ним на связи до постановки диагноза и начала лечения в специализированных медицинских организациях. Врачи телемедицинского центра являются практически персональными консультантами москвичей, здоровье которых требует особого внимания.

### Выводы

Программа профилактического обследования населения «Здоровая Москва» направлена на предупреждение наиболее распространенных заболеваний, на лечение которых требуются значительные финансовые, кадровые и инфраструктурные ресурсы системы здравоохранения Москвы. В частности, ранняя диагностика патологий брахецефальных артерий, злокачественных новообразований с целью профилактики ишемических инсультов и рака является одной из актуальных задач здравоохранения, оперативному решению которой способствует данный проект.

Анализ опыта реализации программы «Здоровая Москва» позволяет оценить потери по медико-биологическим аспектам здоровья трудоспособного населения в период пандемии COVID-19, что может быть использовано при prognostической оценке медико-демографических показателей трудового потенциала мегаполиса. Организация профилактического обследования населения в рамках программы «Здоровая Москва» явилась результатом координированной работы и реализации профессионального потенциала различных служб системы здравоохранения, образования, науки и государственного управления.

Успешный опыт реализации программы «Здоровая Москва» может быть масштабирован на другие города и регионы России, что будет способствовать развитию системы здравоохранения страны и повышению качества жизни.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Волчек В. С., Похожай В. В. Анализ международного опыта организации скрининговых программ для раннего выявления злокачественных новообразований // *Juvenis Scientia*. 2023. Т. 9, № 1. С. 5—23.
2. Елагина Т. Н. Новая функционально-целевая модель отделения медицинской профилактики // *Московская медицина*. 2023. № 1. С. 88—91.
3. Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022. Т. 21, № 4. С. 5—232.
4. Безымянный А. С., Тяжелников А. А., Юмукян А. В. Проекты по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Москве как основа для выбора научных направлений специалистов первичного звена // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022. № S2. С. 23—39.
5. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Железова П. В., Гуреев С. А. Анализ показателей заболеваемости населения на уровне региона // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. Т. 28, № 4. С. 512—517.
6. Рослова З. А., Ким А. В. Особенности организации медицинской профилактики в условиях распространения новой коронавирусной инфекции // *Российский педиатрический журнал*. 2022. Т. 3, № 1. С. 254.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Volchek V. S., Pokhozhay V. V. Analysis of international experience in organizing screening programs for the early detection of malignant neoplasms. *Juvenis Scientia*. 2023;9(1):5—23. (In Russ.)
2. Elagina T. N. A new functional-target model of the department of medical prevention. *Moskovskaya meditsina*. 2023;(1):88—91. (In Russ.)
3. Drapkina O. M., Kontsevaya A. V., Kalinina A. M. et al. Prevention of chronic non-infectious diseases in the Russian Federation. National guidelines 2022. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2022;21(4):5—232. (In Russ.)
4. Bezmyanny A. S., Tyazhelnikov A. A., Yumukyan A. V. Projects to improve primary health care in Moscow as a basis for choosing research areas for primary care specialists. *Sovremennyye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2022;(S2):23—39. (In Russ.)
5. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Zhelezova P. V., Gureev S. A. Analysis of population morbidity rates at the regional level. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(4):512—517. (In Russ.)
6. Roslova Z. A., Kim A. V. Features of the organization of medical prevention in the context of the spread of a new coronavirus infection. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2022;3(1):254. (In Russ.)

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 614.2**Беспятых Ю. А.<sup>1,2,3</sup>, Каныгин А. П.<sup>1</sup>, Худжадзе Р. Т.<sup>1</sup>, Прусаков К. А.<sup>1</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>3</sup>, Басманов Д. В.<sup>1</sup>****НОВЫЙ ПОДХОД К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ КОНТРОЛЮ ЗА РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ**<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины имени академика Ю. М. Лопухина», 119435, Москва, Россия;<sup>2</sup>Российский химико-технологический университет имени Д. И. Менделеева, 125047, Москва, Россия;<sup>3</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

В статье описаны разработка, относящаяся к области медицинской диагностики, — портативный анализатор «Исаскрин-8» и возможности его применения для экспресс-диагностики новой коронавирусной инфекции с использованием коммерчески доступных наборов «IsoAmp SARS-CoV-2» (НПФ «Литех»), а также собственной разработки «ТБ-ИЗАТЕСТ» для диагностики возбудителя туберкулеза. Предлагаемый подход может быть использован для быстрого (менее чем за 20 мин) выявления в биологических образцах генетического материала (ДНК/РНК) *Mycobacterium tuberculosis* и SARS-CoV-2 с помощью метода петлевой изотермической амплификации, а также как универсальная платформа для выявления генетического материала иных возбудителей в биологическом образце. С помощью предложенного подхода можно решать различные научно-исследовательские задачи по эпидемиологическому мониторингу туберкулеза и новой коронавирусной инфекции, проводить качественный и количественный анализы бактериальной и вирусной нагрузки в образцах, в том числе для оценки эффективности назначенной схемы антибиотикотерапии. Преимуществом является возможность применения данного способа не только в диагностических лабораториях, но и в условиях полевых лабораторий при соблюдении необходимых санитарно-эпидемиологических требований. При достаточном распространении предлагаемый подход может помочь обеспечить эпидемиологический контроль распространения данных социально значимых инфекций.

**Ключевые слова:** изотермическая амплификация; LAMP; экспресс-диагностика; туберкулез; *M. tuberculosis*; SARS-CoV-2; COVID-19; портативный анализатор; «Исаскрин-8»

**Для цитирования:** Беспятых Ю. А., Каныгин А. П., Худжадзе Р. Т., Прусаков К. А., Мингазова Э. Н., Басманов Д. В. Новый подход к эпидемиологическому контролю за распространением инфекционных заболеваний среди населения России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):846—851. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-846-851>

**Для корреспонденции:** Беспятых Юлия Андреевна; e-mail: [juliabespyatykh@gmail.com](mailto:juliabespyatykh@gmail.com)

**Bespyatykh Yu. A.<sup>1,2,3</sup>, Kanygin A. P.<sup>1</sup>, Khudjadze R. T.<sup>1</sup>, Prusakov K. A.<sup>1</sup>, Mingazova E. N.<sup>3</sup>, Basmanov D. V.<sup>1</sup>****A NEW APPROACH TO THE EPIDEMIOLOGICAL CONTROL OF INFECTIOUS DISEASES IN THE RUSSIAN POPULATION**<sup>1</sup>Lopukhin Federal Research and Clinical Center of Physical-Chemical Medicine, 119435, Moscow, Russia;<sup>2</sup>Mendeleev University of Chemical Technology of Russia, 125047, Moscow, Russia;<sup>3</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article describes a development related to the field of public health and molecular biology, in particular, medical diagnostics. We present the Isascreen-8 portable analyzer (Registration Certificate No. RZN 2022/17322, May 24, 2022) and its application for rapid diagnostics of a new coronavirus infection with the use of commercially available sets IsoAmp SARS-CoV-2 (Lytech Co. Ltd., Russia), and also our own development TB-IZATEST (Invention Application No. 2022133809, December 22, 2022) for diagnostics of tuberculosis pathogen. The approach proposed in this article can be used for rapid detection of genetic material (DNA/RNA) of *Mycobacterium tuberculosis* and SARS-CoV-2 in biological samples using the method of loop isothermal amplification in less than 20 minutes, and also as a universal platform for detection of genetic material of other pathogens in a biological sample. Using the proposed approach, various research tasks for epidemiological monitoring of tuberculosis and new coronavirus infection, qualitative and quantitative analysis of bacterial and viral load in samples, including evaluation of the effectiveness of the prescribed antibiotic therapy regimen, can be solved. The advantage is that this method can be used not only in diagnostic laboratories, but also in field laboratories in the most remote regions of Russia if the mandatory sanitary and epidemiological requirements are observed. With sufficient distribution, the proposed approach could help ensure epidemiological control of the prevalence of these socially significant infections.

**Keywords:** isothermal amplification; LAMP; express diagnostics; tuberculosis; *M. tuberculosis*; SARS-CoV-2; COVID-19; portable analyzer; Isascreen-8

**For citation:** Bespyatykh Yu. A., Kanygin A. P., Khudjadze R. T., Prusakov K. A., Mingazova E. N., Basmanov D. V. A new approach to the epidemiological control of infectious diseases in the Russian population. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):846—851 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-846-851>

**For correspondence:** Yulia A. Bespyatykh; e-mail: [juliabespyatykh@gmail.com](mailto:juliabespyatykh@gmail.com)

**Source of funding.** The work was supported by the Russian Science Foundation (project no. 20-75-10144).

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Усилия многих стран, направленные на снижение уровня заболеваемости туберкулезом (ТБ; МКБ

A15-A16) и поддерживаемые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), оказались в значительной степени недостаточными в последние не-

## Вопросы общественного здоровья

сколько лет. В ежегодном отчете ВОЗ по ТБ приводятся сведения о том, что в 2019—2020 гг. из-за глобальной нагрузки на системы здравоохранения, вызванной новой коронавирусной инфекцией, смертность от ТБ выросла на более чем 100 тыс. случаев<sup>1</sup>. По самым последним данным ТБ стал причиной смерти примерно 1,6 млн человек в 2021 г., среди которых было 187 тыс. ВИЧ-инфицированных пациентов; в 2020 г. зарегистрировано до 1,5 млн смертей от ТБ; тогда как в 2019 г. этот показатель был на уровне 1,4 млн случаев; таким образом, к настоящему времени количество случаев смерти от ТБ возвратилось к показателям 2017 г.<sup>2</sup> Россия входит в число 10 лидирующих стран, на долю которых приходится более 90% глобального сокращения числа случаев впервые диагностированного ТБ в 2020—2021 гг. по сравнению с 2019 г. Дальнейшее сокращение заболеваемости и, как следствие, смертности от ТБ во многом зависит от эффективности мер, направленных на повышение доступности и качества диагностических процедур.

Принятым «золотым стандартом» в диагностике ТБ является комплекс классических микробиологических методов [1], включающих бактериологический посев отделяемого верхних дыхательных путей и культивирование *M. tuberculosis* на селективной плотной питательной среде Левенштейна—Йенсена (не менее 30 дней), окраску микроскопических препаратов по методу Циля—Нильсена, а также определение спектра лекарственной устойчивости полученного изолята микобактерий. Внедрение новых способов культивирования *M. tuberculosis* на жидких питательных средах с помощью автоматизированной системы на основе технологии «ВАСТЕС MGIT» («BD») позволило сократить длительность исследования до 2 нед [2].

Несмотря на ценность классических методов, в диагностике ТБ часто оказывается востребованным ряд молекулярно-генетических исследований, позволяющих выявить возбудителя и определить лекарственную устойчивость в течение 1 дня.

Напротив, в отношении диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-19 ситуация развивалась крайне стремительно и исключительно в области молекулярно-диагностических методов. Исследователи и разработчики в условиях глобальной пандемии и в кратчайшие сроки разрабатывали способы выявления РНК вируса в биоматериале. «Золотым стандартом» в определенный момент стал метод диагностики с использованием метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Первым диагностическим набором для того, чтобы выявить вирус, требовалось не менее 4—5 ч, дальнейшее совершенствование тест-систем привело к тому, что в настоя-

щее время постановка анализа занимает не более 2 ч с учетом выделения генетического материала из пробы.

В то же время очевидно, что есть потребность выявлять такие инфекционные агенты с еще меньшими временными затратами. Прорывной технологией в этой области стала разработка метода изотермической петлевой амплификации (Loop-mediated isothermal amplification — LAMP). В отношении COVID-19 использование данной технологии позволило сократить время постановки анализа до 30—40 мин. Первый известный способ идентификации *M. tuberculosis* методом LAMP был описан в 2003 г. [3] и усовершенствован в 2007 г. [4]. При этом время анализа составляло около 90 мин. Этот способ стал одной из первых попыток сократить длительность стадии амплификации для сокращения выявления возбудителя ТБ, однако он не полностью раскрывает все возможности экспресс-метода LAMP. Предложенный авторами новый способ амплификации с использованием набора реагентов «ТБ-ИЗАТЕСТ»<sup>3</sup> позволяет выявлять ДНК возбудителя ТБ уже менее чем за 20 мин.

Опыт показывает, что основными преимуществами тест-систем на основе метода LAMP являются высокая скорость реакции и отсутствие необходимости применять сложное дорогостоящее оборудование для термоциклирования. Благодаря этому появляется возможность, во-первых, упростить конструкцию анализатора для LAMP и сделать его портативным и, во-вторых, значительно уменьшить время анализа, доведя его до уровня «прикроватного» теста. Эти преимущества ранее были реализованы авторами в анализаторе для проведения изотермической амплификации нуклеиновых кислот «Изаскрин-8»<sup>4</sup>. При совместном использовании с набором реагентов «IsoAmp SARS-CoV-2 Express» полное время проведения анализа, включая процедуру выделения генетического материала возбудителя, с помощью этого прибора составляет не более 35 мин, а время амплификации — 17,5 мин.

**Цель** данной работы — адаптация диагностического набора «ТБ-ИЗАТЕСТ» для использования с анализатором «Изаскрин-8». В таком случае появляется возможность направить выигрыш во времени на планирование схемы терапии пациента, его раннее информирование о статусе инфицирования и заблаговременную изоляцию от здоровых людей. Такие меры могут значительно улучшить эпидемиологическую обстановку по ТБ в конкретном населенном пункте и снизить рост заболеваемости в мире.

<sup>3</sup> Российский научный фонд. Создание новых микрофлюидных биосенсоров для диагностики и типирования туберкулезной инфекции. URL: <https://rscf.ru/project/20-75-10144/>

<sup>4</sup> «Амплификатор изотермический Изаскрин-8 для выявления нуклеиновых кислот с детекцией флуоресценции в реальном времени по ТУ 21.51.53-001-01532685-2021», производства ФГБУ ФНЦ ФХМ ФМБА России, регистрационное удостоверение № РЗН 2022/17322 от 24.05.2022.

<sup>1</sup> Global tuberculosis report 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

<sup>2</sup> Global tuberculosis report 2022. URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>

## Материалы и методы

### Клинические испытания анализатора «Изаскрин-8»

Клинические испытания анализатора «Изаскрин-8» проводились в ООО «Лаборатория «Литех» с набором реагентов для выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2 «IsoAmp SARS-CoV-2 Express» (ПУ № РЗН 2020/9904 от 27.03.2020). Основными критериями правильности и эффективности работы прибора при проведении клинических испытаний считали совпадение (корреляцию) результатов выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2, полученных методом изотермической амплификации с обратной транскрипцией на исследуемом приборе «Изаскрин-8», с результатами, полученными с помощью верифицированной методики сравнения. В качестве методики и прибора сравнения выступал прибор «CFX96 Touch» («BioRad», ПУ № ФСЗ 2008/03399 от 21.06.2016). Все действия производили согласно инструкциям и нормативным документам.

### Конфигурация термостатов анализатора «Изаскрин-8»

Прецизионное поддержание температуры во время проведения анализа с помощью LAMP является ключевым фактором, влияющим на успешность проведения реакции. Однако для различных наборов реагентов точное значение оптимальной температуры и времени необходимого термостатирования может различаться. Анализатор «Изаскрин-8» позволяет пользователям создавать различные конфигурации (профили) работы термостатов. Так, для набора реагентов «IsoAmp SARS-CoV-2 Express» ранее были экспериментально подобраны следующие оптимальные время и температура: 10 мин на экстракцию генетического материала при температуре 95°C; 5 мин на обратную транскрипцию РНК вируса SARS-CoV-2 при температуре 50°C; 12,5 мин на амплификацию нуклеиновых кислот при температуре 65°C. Для разработанного авторами набора реагентов «ТБ-ИЗАТЕСТ», предназначенного для выявления возбудителя ТБ, исходя из теоретических предпосылок и экспериментальных данных, нами были определены оптимальные температура и время амплификации на анализаторе «Изаскрин-8»: 15 мин на амплификацию нуклеиновых кислот при температуре 67°C. Во время амплификации анализатор каждые 30 с производит детекцию уровня флуоресцентного сигнала от интеркалирующего красителя, что позволяет пользователю наблюдать за ходом исследования в реальном времени. Калибровка термостатов анализатора происходит на заводе-изготовителе с помощью специальных электронных калибровочных модулей и пробирок с прецизионными, заранее калиброванными температурными датчиками. В ходе этой процедуры в программное обеспечение анализатора вносятся необходимые значения поправочных коэффициентов. В результате во время работы прибора температура реактивов в слотах поддерживается на уров-

нях, точно соответствующих тем, что задает пользователь. Данный подход позволяет конечным пользователям использовать «Изаскрин-8» без дополнительной настройки и калибровки.

### Формирование коллекций биоматериала

При проведении клинических испытаний анализатора «Изаскрин-8» была использована коллекция биологического материала, предоставленного ООО Лаборатория «Литех». Материал был получен после проведения клинически значимых исследований в ходе лечебно-диагностического процесса. Было отобрано 200 образцов клинического материала, который представлял собой объединенные мазки из носа, носоглотки и/или ротоглотки, взятые у лиц с клинической симптоматикой респираторного заболевания с подозрением на инфекцию COVID-19. Также мазки были отобраны у лиц, не имеющих признаков простудных заболеваний и не являющихся контактными с больными COVID-2019.

Независимо была сформирована собственная коллекция клинического биоматериала, представленная мазками из носо- и ротоглотки пациентов ФГБУ ФНКЦ ФХМ им. Ю. М. Лопухина с подозрением на COVID-19. Сбор коллекции проводился в период с сентября 2021 г. по сентябрь 2022 г. Всего в исследование были включены 53 образца. Непосредственное участие пациентов в процессе проведения клинических испытаний анализатора «Изаскрин-8» не требовалось.

Собранная коллекция штаммов возбудителя ТБ включала 10 образцов геномной ДНК различных генетических линий *M. tuberculosis*, выделенных ранее [5].

### Используемые реактивы

Для выявления РНК коронавируса использовался коммерчески доступный и зарегистрированный ранее набор реагентов «IsoAmp SARS-CoV-2 Express» (ООО НПФ «Литех»). В состав данного набора входят реагент для выделения генетического материала методом термокоагуляции (термолиза), реакционные смеси для процессирования пробы, содержащие праймеры и фермент, растворы внутреннего контроля образца и положительного контроля образца, интеркалирующий краситель и все необходимые вспомогательные компоненты.

«ТБ-ИЗАТЕСТ» имел следующий состав реакционной смеси и конечные концентрации всех компонентов (на объем реакции 25 мкл): 1× Isothermal Amplification Buffer («NEB»); 5 mM MgSO<sub>4</sub> («NEB»); 1,4 mM дНТФ («Биосан»); 0,5× раствор интеркалирующего красителя EvaGreen («Biotium»); по 1,6 мкМ внутренних праймеров (FIP и BIP; «Евроген»); по 0,2 мкМ внешних праймеров (F3 и B3; «Евроген»); по 0,8 мкМ петлевых праймеров (LF и LB; «Евроген»); 8 ед. акт. ДНК-полимеразы Bst 2.0 WarmStart («NEB»). Доводили оставшийся объем реакционной смеси добавлением стерильной деионизованной воды, свободной от нуклеаз («Евроген»).



## Вопросы общественного здоровья

Для проведения реакции использовали следующие праймеры (5'→3'):

- FIP TAGCTGCCGGTCCAGGTCTGGTGGTGC GGCCACTGA;
- VIP SAACCCAGTCCGGTGGTGTCTTCGTGACCGTGAACC;
- F3 ACCGGACCCCTCGTGT;
- V3 GATAGACCTGATCGACGCTG;
- LF ACCCGTTGCCGTTGATC;
- LB GTGGACCTGCAACTTCC.

Готовую реакционную смесь раскапывали по тонкостенным ПЦР-пробиркам объемом 200 мкл (SSI-3111, «Scientific Specialties Incorporated»). Амплификацию проводили при параметрах, описанных выше.

В качестве сравнительного референтного набора для верификации идентификации образцов ДНК *M. tuberculosis* использовали набор реагентов для ПЦР-амплификации «ПОЛИТУБ» (ООО НПФ «Литех») на термоциклируемом амплификаторе с детекцией амплификации в режиме реального времени «CFX96 Touch» («Bio-Rad»).

### Технические характеристики анализатора «Изаскрин-8»

«Изаскрин-8» является медицинским прибором для *in vitro* диагностики, предназначенным для выделения генетического материала из пробы, амплификации и флуоресцентного выявления нуклеиновых кислот. Анализатор представляет собой компактный прибор, состоящий из 3 функциональных частей: слот для выделения генетического материала из биологической пробы, слот(ы) для проведения изотермической амплификации с одновременной оптической детекцией процесса наработки ампликонов, сенсорного дисплея и комплекса электроники, управляющей рецептами проведения молекулярно-генетического тестирования. Слот экстракции анализатора представляет собой управляемый термостат для двух 1,5 мл пробирок, где выделение генетического материала из биологической пробы может осуществляться методом термокоагуляции (термолизиса). Два независимых слота амплификации состоят из двух управляемых прецизионных термостатов для 4 стандартных ПЦР пробирок (200 мкл) в каждом с индивидуальной высокочувствительной системой детекции флуоресценции в канале FAM для каждой пробирки. Сенсорный дисплей и нативный графический интерфейс позволяют создавать произвольные рецепты проведения анализа: задавать время и температуру экстракции генетического материала из биологической пробы, задавать профили температур и время для каждого этапа амплификации, выбирать частоту сбора оптического сигнала флуоресценции, наблюдать в реальном времени за графиками изменения значений сигнала флуоресценции для каждой пробирки, сохранять и отправлять на персональный компьютер результаты анализа, получать результаты автоматической интерпретации результатов. Такая конфигурация прибора идеально подходит для проведения экспресс-анализов методом LAMP с детекцией флуоресценции в реальном времени по сигналу от интеркалирующего флуорофора. Внутренний контроллер ана-

лизатора позволяет с точностью 0.2°C поддерживать температуру в термостатах в течение всех стадий анализа. Оптическая система детекции анализатора разработана в расчете на использование наиболее распространенных флуорофоров, которые имеют максимумы поглощения в диапазоне 460—500 нм, а максимумы излучения — в диапазоне 520—570 нм. Основными преимуществами конструкции данного анализатора являются компактность, мобильность, простота использования, возможность программирования термостата и системы детекции для работы по произвольным сценариям и с различными тест-системами.

### Результаты и обсуждение

Пандемия COVID-19 резко снизила эффективность мер, принимаемых системами здравоохранения разных стран для борьбы с ТБ. Особенно трудной стала ситуация в странах с высоким бременем ТБ. По оценкам ВОЗ, возросшая нагрузка на медицинские учреждения в период пандемии привела к возвращению количества вновь выявленных случаев ТБ к показателям 2017 г. По всей видимости, в эту негативную статистику внесли вклад меры профилактики распространения коронавирусной инфекции, такие как карантин, снизившие для многих людей возможность доступа к тестированию на наличие возбудителя ТБ и его последующего лечения.

Непрерывное выявление новых случаев COVID-19 и ТБ является трудным для первичной идентификации, поскольку оба заболевания имеют общие симптомы, способы передачи и социально-демографические факторы, способствующие распространению этих инфекционных заболеваний. Необходимость различной терапии этих заболеваний стала проявляться особенно остро после появления данных о том, что применение кортикостероидов для лечения COVID-19 привело к появлению у некоторых пациентов симптомов или обострения активной фазы ТБ [5].

Перекрываются также способы быстрой молекулярной диагностики этих заболеваний, основанные на методе ПЦР, что на практике приводило к существенной нагрузке на персонал и оборудование, проявлялось в виде нехватки реагентов для пробоподготовки и постановки анализа [6]. Нехватка реагентов заставила многие лаборатории, не справляющиеся с возрастающим потоком образцов, применять различные методики пулирования [7], что позволило также значительно сократить время, необходимое на проведение анализов.

Таким образом, актуальной задачей для диагностических центров стала диверсификация технологий для выявления генетического материала SARS-CoV-2 и *M. tuberculosis*, внедрение в практику тест-систем на основе изотермической амплификации [8]. Скорость и простота эксплуатации таких тестов позволили проводить скрининговые исследования COVID-19 и ТБ [9], в более короткие сроки выявлять инфицированных.

В свою очередь, нами была предложена новая технология диагностики наиболее социально значимых для нашей страны инфекционных агентов. Так, в самом начале пандемии, был разработан анализатор «Изаскрин-8», для которого проведены клинические испытания, а также собственная совместимая с прибором тест-система экспресс-выявления ДНК *M. tuberculosis*. В ходе клинических испытаний прибора, предшествующих мероприятиям по регистрации медицинского изделия, были проанализированы 200 клинических образцов, полученных от пациентов, из которых 111 имели подтвержденную инфекцию COVID-19, 89 — отрицательный статус. Кроме того, 200 образцов (объединенные мазки из носа, носоглотки и/или ротоглотки) после тестирования их на исследуемой тест-системе были проанализированы на тест-системе сравнения. Результаты исследования сопоставимы с результатами, полученными в ходе клинического обследования больных. Совпадение результатов между исследуемым набором и набором сравнения — 200 образцов из 200 исследованных. Несовпадений не выявлено. Во всех исследованных образцах адекватно сработал внутренний контроль, что свидетельствует о проведении качественной пробоподготовки. В 111 образцах зарегистрировано наличие РНК коронавируса SARS-CoV-2, в 89 образцах зарегистрировано их отсутствие. Таким образом, в ходе испытаний подтверждена правильность работы анализатора «Изаскрин-8». Разработанный авторами анализатор прошел клинические и технические испытания и был зарегистрирован как медицинское изделие для *in vitro* диагностики, допущенный к использованию на территории России. Это доказывает заявленные разработчиками и производителем анализатора необходимых функциональных и аналитических характеристик, эффективности, качества и безопасности. Кроме того, было подтверждено соответствие характеристик анализатора требованиям стандартов устойчивости материалов к воздействиям, электробезопасности, электромагнитной совместимости.

В условиях клинко-диагностической лаборатории Центра молекулярной медицины и диагностики ФГБУ ФНКЦ ФХМ им Ю. М. Лопухина проведена апробация прибора «Изаскрин-8» на клинических образцах, полученных от пациентов с подозрением на COVID-19. На момент проведения исследования на рынке отсутствовали аналоги анализатора «Изаскрин-8», все анализы на выявление генетического материала вируса SARS-CoV-2 для постановки диагноза проводились методом ПЦР в 96-лучном планшетном формате. Активная фаза пандемии COVID-19 продемонстрировала необходимость получения результатов в максимально короткие сроки. Все пациенты ( $n = 53$ ), включенные в исследование, требовали немедленной выдачи заключения о наличии или отсутствии возбудителя COVID-19. Использование метода LAMP и анализатора «Изаскрин-8» позволило получить результат для указанной выборки пациентов менее чем за 1 час с учетом этапа забора биоматериала, доставки его в лабора-

торию и непосредственной выдачи заключения лечащим врачом. Стоит отметить, что, безусловно, все данные были верифицированы стандартной зарегистрированной в РЗН методикой, которая подтвердила результаты, полученные на «Изаскрин-8».

Своевременное получение результатов может помочь в выборе не только правильной терапии и/или своевременной изоляции пациента, но и тактики действия врача в случае необходимости, например, хирургического вмешательства; оперативной маршрутизации пациента между медицинскими организациями. В выборке, анализируемой в условиях клинко-диагностической лаборатории ЦММиД ФГБУ ФНКЦ ФХМ им Ю. М. Лопухина, 12 из 53 образцов были отрицательными, что позволило оказать своевременную необходимую плановую госпитализацию пациентам; 8 образцов были положительными и получены от пациентов с тяжелой клинической картиной, что позволило маршрутизировать их в медицинскую организацию, оказывающую соответствующую помощь; 33 образца были положительными и получены от пациентов без клинической картины COVID-19, что позволило своевременно изолировать их и предотвратить контакт с потенциально здоровым контингентом. Стоит отметить, что в последнем случае 5 образцов были получены от медицинского персонала. Таким образом, очевидно, что использование экспресс-диагностики описанным нами способом на анализаторе «Изаскрин-8» для тестирования медицинского персонала является крайне актуальным, перспективным и здоровьесберегающим.

Для расширения возможностей использования анализатора «Изаскрин-8» в качестве способа диагностики наиболее актуальных инфекционных заболеваний была рассмотрена разработанная ранее тест-система «ТБ-ИЗАТЕСТ». Проведение реакции с помощью разработанной тест-системы для выявления геномной ДНК *M. tuberculosis* было сопряжено с необходимостью увеличения объема реакционной смеси до 25 мкл. Длительность стадии амплификации удалось оптимизировать до 15 мин. В качестве исходного материала для проведения амплификации использовали 2 мкл образца очищенной геномной ДНК различных штаммов *M. tuberculosis* ( $n = 10$ ).

### Заключение

Предложен новый подход к экспресс-выявлению ДНК/РНК возбудителей различных заболеваний, основанный на использовании портативного медицинского изделия «Изаскрин-8» и соответствующего набора реагентов для амплификации методом изотермической амплификации. Эффективность данного подхода продемонстрирована на примерах валидации портативного амплификатора совместно с двумя наборами: «IsoAmp SARS-CoV-2 Express» (НПФ «Литех») для выявления РНК SARS-CoV-2 в биологическом материале и тест-системы «ТБ-ИЗАТЕСТ», предназначенной для выявления возбудителя ТБ. Разработанный и производимый амплифика-

Вопросы общественного здоровья

тор с детекцией флуоресцентного сигнала в реальном времени представляет актуальную платформу для дальнейших разработок, что было доказано в ходе адаптации под него тест-системы «ТБ-ИЗ-ТЕСТ». Вышесказанное позволяет заключить, что предложен новый способ эффективной экспресс-диагностики инфекционных агентов, наиболее распространённых и актуальных для населения нашей страны. Портативность, компактность амплификатора, а также возможность длительной автономной работы с питанием от внешнего аккумулятора позволяют говорить об актуальности его использования в прикроватной диагностике и, что наиболее значимо, в полевых условиях. Не вызывает сомнения перспектива использования представленного способа диагностики в сфере контроля распространения инфекционных заболеваний среди населения России

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (проект № 20-75-10144).

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Благодарности**

Авторы выражают благодарность врачу клинической лабораторной диагностики, Худжадзе Русудан Тамазовне за помощь в проведении анализов по диагностике SARS-CoV-2.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Wallace E., Hendrickson D., Tolli N. et al. Culturing Mycobacteria // *Methods Mol. Biol.* 2021. Vol. 2314. P. 1—58.
- Kontos F., Maniati M., Costopoulos C. et al. Evaluation of the fully automated Bactec MGIT 960 system for the susceptibility testing of Mycobacterium tuberculosis to first-line drugs: a multicenter study // *J. Microbiol. Methods.* 2004. Vol. 56, N 2. P. 291—294.
- Iwamoto T., Sonobe T., Hayashi K. Loop-mediated isothermal amplification for direct detection of Mycobacterium tuberculosis complex, M. avium, and M. intracellulare in sputum samples // *J. Clin. Microbiol.* 2003. Vol. 41, N 6. P. 2616—2622. DOI: 10.1128/JCM.41.6.2616—2622.2003
- Boehme C. C., Nabeta P., Henostroza G. et al. Operational feasibility of using loop-mediated isothermal amplification for diagnosis of pulmonary tuberculosis in microscopy centers of developing countries // *J. Clin. Microbiol.* 2007. Vol. 45, N 6. P. 1936—1940. DOI: 10.1128/JCM.02352—06
- Gopalaswamy R., Subbian S. Corticosteroids for COVID-19 therapy: potential implications on tuberculosis // *Int. J. Mol. Sci.* 2021;22(7):3773. DOI: 10.3390/ijms22073773
- Kalnina L., Mateu-Regué À., Oerum S. et al. A simple, safe and sensitive method for SARS-CoV-2 inactivation and RNA extraction for RT-qPCR // *APMIS.* 2021;129(7):393—400. DOI: 10.1111/apm.13123
- Lagopati N., Tsioli P., Mourkioti I. et al. Sample pooling strategies for SARS-CoV-2 detection. *J. Virol. Methods.* 2021;289:114044. DOI: 10.1016/j.jviromet.2020.114044
- Augustine R., Hasan A., Das S. et al. Loop-mediated isothermal amplification (LAMP): a rapid, sensitive, specific, and cost-effective point-of-care test for coronaviruses in the context of COVID-19 pandemic // *Biology (Basel).* 2020;9(8):182. DOI: 10.3390/biology9080182
- Sharma G., Tewari R., Dhatwalia S. K. et al. A loop-mediated isothermal amplification assay for the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Lett. Appl. Microbiol.* 2019;68(3):219—225. DOI: 10.1111/lam.13115

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

**REFERENCES**

- Wallace E., Hendrickson D., Tolli N. et al. Culturing Mycobacteria. *Methods Mol. Biol.* 2021;2314:1—58.
- Kontos F., Maniati M., Costopoulos C. et al. Evaluation of the fully automated Bactec MGIT 960 system for the susceptibility testing of Mycobacterium tuberculosis to first-line drugs: a multicenter study. *J. Microbiol. Methods.* 2004;56(2):291—294.
- Iwamoto T., Sonobe T., Hayashi K. Loop-mediated isothermal amplification for direct detection of Mycobacterium tuberculosis complex, M. avium, and M. intracellulare in sputum samples. *J. Clin. Microbiol.* 2003;41(6):2616—2622. DOI: 10.1128/JCM.41.6.2616—2622.2003
- Boehme C. C., Nabeta P., Henostroza G. et al. Operational feasibility of using loop-mediated isothermal amplification for diagnosis of pulmonary tuberculosis in microscopy centers of developing countries. *J. Clin. Microbiol.* 2007;45(6):1936—1940. DOI: 10.1128/JCM.02352—06
- Gopalaswamy R., Subbian S. Corticosteroids for COVID-19 therapy: potential implications on tuberculosis. *Int. J. Mol. Sci.* 2021;22(7):3773. DOI: 10.3390/ijms22073773
- Kalnina L., Mateu-Regué À., Oerum S. et al. A simple, safe and sensitive method for SARS-CoV-2 inactivation and RNA extraction for RT-qPCR. *APMIS.* 2021;129(7):393—400. DOI: 10.1111/apm.13123
- Lagopati N., Tsioli P., Mourkioti I. et al. Sample pooling strategies for SARS-CoV-2 detection. *J. Virol. Methods.* 2021;289:114044. DOI: 10.1016/j.jviromet.2020.114044
- Augustine R., Hasan A., Das S. et al. Loop-mediated isothermal amplification (LAMP): a rapid, sensitive, specific, and cost-effective point-of-care test for coronaviruses in the context of COVID-19 pandemic. *Biology (Basel).* 2020;9(8):182. DOI: 10.3390/biology9080182
- Sharma G., Tewari R., Dhatwalia S. K. et al. A loop-mediated isothermal amplification assay for the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Lett. Appl. Microbiol.* 2019;68(3):219—225. DOI: 10.1111/lam.13115

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 614.2

**Мингазова Э. Н.<sup>1,2,3</sup>, Бушуева Э. В.<sup>4</sup>, Дианова Т. И.<sup>4</sup>, Иванова О. Н.<sup>4</sup>, Петров А. Г.<sup>4</sup>, Мингазов Р. Н.<sup>1,5</sup>****ОСНОВНЫЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, В ДИНАМИКЕ 137 ЛЕТ**<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия;<sup>3</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна», 123098, Москва, Россия;<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова», 428017, Чебоксары, Россия;<sup>5</sup>ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

*Антропометрические исследования, проводившиеся в 1884, 1928, 1946, 1965 и 1999 гг. по изучению особенностей роста-весовых показателей детей, проживавших на территории современной Чувашии, отчасти отразили влияние условий жизни детей в определенные исторические периоды развития страны: революций, Гражданской и Великой Отечественной войн, послевоенной стабилизации, «перестройки». За последний 22-летний период, с 1999 по 2021 г., отмечается наибольшее увеличение темпов роста показателей физического развития детей и подростков, что рассматривается как положительный тренд, проявление продолжающихся процессов акселерации. У современных детей физиологические ростовые скачки по сравнению с их сверстниками 1884, 1930 и 1999 гг. происходят раньше — в препубертатном периоде.*

**Ключевые слова:** физическое развитие; антропометрические показатели; рост; вес; дети; детское и подростковое население; физиологические скачки роста

**Для цитирования:** Мингазова Э. Н., Бушуева Э. В., Дианова Т. И., Иванова О. Н., Петров А. Г., Мингазов Р. Н. Основные антропометрические показатели детей и подростков, проживающих на территории Чувашской Республики, в динамике 137 лет. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1): 852—856. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-852-856>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Mingazova E. N.<sup>1,2,3</sup>, Bushuyeva E. V.<sup>4</sup>, Dianova T. I.<sup>4</sup>, Ivanova O. N.<sup>4</sup>, Petrov A. G.<sup>4</sup>, Mingazov R. N.<sup>1,5</sup>****MAIN ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS LIVING IN THE CHUVASH REPUBLIC IN THE DYNAMICS OF 137 YEARS**<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;<sup>2</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia;<sup>3</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, 123098, Moscow, Russia;<sup>4</sup>Chuvash State University named after I. N. Ulyanov, 428015, Cheboksary, Russia;<sup>5</sup>Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia

*Anthropometric studies conducted in 1884, 1928, 1946, 1965 and 1999 to study the characteristics of growth and weight indicators of children living in the territory of modern Chuvashia, partly reflected the influence of the living conditions of children in certain historical periods of the country's development: revolutions, civil and domestic wars, post-war stabilization, «perestroika». Over the last 22-year period, from 1999 to 2021, there has been the largest increase in the growth rate of indicators of the physical development of children and adolescents, which is considered as a positive trend, a manifestation of ongoing acceleration processes. It was revealed that in modern children, physiological growth jumps in comparison with their peers in 1884, 1930, and 1999 occur earlier — in the prepubertal period.*

**Keywords:** physical development; anthropometric indicators; height; weight; children; children and adolescents; physiological growth spurts

**For citation:** Mingazova E. N., Bushuyeva E. V., Dianova T. I., Ivanova O. N., Petrov A. G., Mingazov R. N. Main anthropometric indicators of children and adolescents living in the Chuvash Republic in the dynamics of 137 years. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):852–856 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-852-856>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Введение**

Физическое развитие детей — один из основных критериев оценки состояния здоровья детской популяции, отражающий влияние на морфофункциональные показатели различных негативных и позитивных эндо- и экзогенных факторов [1, 2]. Еще в середине XX в. ученые НИИ общественного здоро-

вья им. Н. А. Семашко и НИИ гигиены детей и подростков Г. Н. Сербюковская, Т. М. Максимова, С. М. Громбах и др. в своих исследованиях доказали необходимость изучения физического развития детских популяций как показателя, сопоставимого с другими объективными критериями состояния здоровья детского и подросткового населения, с характеристиками социально-гигиенического, санитар-

## Вопросы общественного здоровья

но-эпидемиологического, социально-экономического развития региона проживания обследуемых детей [3—5].

**Целью** исследования явилось определение особенностей основных антропометрических показателей физического развития детей и подростков Чувашской Республики (ЧР) в динамике последних 137 лет.

### Материалы и методы

Проведен анализ данных научной литературы об особенностях антропометрических показателей детей, проживающих в прошлом на территории современной ЧР. В частности, учитывались результаты исследований Н. Н. Емельяновой, представленные в ее диссертационной работе, отражающие динамику показателей физического развития детей ЧР с 1984 г. по 1999 г. [6]. В основу исследований вошли также результаты собственных научных исследований по определению показателей физического развития детей и подростков ЧР за последние 22 года. Так, в 2021 г. было проведено сплошное когортное одномоментное исследование с определением антропометрических показателей более 25 000 детей и подростков в возрасте 7—17 лет, отнесенных к 1 и 2 группам здоровья. Измерения осуществляли во время профилактических осмотров детей в рамках диспансеризации в школах ЧР. Кроме того, проводилась выкопировка данных из амбулаторных карт детских поликлиник. Полученные результаты прошли математическую обработку с применением описательной статистики и  $\chi^2$ -распределения.

### Результаты и обсуждение

В 1879 г. Ф. Ф. Эрисман впервые в России начал изучение физического развития населения, описав антропометрические особенности детей и подростков разного возраста в поселке Глухово Московской области, определив зависимость данного показателя состояния здоровья от условий труда, быта, профессии и социальной принадлежности [7]. В 1884 г. И. А. Благовидов провел антропометрические исследования лиц мужского пола 8—20 лет трех национальностей (мордвы, татар и чувашей) на территории современной ЧР. В дальнейшем популяционные исследования по изучению показателей физического развития детей ЧР проводились в 1928 г. М. Е. Ефимовым, в 1946 г. В. П. Петровой, в 1965 г. Л. И. Цветковой, в 1999 г. Н. Н. Емельяновой. В научных работах были представлены региональные особенности физического развития, проанализированы временные тенденции в изменениях ростовых показателей.

В 2007 г. службами здравоохранения различных стран рекомендации ВОЗ<sup>1</sup> были приняты как норматив для оценки физического развития детей и подростков. Сотрудники ФГБУ «Национальный ме-

дицинский исследовательский центр эндокринологии» в 2017 г. подготовили методические рекомендации «Оценка физического развития детей и подростков», которые дублировали нормативы ВОЗ [8]. Вместе с тем многие авторы приводят доказательства необходимости использования для более точной оценки региональных стандартов физического развития детей и подростков, отражающих специфику морфофункциональных особенностей детей страны [9—11]. Специфика антропометрических характеристик сохраняется даже на фоне долговременных межпоколенных изменений, а своеобразие телосложения, размеров и состава тела проявляется на всех этапах онтогенеза — от новорожденности до взрослого возраста [12].

В январе 2018 г. вступил в силу Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», который предполагает в ходе профилактического осмотра оценивать физическое развитие ребенка как нормальное либо с нарушениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкая длина тела, высокая длина тела). В 2019 г. нами были разработаны «Стандарты физического развития детей дошкольного и школьного возраста (3—17 лет) г. Чебоксары», в 2021 г. — «Стандарты физического развития детей и подростков школьного возраста (7—17 лет) Чувашской Республики» [13].

В результате анализа определено, что И. А. Благовидов в своих исследованиях 1884 г. показал низкий рост чувашских детей по сравнению с данными детей других народностей и связывал это отставание с ранним непосильным трудом, нищетой, полуголодным существованием и антисанитарными условиями. В 1928—1930 гг. М. Е. Ефимов описал положительные сдвиги в ростовых показателях детей по сравнению с аналогичными данными 1884 г. Однако автор определил уменьшение показателей массы тела детей, что считал закономерным, т. к. большинство обследованных детей родились в период с 1884 по 1930 г. и их детство выпало на годы потрясений, связанных с революциями, Первой мировой и Гражданской войнами.

В 1946 г., в тяжелое послевоенное время, Е. П. Петрова изучала физическое развитие детей ЧР и показала в своих исследованиях, что Великая Отечественная война существенно снизила темпы роста показателей длины и массы детей, наблюдаемые в довоенное время. Последующие 1950—1980-е гг. определялись как время послевоенной стабилизации и улучшения социально-бытовых условий жизни населения всей страны, в том числе ЧР. Именно в этот период Л. И. Цветкова описала в своих работах пик акселерации, непрерывное увеличение показателей длины и массы тела детей ЧР. Подобные положительные изменения, по данным многочисленных авторов, происходили практически во всех регионах страны.

Комплексную работу по изучению физического развития чувашских детей и подростков провела Н. Н. Емельянова, которая в 1999 г. описала стагна-

<sup>1</sup> WHO child growth standards: training course on child growth assessment. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241595070>

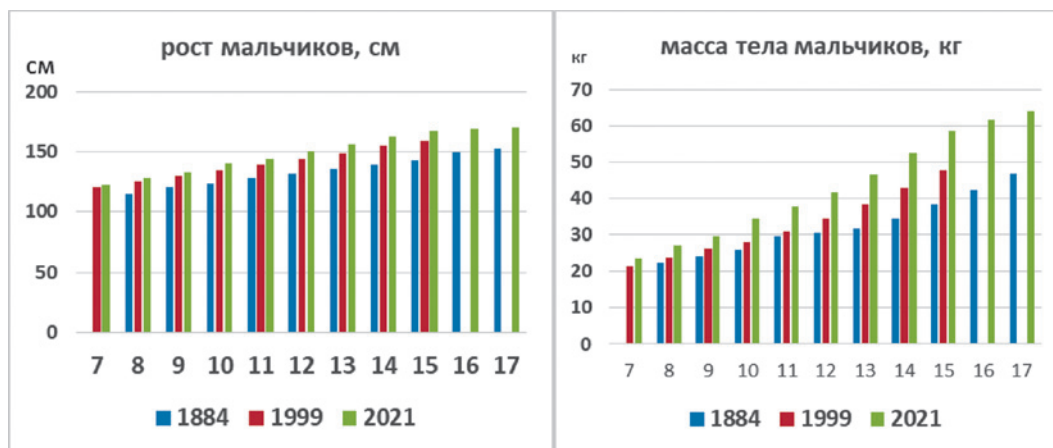


Рис. 1. Динамика основных антропометрических показателей мальчиков ЧР за 137 лет.

цию показателей роста и веса детей, наблюдаемую в 1990-х гг. во всех возрастно-половых группах, и связывала ее с ухудшением характера питания населения, изменениями в образе жизни детей (высокие учебные нагрузки, низкая двигательная активность, высокая распространенность вредных привычек и социальные потрясения перестроечного периода).

Динамика основных показателей физического развития мальчиков разных возрастных групп за 137 лет (с 1884 по 2021 г.) представлена на рис. 1.

Как видно, с 1884 по 2021 г. показатели роста и массы тела мальчиков существенно и неуклонно увеличились в каждой возрастной группе.

Изучение физического развития девочек проводилось с 1930 г. На рис. 2 представлены изменения в росто-весовых показателях девочек за 91 год — с 1930 по 2021 г., при этом также отмечается динамичное неуклонное возрастание их значений.

За 1999—2021 гг. отмечается наибольшее увеличение темпов нарастания показателей физического развития детей и подростков, что рассматривается как положительный тренд, проявление продолжающихся процессов акселерации. При этом наибольшие темпы роста отмечаются в пубертатном возрасте мальчиков (в 14 лет прибавка в росте составила

7,2 см; в 15 лет — 8,3 см;  $p < 0,001$ ), масса тела мальчиков увеличилась аналогично росту с наибольшими прибавками в этом же возрасте на 9,6 и 10,7 кг соответственно ( $p < 0,001$ ). Максимальные скачки роста у девочек в 2021 г. произошли на 1—2 года раньше, чем у мальчиков, — в 7, 9—10 и 12—13 лет (рис. 3).

Для сравнения — у девочек в 1930 г. второй росто-вой скачок происходил в 13—14 лет, в 1999 г. — на 2 года раньше, чем у мальчиков, в 10—11 лет. В 1884 г. скачки роста у мальчиков наблюдались в 8—9 и 15—16 лет, в 1999 г. отмечается относительно равномерное увеличение показателей роста с небольшим его скачком в 10—11 лет и более выраженным в 13—14 лет. Динамика роста мальчиков в 2021 г. имеет выраженные скачки в 7—8, 9—10, 11—12 лет и меньшие скачки в 14—15 лет. Это свидетельствует о более раннем скачке роста в препубертате у современных мальчиков. У девочек в 1930 г. второй росто-вой скачок происходил в 13—14 лет, в 1999 г. — на 2 года раньше, чем у мальчиков, в 10—11 лет. Максимальный скачок роста у девочек в 2021 г. наблюдался в 9—10 лет, менее значительный — в 12—13 лет. Стоит отметить, что у современных детей росто-вые скачки по сравнению со

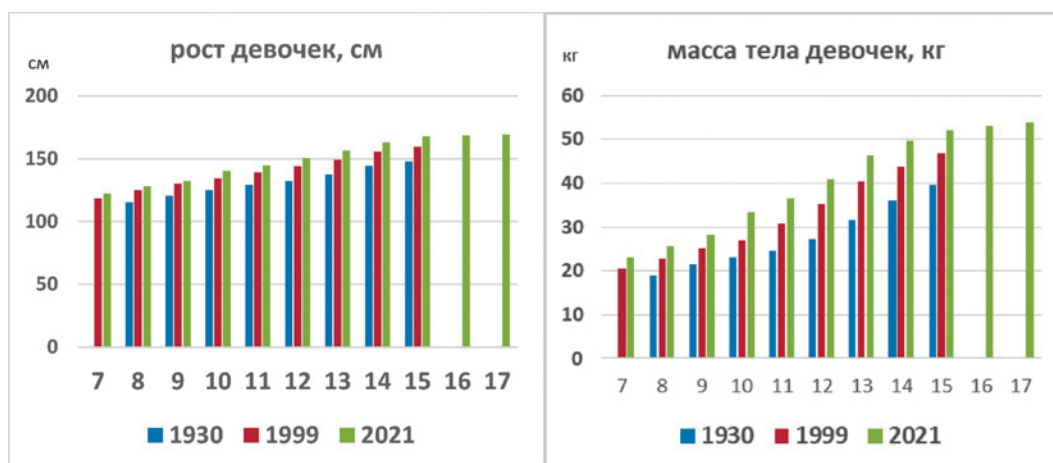


Рис. 2. Динамика основных антропометрических показателей девочек ЧР за 91 год.



Рис. 3. Динамика ежегодных прибавок роста и массы тела у мальчиков и девочек ЧР.

сверстниками в 1884, 1930 и 1999 гг. происходят раньше — в препубертатном периоде, а с 15 лет у девушек и юношей резко замедляются ростовые процессы, что не наблюдалось у мальчиков в исследованиях, проведенных в предыдущие годы.

По нарастанию массы тела у мальчиков в 1884 г. наблюдался скачок в 10—11 лет, т. е. сразу после периода интенсивного роста с последующим резким увеличением показателя в 14—15 лет. У девочек также наблюдаются скачки показателей массы тела, которые проявлялись на 2 года раньше, чем у мальчиков, — в 8—9 и 12—13 лет. В 1999 г. ежегодная прибавка массы тела была более равномерной с максимальным темпом увеличения в 13—14 лет. Следует отметить, что в исследованиях выделялись дети 9—10 лет — как мальчики, так и девочки — с относительно низкой прибавкой массы и роста тела, рожденные в 1990-е гг., в перестроечный период в истории нашей страны.

В 2021 г. показатели массы тела мальчиков имели тенденцию к относительно равномерному повышению и значительным темпам прибавки в 7—8 и 9—10 лет, совпадающим со скачком роста в предыдущих изучаемых периодах. Максимальные темпы увеличения показателей массы тела девочек наблюдались в 9—10 и 12—13 лет, в эти же возрастные периоды наблюдались скачки показателей роста девочек. В сравнительном анализе у девочек после 13 лет отмечается снижение показателей темпов нараста-

ния массы тела по сравнению с показателями их сверстниц в предыдущих анализируемых нами исследованиях.

### Выводы

Антропометрические исследования, проведенные в 1884, 1928, 1946, 1965 и 1999 гг., по изучению особенностей роста-весовых показателей детей, проживавших на территории современной Чувашии, отчасти отразили влияние условий жизни детей в определенные исторические периоды развития страны. За последний 22 лет, с 1999 по 2021 г., отмечается наибольшее увеличение темпов роста показателей физического развития детей и подростков, что рассматривается как положительный тренд, проявление продолжающихся процессов акселерации.

При этом наибольшие темпы роста показателей длины тела отмечаются в пубертатном возрасте мальчиков (в 14 лет прибавка в росте составила 7,2 см, в 15 лет — 8,3 см;  $p < 0,001$ ), масса тела мальчиков увеличилась аналогично длине тела с наибольшими прибавками в этом же возрасте на 9,6 и 10,7 кг соответственно ( $p < 0,001$ ).

Максимальный скачок роста у девочек в 2021 г. наблюдался в 9—10 лет, менее значительный — в 12—13 лет. Выявлено, что у современных детей ростовые скачки по сравнению со сверстниками в 1884, 1930, и 1999 гг. происходят раньше — в препу-



бертатном периоде, а с 15 лет у девушек и юношей резко замедляются ростовые процессы, что не наблюдалось у мальчиков в исследованиях, проведенных в предыдущие годы. Следует отметить, что в исследованиях выделялись мальчики и девочки 9—10 лет с относительно низкой прибавкой массы и роста тела, рожденные в 1990-е гг., в перестроечный период в истории нашей страны.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Руднев В. А. Особенности физического развития подростков // Российский педиатрический журнал. 2023. Т. 23, № S1. С. 42—43.
2. Мингазова Э. Н., Амиров Н. Х., Яруллин А. Х., Муртазин И. Г. Репродуктивное здоровье девушек-учащихся общеобразовательных учреждений. Казань; 2004. 199 с.
3. Зиятдинов А. И., Мингазова Э. Н. Разработка стандартов физического развития студентов-медиков на основе исторически сложившихся традиций в регионе // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 6. С. 630.
4. Баранов А. А., Кучма В. Р., Скоблина Н. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. М.; 2008. 216 с.
5. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н. Физическое развитие детей как основной показатель состояния здоровья и критерий эффективности медико-социального обеспечения // Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе. Материалы XIV Российского конгресса. Казань; 2017. С. 92—93.
6. Емельянова Н. Н. Динамика роста и развития сельских школьников чувашей на рубеже XX и XXI столетий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород; 2001. 26 с.
7. Кучма В. Р., Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю., Бокарева Н. А. История изучения физического развития детей и подростков в гигиене (к 50-летию выхода первого сборника материалов по физическому развитию детей и подростков городов и сельских местностей СССР) // Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации. 2013. № 6. С. 9—16.
8. Петеркова В. А., Нагаева Е. В., Ширяева Т. Ю. Оценка физического развития детей и подростков. Методические рекомендации. М.; 2017. 94 с.
9. Козлов А. И., Вершубская Г. Г. Антропометрические показатели физического развития и пищевого статуса в практике отечественной гигиены // Вопросы питания. 2019. Т. 88, № 5. С. 5—16.
10. Латышевская Н. И., Давыденко Л. А., Шестопалова Е. Л. и др. Характеристика антропометрических и физиометрических показателей школьников Волгограда в динамике (1976—2018 годы) // Гигиена и санитария. 2021. Т. 100, № 2. С. 135—141.
11. Антонова А. А., Сагитова Г. Р., Яманова Г. А., Середа В. М. Оценка физического развития детей и подростков г. Астрахани, как необходимость создания региональных стандартов // Астраханский медицинский журнал. 2022. Т. 17, № 4. С. 47—57.
12. Бушуева Э. В., Лебедева О. Н., Дианова Т. И. Антропометрические показатели детей в зависимости от массы тела при рождении // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5, № 1. С. 93.
13. Мингазова Э. Н., Никитюк Д. Б., Бушуева Э. В. и др. Стандарты физического развития детей и подростков школьного возраста (7—17 лет) Чувашской Республики. М.; 2022. 40 с.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Rudnev V. A. Features of the physical development of adolescents. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2023;23(S1):42—43. (In Russ.)
2. Mingazova E. N., Amirov N. Kh., Yarullin A. Kh., Murtazin I. G. Reproductive health of girls-students of educational institutions. Kazan; 2004. 199 p. (In Russ.)
3. Ziatdinov A. I., Mingazova E. N. Development of standards for the physical development of medical students based on historical traditions in the region. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;(6):630. (In Russ.)
4. Baranov A. A., Kuchma V. R., Skoblina N. A. Physical development of children and adolescents at the turn of the millennium. Moscow; 2008. 216 p. (In Russ.)
5. Khabriev R. U., Mingazova E. N. The physical development of children as the main indicator of the state of health and a criterion for the effectiveness of medical and social security. In: *Pediatrics and pediatric surgery in the Volga Federal District. Materials of the XIV Russian Congress*. Kazan; 2017;92—93. (In Russ.)
6. Emelyanova N. N. Dynamics of growth and development of rural Chuvash schoolchildren at the turn of the 20th and 21st centuries: Abstract of the thesis. ... Cand. Sci. Med. Nizhny Novgorod; 2001. 26 p. (In Russ.)
7. Kuchma V. R., Skoblina N. A., Milushkina O. Yu., Bokareva N. A. The history of the study of the physical development of children and adolescents in hygiene (to the 50<sup>th</sup> anniversary of the publication of the first collection of materials on the physical development of children and adolescents in cities and rural areas of the USSR). *Fizicheskoye razvitiye detey i podrostkov Rossiyskoy Federatsii*. 2013;(6):9—16. (In Russ.)
8. Peterkova V. A., Nagaeva E. V., Shiryaeva T. Y. Assessment of the physical development of children and adolescents. Guidelines. Moscow; 2017. 94 p. (In Russ.)
9. Kozlov A. I., Vershubskaya G. G. Anthropometric indicators of physical development and nutritional status in the practice of domestic hygiene. *Voprosy pitaniya*. 2019;88(5):5—16. (In Russ.)
10. Latshevskaya N. I., Davydenko L. A., Shestopalova E. L. et al. Characteristics of anthropometric and physiometric indicators of Volgograd schoolchildren in dynamics (1976—2018). *Gigiyena i sanitariya*. 2021;100(2):135—141. (In Russ.)
11. Antonova A. A., Sagitova G. R., Yamanova G. A., Sereda V. M. Assessment of the physical development of children and adolescents in Astrakhan, as the need to create regional standards. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2022;17(4):47—57. (In Russ.)
12. Bushueva E. V., Lebedeva O. N., Dianova T. I. Anthropometric indicators of children depending on body weight at birth. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2006;5(1):93. (In Russ.)
13. Mingazova E. N., Nikityuk D. B., Bushueva E. V. et al. Standards for the physical development of children and adolescents of school age (7—17 years old) of the Chuvash Republic, Moscow; 2022. 40 p. (In Russ.)



Исаенкова Е. А.<sup>1</sup>, Сон И. М.<sup>2</sup>

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗМЕРЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ИНСТРУМЕНТОВ QFD

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, Воронеж, Россия;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, Москва, Россия

Одним из направлений по повышению эффективности деятельности медицинских организаций региона является развитие управленческого инструментария совершенствования качества медицинских услуг (МУ). Цель исследования заключается в разработке подхода к совершенствованию качества МУ на основе результатов измерения удовлетворенности качеством МУ пациентами, обоснование критериев удовлетворенности, влияющих на медико-технологические характеристики качества услуг, обоснование и выбор соответствующих корректирующих мероприятий.

Измерение удовлетворенности пациентов качеством МУ осуществляется в ходе медико-социологического исследования. Результаты измерения получены путем статистической обработки с использованием программного комплекса.

Для определения мероприятий по совершенствованию качества МУ кардиологического профиля использовались результаты изменения удовлетворенности пациентов в соответствии с методикой развертывания функций качества, которая заключается в реализации ряда шагов, обеспечивающих определение минимального набора дополнительных требований к МУ с целью удовлетворения требований пациентов. Такая методика поддерживается специализированным программным обеспечением.

Реализация предложенного подхода дает возможность сформировать инструменты, направленные на создание информационной модели МУ, и обеспечить востребованное пациентами изменение качества МУ.

**Ключевые слова:** качество медицинских услуг; измерение удовлетворенности пациентов; функция развертывания качества; корректирующие мероприятия.

**Для цитирования:** Исаенкова Е. А., Сон И. М. Совершенствование характеристик качества медицинских услуг на основе результатов измерения удовлетворенности пациентов и инструментов QFD. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):857–861. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-857-861>

**Для корреспонденции:** Исаенкова Евгения Александровна; e-mail: [isaenkova84@mail.ru](mailto:isaenkova84@mail.ru)

Isaenkova E. A.<sup>1</sup>, Son I. M.<sup>2</sup>

## IMPROVEMENT OF QUALITY CHARACTERISTICS OF MEDICAL SERVICES BASED ON PATIENT SATISFACTION MEASUREMENT RESULTS AND QFD TOOLS

<sup>1</sup>Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, 394036, Voronezh, Russia;

<sup>2</sup>Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, 125993, Moscow, Russia

One of the directions to increase the effectiveness of medical organizations in the region is the development of managerial tools for improving the quality of medical services.

The aim of the study is to develop an approach to improving the quality of medical services based on the results of measuring patient satisfaction with the quality of medical services, mapping satisfaction criteria to medical and technological characteristics of the quality of services, substantiation and selection of appropriate corrective measures.

The method of measuring patient satisfaction with the quality of the provided medical service and the method of deploying quality functions ensuring transformation of patient needs and expectations into characteristics of service quality were used. The measurement of patients' satisfaction with the quality of medical services is carried out during medical and sociological research. The measurement results are obtained by statistical processing using a software set.

To determine measures to improve the quality of cardiological services, the results of changing patient satisfaction were used in accordance with the method of deploying quality functions, which consists in implementing a number of steps that ensure the determination of a minimum set of additional requirements for medical services in order to meet the requirements of patients. This technique is supported by specialized software.

Implementation of the proposed approach makes it possible to form tools aimed at creating an information model of medical services and ensure the change in the quality of such services demanded by patients.

**Keywords:** quality of medical services; measuring patient satisfaction; Quality Function Deployment; corrective actions

**For citation:** Isaenkova E. A., Son I. M. Improving quality characteristics of medical services based on patient satisfaction measurement results and QFD tools. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1): 857–861 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-857-861>

**For correspondence:** Evgenia A. Isaenkova; e-mail: [isaenkova84@mail.ru](mailto:isaenkova84@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

### Введение

Вопросы улучшения качества и безопасности медицинских услуг (МУ) являются значимыми в сис-

теме управления региональным здравоохранением. Это обусловлено как ухудшением демографических показателей и показателей здоровья населения, так и повышением ожиданий пациентов, связанных с

появлением в средствах массовой информации публикаций, посвященных вопросам качества медицинской помощи.

В условиях развития системы управления качеством оказания МУ становятся актуальными вопросы совершенствования инструментов и методов управления качеством, в частности использования одной из ее составляющих — обратной связи от получателей МУ. Величина обратной связи определяется путем измерения удовлетворенности пациентов качеством оказанных МУ, а результаты измерения являются входными данными формализованной процедуры развертывания функций качества.

**Целью** исследования является разработка подхода к совершенствованию качества МУ на основе результатов измерения удовлетворенности их качеством пациентами, получивших МУ в стационарных условиях, обоснование критериев удовлетворенности, влияющих на те или иные медико-технологические характеристики качества МУ, и выбор соответствующих корректирующих мероприятий.

### Материалы и методы

Использована методика комплексной оценки удовлетворенности пациентов качеством МУ в стационарах, основанная на пятиступенчатой модели качества услуги (Gar-модель). Ожидания и потребности пациентов в МУ оценивали в рамках медико-социологического исследования с применением методики измерения значений удовлетворенности пациентов качеством оказанных МУ — SERVQUAL («Service Quality» или «качество услуги») [1, 2]. Данная методика представлена в ГОСТ Р 59362—2021 «Услуги населению. Методики измерения качества услуг». В медико-социологическом опросе приняли участие 418 человек, получивших МУ в стационарных условиях районной больницы Воронежской области.

Разработанная анкета состояла из 3 разделов:

- 1) социально-демографическая характеристика пациента;
- 2) вопросы по аспектам, отражающим его ожидания относительно уровня качества МУ до момента их получения;
- 3) вопросы по аспектам, отражающим его восприятие относительно уровня качества полученных МУ.

Разделы 2 и 3 анкеты содержали по 22 вопроса. Ответы на вопросы оценивали по 5-балльной шкале Лайкерта. По каждому пункту анкеты рассчитывали показатель оценки качества МУ путем вычитания

значений уровня ожиданий из полученных значений уровня восприятий пациентов по следующим критериям: «Материальность», «Надежность», «Отзывчивость», «Убедительность», «Сочувствие». Были опрошены пациенты

Данные, собранные в ходе анкетирования, анализировали в рамках Gar-модели, по которой были определены 5 интегральных индикаторов разрывов восприятия—ожидания пациентов. Статистическую обработку проводили с использованием программного комплекса «SPSS Statistics v. 24» [7].

Для лучшего понимания организаторами здравоохранения ожиданий пациентов и перевода этих ожиданий в соответствующие характеристики МУ использована методика развертывания функции качества (Quality function deployment; QFD) [3, 4]. Инструменты QFD позволяют идентифицировать требования потребителя и затем перевести их в медико-технологические характеристики услуг путем последовательного заполнения группой экспертов медицинской организации серии логически связанных таблиц и специальных матриц.

На основе интеграции методов SERVQUAL и QFD осуществляется информационная поддержка управленческих решений руководства медицинской организации. При этом полученные результаты медико-социологического исследования удовлетворенности пациентов используются для определения минимального набора медико-технологических требований медицинской организации и выбора корректирующих мероприятий, реализация которых обеспечит повышение удовлетворенности пациентов.

В рамках организационного эксперимента проведена оценка результативности выбранных корректирующих мероприятий, направленных на совершенствование качества МУ. В медико-социологическом опросе после внедрения усовершенствований участвовали 96 пациентов.

### Результаты

Получены результаты медико-социологического исследования пациентов по методике SERVQUAL [5, 6].

После анкетирования пациентов районной больницы и обработки результатов был сформирован список требований к качеству МУ (табл. 1).

Затем, в рамках интеграции методики SERVQUAL с методикой QFD, результаты анкетирования были использованы для определения мероприятий по совершенствованию качества МУ кар-

Таблица 1

Статистические показатели восприятия и ожидания, сгруппированные по критериям (n = 418)

Критерий	Восприятие	Ожидание	Средняя разность (95% доверительный интервал)	t-тест
Материальность	3,9647 ± 0,506	3,9498 ± 0,366	0,01495 (—0,0581; 0,0880)	0,402
Надежность	4,111 ± 0,498	4,0148 ± 0,366	0,09617 (0,0184; 0,1740)	2,430
Отзывчивость	4,1962 ± 0,512	3,8792 ± 0,53	0,31699 (0,2238; 0,4102)	6,683
Уверенность	4,2105 ± 0,511	4,0789 ± 0,406	0,13158 (0,0460; 0,2172)	3,022
Сочувствие	4,1756 ± 0,44	3,8885 ± 0,39	0,28708 (0,2080; 0,3661)	7,138

Таблица 2

**Перечень корректирующих мероприятий с установленным рейтингом важности для районной больницы**

Корректирующие мероприятия	Рейтинг
1. Контроль за состоянием поддерживающих систем и средств эксплуатации (информационные системы, система безопасности, отопление и охлаждения)	3
2. Обеспечение реализации необходимых планов поддержки здоровой среды	5
3. Существование прозрачной организационной структуры, в которой все обязанности и права определены	3
4. Систематический обзор правил, руководящих принципов и политики больницы	3
5. Стандарты обслуживания в любое время дня и во все дни недели (как в праздничные, так и в рабочие дни)	2
6. Непрерывные услуги для пациентов даже в конце каждой смены	3
7. Предоставление экстренной медицинской помощи	1
8. Создание защищенной системы для записи, хранения и поиска информации о пациентах	1
9. Определение требований и критериев для доступа к информации о пациентах	3
10. Предоставление вспомогательных услуг: радиология, лабораторные, фармацевтические услуги и банк крови	2
11. Наблюдение за работой медсестры и оценка ее деятельности врачом	4
12. Предоставление необходимых программ обучения для медсестер	3
13. Альтернативная реализация оценки эффективности сотрудников и соблюдение ими обязанностей	2
14. Предоставление необходимых учебных программ для расширения возможностей сотрудников	5
15. Информирование пациентов о диагнозе с возможными исходами и рисками	2

диалогического профиля. Применение результатов изменения удовлетворенности пациентов к методике QFD заключалось в реализации ряда шагов, обеспечивающих определение минимального набора дополнительных требований к МУ с целью удовлетворения различных требований пациентов. Процедура перевода потребности пациента («whats») в средства достижения в медицинской организации («hows») заключается в установлении экспертным путем тесноты связей между перечнями требований к МУ и ее характеристиками. Для этого используются матричные диаграммы связей, представленные как таблицы качества. В результате формируется так называемый «Дом качества», позволяющий сформировать оптимальный набор корректирующих мероприятий для повышения качества больничных услуг в условиях бюджетных ограничений. В ходе построения «Дома качества» использовалось специализированное программное обеспечение «MiniTAB Quality Companion» [3].

Проведен анализ возможных корректирующих мероприятий с учетом того, что они должны быть измеримыми, что имеется возможность контролировать достижение установленных целей. Затем устанавливается рейтинг важности каждого выбранного мероприятия. Перечень выбранных корректирующих мероприятий приведен в табл. 2.

На заключительном этапе процедуры развертывания функции качества осуществляется соответствии перечня требований пациентов с корректирующими мероприятиями. Для этого экспертным путем устанавливается теснота связей между перечнем

требований и мероприятий путем формирования матричных диаграмм связей «Требование → Мероприятие». Формализация связей осуществляется экспертами с применением таких лингвистических переменных, как «сильная связь», «средняя связь» и «слабая связь».

После выбора надлежащих корректирующих мероприятий, направленных на сохранение уровня и повышение удовлетворенности пациентов, была поставлена задача оценить их результативность. Для этого выполняются следующие шаги:

- фиксирование показателей качества исходного уровня;
- определение набора корректирующих мероприятий;
- внедрение этих мероприятий в деятельность медицинской организации;
- измерение удовлетворенности пациентов, пролечившихся в условиях организационного эксперимента;
- сравнительный анализ полученных результатов с исходными показателями.

Базой такого организационного эксперимента явилась районная больница, в которой ранее проводилось медико-социологическое исследование. Для оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи с учетом ожиданий клиента и восприятия услуги используется модель SERVQUAL. Удовлетворенность пациентов качеством услуг моделируется как функция разности между восприятием и ожиданием. Анкетирование проводилось с использованием подтвердившей свою надежность анкеты в рамках метода SERVQUAL. Критерии удовлетворенности пациентов после проведения организационного эксперимента, полученные при анкетировании пролеченных в этой медицинской организации лиц, и статистический анализ результатов представлены в табл. 3.

Значения показателей восприятия, измеренные до и после проведения организационного эксперимента в районной больнице, представлены на рисунке. Наибольшее различие получено по критерию «Материальность» — значение увеличилось на 0,13 балла. Большие оценки имеются по критериям «Уверенность» и «Надежность». Запланированные корректирующие мероприятия по критерию «Отзывчивость» не привели к ожидаемым результатам. В целом, общее количество баллов по критериям оценки после проведения организационного эксперимента (20,75) увеличилось по отношению к обще-

Таблица 3

**Оценки восприятия и ожидания при повторном измерении удовлетворенности пациентов качеством МУ в районной больнице (n = 96)**

Критерий	Восприятие	Ожидание
Материальность	4,0925	4,0133
Надежность	4,1371	3,9288
Отзывчивость	4,1706	3,9771
Уверенность	4,2255	3,9804
Сочувствие	4,1230	3,7639



Оценки восприятия по каждому критерию, полученные на начальном и заключительном этапах эксперимента.

му количеству баллов до начала эксперимента (20,66).

Используя оценочную шкалу результативности мероприятий, можно сделать вывод о том, что результаты организационного эксперимента следует считать положительными.

### Обсуждение

Отечественная практика измерения удовлетворенности заключается, в основном, в анализе данных проведенного медико-социологического исследования методами математической статистики, корреляционного анализа [8, 9]. В данном исследовании проведена более глубокая формализация результатов медико-социологического опроса пациентов, использована процедура развертывания функций качества для обоснования управленческих решений по совершенствованию качества МУ.

Предложенный подход к совершенствованию качества МУ позволяет изучить следующие аспекты:

- 1) чего хотят пациенты больницы;
- 2) каков тип потребностей пациентов;
- 3) какова степень важности требований пациентов;
- 4) каковы веса потребностей пациентов;
- 5) какие корректирующие действия необходимы для удовлетворения выявленных потребностей пациентов;
- 6) какова взаимосвязь между корректирующими мероприятиями и потребностями пациентов;
- 7) какова сметная стоимость реализации каждого выявленного корректирующего мероприятия.

Для этого проводятся:

- 1) оценка качества МУ путем измерения зависимости между ожиданием его получения и восприятием после их получения, измерение удовлетворенности по критериям методологии SERVQUAL;
- 2) оценка процесса оказания МУ с целью анализа направлений совершенствования качества медицинской помощи в медицинской организации;

3) разработка концепции и алгоритма оценки рациональной структуры организации, оказывающей МУ.

При этом решаются следующие задачи:

- 1) исследование зависимости между качеством МУ и ожиданиями пациентов, а также между качеством МУ и их восприятием пациентами, оцениваемой на основе методологии SERVQUAL;
- 2) определение коэффициента корреляции между качеством МУ и степенью важности критериев оценки качества;
- 3) измерение удовлетворенности пациентов качеством оказываемых МУ в стационаре;
- 4) совершенствование условий и процесса оказания медицинской помощи на основе результатов измерения удовлетворенности качеством как меры качества медицинского обслуживания в стационаре.

На практике конечной целью является обеспечение требований пациентов, их удовлетворенности, и повышение качества обслуживания. Применение метода QFD в предлагаемом подходе связано с определением характеристик МУ для удовлетворения требований пациентов, а также определение важности этих требований.

Следует отметить, что методика QFD чувствительна к измерению потребностей и ожиданий пациентов, поэтому успех применения методики в значительной степени зависит от качества полученных данных на каждом шаге. Допускается, что процедура агрегирования потребностей пациентов и определения их относительной важности может быть проблематичной в некоторых ситуациях. Ограничения, однако, не повлияли на использование интегративной модели SERVQUAL и QFD, поскольку ее преимущества намного больше, чем ее ограничения. Простота применения этой методологии дает практическую выгоду и может быть использована для всех видов МУ, предоставляемых региональным здравоохранением.

### Выводы

С методологической точки зрения можно сделать вывод о том, что возможность соотнесения медико-технических требований к качеству МУ с оценками удовлетворенности пациентов качеством услуг делает предлагаемый подход мощным инструментом для руководителей здравоохранения по совершенствованию качества МУ.

### Заключение

В условиях обеспечения пациентов МУ надлежащего качества возникают задачи измерения степени удовлетворенности качеством, определения приоритетов пациентов в своих ожиданиях, а организаторам здравоохранения — учесть эти ожидания в услугах, предоставляемых медицинскими организациями. При этом важными становятся элементы контроля качества, обеспечения качества и эффективности лечения.

Вопросы общественного здоровья

Предложен подход к совершенствованию качества МУ, при котором используются результаты измерения удовлетворенности качеством МУ по критериям методики SERVQUAL, оценки процесса оказания МУ с целью анализа направлений совершенствования качества услуг. Реализация процедур совершенствования качества МУ проведена в рамках метода QFD с построением диаграммы качества, анализа возможных корректирующих мероприятий, установления рейтинга важности каждого выбранного мероприятия.

Таким образом, реализован подход к совершенствованию качества МУ населению региона на основе методов измерения удовлетворенности пациентов и инструментов развертывания функций качества. Реализация подхода заключается в обеспечении требований пациентов, их удовлетворенности и повышении качества обслуживания. Проведенная апробация предложенного подхода на базе районной больницы показала свою результативность.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality // *Journal of Retailing*. 1988. Vol. 64, N 1. P. 12—40.
2. Zeithaml V. A., Bitner M. J., Gremler D. D. Services marketing strategy // *Wiley International Encyclopedia of Marketing*. 2010. Vol. 1. P. 31—38.
3. Mitra A. Fundamentals of quality control and improvement. Hoboken; 2016. 819 p.
4. Beheshtinia M. A., Azad M. F. A fuzzy QFD approach using SERVQUAL and Kano models under budget constraint for hotel services // *Total Quality Management and Business Excellence*. 2019. Vol. 30, N 7/8. P. 808—830.
5. Данилов А. В., Сон И. М., Меньшикова Л. И. Опыт использования методики SERVQUAL для измерения удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021.ю Т. 29, № 3. С. 519—524.
6. Данилов А. В., Исаенкова Е. А. Методические подходы к измерению удовлетворенности качеством медицинских услуг пациентами для целей формирования управленческих решений на региональном уровне // *Моделирование, оптимизация и информационные технологии*. 2017. № 3. С. 1.
7. Наследов А. Д. IBM SPSS STATISTICS 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.; 2013. 416 с.
8. Суслин С. А., Вавилов А. В., Гиньятулина Р. И. Удовлетворенность пациентов городской многопрофильной больницы медицинским обслуживанием // *Исследования и практика в медицине*. 2018. Т. 5, № 4. С. 118—125.
9. Берсенева Е. А., Мендель С. А., Савостина Е. А., Таирова Р. Т. Результаты анкетирования пациентов с целью оценки организации процессов в медицинском учреждении // *Вестник современной клинической медицины*. 2018. Т. 11, № 2. С. 59—65.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988;64(1):12—40.
2. Zeithaml V. A., Bitner M. J., Gremler D. D. Services marketing strategy. *Wiley International Encyclopedia of Marketing*. 2010;1:31—38.
3. Mitra A. Fundamentals of Quality Control and Improvement. Hoboken; 2016. 819 p.
4. Beheshtinia M. A., Azad M. F. A fuzzy QFD approach using SERVQUAL and Kano models under budget constraint for hotel services. *Total Quality Management and Business Excellence*. 2019;30(7/8):808—830.
5. Danilov A. V., Son I. M., Menshikova L. I. Experience of using the SERVQUAL technique to measure patient satisfaction with the quality of medical services. *Problems of social hygiene, health care and medical history*. 2021;29(3):519—524. (In Russ.)
6. Danilov A. V., Isaenkova E. A. Methodological approaches to measuring patient satisfaction with the quality of medical services for the purpose of forming management decisions at the regional level. *Modeling, optimization and information technologies*. 2017;(3):1. (In Russ.)
7. Nasledov A. D. IBM SPSS STATISTICS 20 and AMOS: professional statistical data analysis. St. Petersburg; 2013. 416 p. (In Russ.)
8. Suslin S. A., Vavilov A. V., Ginnyatulina R. I. Satisfaction of patients of the city multidisciplinary hospital with medical care. *Research and practice in medicine*. 2018;5(4):118—125. (In Russ.)
9. Berseneva E. A., Mendel S. A., Savostina E. A., Tairova R. T. Results of patient survey for evaluation of process organization in a medical institution. *Bulletin of Modern Clinical Medicine*. 2018;11(2):59—65. (In Russ.)

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 614.2

Лебедева У. М.<sup>1</sup>, Мингазов Р. Н.<sup>2,3</sup>, Лебедева А. М.<sup>4</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>2,5,6</sup>

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ НОРМАТИВНЫХ (РЕФЕРЕНСНЫХ) ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИНЫ И МАССЫ ТЕЛА ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ КРАЙНЕГО СЕВЕРА. ЧАСТЬ 1. ПОКАЗАТЕЛИ ДЛИНЫ ТЕЛА

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова», 677000, Якутск, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

<sup>4</sup>ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», 109240, Москва, Россия;

<sup>5</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия;

<sup>6</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна», 123098, Москва, Россия

**Цель исследования:** анализ различных нормативных (референсных) значений показателей длины тела детей и подростков, проживающих в 4 эколого-географических зонах Республики Саха (Якутия).

**Материалы и методы.** Проведена статистическая обработка данных 24 123 школьников, не имеющих хронических заболеваний, относящихся к I и II группам здоровья. Применялись статистический, аналитический, математический и социологический методы.

**Результаты.** Среди мальчиков наибольший уровень статистически значимых различий по длине тела отмечался в возрастных группах 12, 13 и 15—17 лет, среди девочек — в возрастных группах 13, 14 и 16 лет. Более высокие референсные значения показателей длины тела мальчиков и девочек, проживающих в промышленных районах Республики Саха (Якутия), более низкие — у проживающих в арктической зоне Крайнего Севера и сельских районах Республики Саха (Якутия), где население представлено в основном коренными народами Крайнего Севера.

**Ключевые слова:** физическое развитие; антропометрические показатели; длина тела; дети; арктические районы; Крайний Север

**Для цитирования:** Лебедева У. М., Мингазов Р. Н., Лебедева А. М., Мингазова Э. Н. Сравнительный аспект нормативных (референсных) значений показателей длины и массы тела детей, проживающих в регионе Крайнего Севера. Часть 1. Показатели длины тела. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):862—866. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-862-866>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Lebedeva U. M.<sup>1</sup>, Mingazov R. N.<sup>2,3</sup>, Lebedeva A. M.<sup>4</sup>, Mingazova E. N.<sup>2,5,6</sup>

## COMPARATIVE ASPECT OF NORMATIVE (REFERENCE) VALUES OF INDICATORS OF LENGTH AND WEIGHT OF CHILDREN LIVING IN THE REGION OF THE FAR NORTH (PART 1 — BODY LENGTH INDICATORS)

<sup>1</sup>M. K. Ammosov North-Eastern Federal University, 677000, Yakutsk, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, 109240, Moscow, Russia;

<sup>5</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia;

<sup>6</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, 123098, Moscow, Russia

**Purpose of the study:** to analyze the differences in the normative (reference) values of the body length indicators of children and adolescents living in four ecological and geographical zones of the Republic of Sakha (Yakutia).

**Materials and methods.** Statistical data processing was carried out on 24,123 schoolchildren who do not have chronic diseases belonging to health groups I and II. Statistical, analytical, mathematical and sociological methods were used.

**Results.** Among boys, the highest level of statistically significant differences in body length was observed in the age groups of 12, 13 and 15—17 years, among girls — in the age groups of 13, 14 and 16 years. Higher reference values of body length indicators for boys and girls living in the industrial regions of the Republic of Sakha (Yakutia), lower — for those living in the Arctic zone of the Far North and rural areas of the Republic of Sakha (Yakutia), where the population is represented mainly by the indigenous peoples of the Far North.

**Keywords:** physical development; anthropometric indicators; body length; children; arctic regions; Far North

**For citation:** Lebedeva U. M., Mingazov R. N., Lebedeva A. M., Mingazova E. N. Comparative aspect of normative (reference) values of indicators of length and weight of children living in the region of the Far North (part 1 — body length indicators). *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):862–866 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-862-866>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

### Введение

Растущий организм наиболее чувствителен к различным воздействиям среды, поэтому морфологи-

ческие, рост-весовые показатели становятся объектом изучения и анализа, составляя основу различных региональных комплексных программ охраны

## Вопросы общественного здоровья

здоровья населения и оздоровления окружающей среды [1—5].

Индивидуальную оценку физического развития часто называют «инструментом первичного контроля за состоянием здоровья ребенка» и проводят путем сопоставления основных антропометрических показателей с оценочными, нормативными (референсными) значениями, разработанными с учетом географических, этнических, национальных особенностей развития детей для каждой конкретной территории [2, 6—8].

На основе антропометрических показателей 24 123 школьников, не имеющих хронических заболеваний и относящихся к I и II группам здоровья, проживающих в четырех эколого-географических зонах Республики Саха (Якутия): арктические районы Крайнего Севера, сельскохозяйственные районы, промышленные районы, г. Якутск, были получены референсные значения основных антропометрических показателей.

**Цель** исследования — провести анализ различий нормативных (референсных) значений показателей длины тела детей и подростков, проживающих в четырех эколого-географических зонах Республики Саха (Якутия): арктические районы, сельскохозяйственные районы, промышленные районы, г. Якутск.

### Материалы и методы

Использованы статистический, аналитический, математический, социологический методы. В результате статистической обработки основных антропометрических показателей 24 123 детей I и II групп здоровья получены значимые параметры и коэффициенты:  $M \pm m$  — средняя арифметическая величина с ошибкой;  $\sigma$  — среднее квадратическое отклонение  $M$  (общая сигма);  $V$  — коэффициент вариации, степень связи двух признаков;  $r \pm m$  — коэффициент корреляции с ошибкой;  $R_{yx}$  — коэффициент регрессии признака;  $\pm \sigma R$  — сигма регрессии (частная сигма), величина для определения индивидуального отклонения признака. Использовался  $T$ -тест для независимых выборок, в основе которого находится критерий Стьюдента.

### Результаты

Анализ показал, что наибольший уровень статистически значимых различий референсных показателей длины тела отмечался в возрастной группе 12 лет. В данной возрастной группе более высокие референсные показатели длины тела (151,8 см) определялись в группе мальчиков, проживающих в промышленных районах, самые низкие показатели (146,1 см) — в группе проживающих в сельских районах ( $p \leq 0,05$ ). В возрастных группах 13 и 15—17 лет фиксировался высокий уровень статистически значимых различий по районам (за исключением арктических и сельских районов, где по референсным показателям длины тела мальчиков не выявлено статистически значимых различий). В целом для данных возрастных групп отмечается, что наиболее

высокие показатели референсных значений длины тела были у мальчиков, проживающих в промышленных районах (от 158,7 см в группе 13 лет до 175,3 см в группе 17 лет); наиболее низкие показатели — в сельских районах (от 153,6 см в группе 13 лет до 168,2 см в группе 16 лет). В группе 17 лет самое низкое референсное значение длины тела (170,1 см) было в группе проживающих в арктических районах.

Обращает на себя внимание, что чем старше возрастная группа, тем больше уровень статистически значимых различий между изучаемыми показателями. Так, если в возрастной группе 7 лет статистически значимые различия отмечались в референсных показателях длины тела мальчиков, проживающих только на территории арктических районов, по сравнению с проживающими в промышленных районах (122,5 см и 123,4 см;  $p \leq 0,05$ ), то с увеличением возраста различия в референсных значениях длины тела между парами рассматриваемых географических территорий возрастает, их количество увеличивается от 4 сравниваемых групп районов в возрастной группе 8 лет до максимального значения 6 пар сравнений районов в возрастной группе 12 лет. Кроме того, обращает на себя внимание, что меньшее количество статистически значимых различий референсных значений длины тела мальчиков по возрастным группам наблюдается между проживающими в арктических и сельских районах: для них уровень статистически значимых различий отмечался только в возрастных группах 8 лет (126,4 и 128 см), 10 лет (135,8 и 138,1 см), 12 лет (148,2 и 146,1 см);  $p \leq 0,05$ ). В остальных возрастных группах статистически значимых различий в референсных показателях длины тела мальчиков данных географических территорий не фиксировалось.

Сравнительная характеристика референсных показателей длины тела мальчиков показала, что наибольшие их показатели были в группе проживающих в промышленных районах (от 123,4 см для мальчиков 7 лет до 175,3 см для мальчиков 17 лет); наименьшие — в арктических районах (от 122,5 см в возрасте 7 лет до 170,1 см в возрасте 17 лет), исключение составила возрастная группа 15 лет (165,1 см; рис. 1).

Анализ сравнительной характеристики референсных показателей длины тела девочек показал, что наибольшие различия по географическим регионам были в возрастных группах 13, 14 и 16 лет. В возрастных группах 13 и 16 лет статистически значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) отмечены по всем парным группам рассматриваемых территорий, за исключением арктических и сельских районов, в возрастной группе 14 лет — за исключением арктических районов и Якутска ( $p \geq 0,05$ ). В возрастной группе 13 лет более высокие референсные показатели длины тела девочек были среди проживающих в промышленных районах (157,4 см), самые низкие — в арктических районах (154,1 см); в возрастной группе 14 лет — соответственно 161,7 см (промышленные районы) и 156,7 см (сельские районы); в воз-



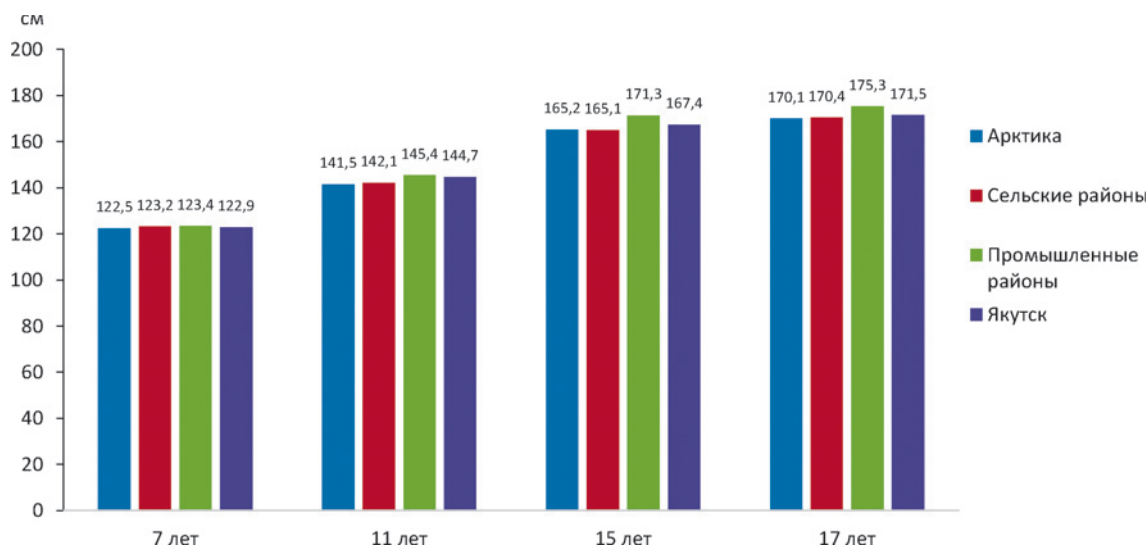


Рис. 1. Средний рост мальчиков 7, 11, 15 и 17 лет в зависимости от территории проживания в Республике Саха (Якутия).

растной группе 16 лет — соответственно 163,3 см (промышленные районы) и 159,3 см (арктические районы);  $p \leq 0,05$ .

Меньший уровень статистических различий по длине тела девочек определен в младших возрастных группах (7, 9 и 10 лет). Статистически значимые различия в референсных показателях длины тела девочек в возрасте 7 лет отмечались между такими географическими территориями, как арктические районы — Якутск, сельские районы — промышленные районы, промышленные районы — Якутск, где референсные значения длины тела девочек в промышленных районах составляли 122,7 см и были наибольшими, в Якутске — 120,7 см и были наименьшими. Для девочек в возрасте 9 лет статистически значимые различия в росте отмечались между такими географическими территориями, как арктические районы — промышленные районы, арктические районы — сельские районы и промышленные районы — Якутск, где референсные значения длины тела девочек в промышленных районах составляли 133,9 см и были наибольшими, в арктических районах — 130,8 см и были наименьшими. Для девочек в возрасте 10 лет статистически значимые различия в референсных показателях длины тела отмечались между такими географическими территориями, как арктические районы — промышленные районы, арктические районы — Якутск и арктические районы — сельские районы, где референсные значения длины тела девочек в промышленных районах составляли 138,8 см и были наибольшими, в арктических районах — 136 см и были наименьшими ( $p \leq 0,05$ ).

В возрастной группе 17 лет, как и в младших возрастных группах (7, 9 и 10 лет), статистически значимые различия в референсных показателях длины тела девочек отмечались только между тремя группами географических территорий: арктические районы — промышленные районы, сельские районы — промышленные районы, промышленные районы —

Якутск, где референсные значения длины тела девочек в промышленных районах составляли 164,1 см и были наибольшими; в арктических районах — 159,9 см и были наименьшими ( $p \leq 0,05$ ). В остальных возрастных группах статистически значимые различия в референсных значениях длины тела девочек наблюдались более чем в трех группах сравниваемых географических районов Республики Саха (Якутия).

Сравнительная характеристика референсных показателей длины тела девочек в возрастных группах 7, 11, 15 и 17 лет показала наибольшие значения у девочек в промышленных районах (от 122,7 см для девочек 7 лет до 164,1 см для девочек 17 лет); наименьшие — в арктических районах для возраста 7, 11 и 17 лет (121,8 см, 142,4 см и 159,9 см соответственно) и сельских районах для возраста 15 лет — 158,2 см (рис. 2).

Анализ дескриптивной статистики референсных значений длины тела мальчиков и девочек в зависимости от района проживания показал, что наибольшая вариативность длины тела была характерна для проживающих в Якутске для возрастной категории 7 лет — коэффициент осцилляции (отношение размаха вариации по длине тела детей к среднему значению по изучаемой совокупности) составил, соответственно, для мальчиков 43,1%, для девочек — 38,9%, что характеризует детей из данной района соответствующей возрастной группы как наиболее изменчивой по сравнению с другими территориями, в которых разброс по показателям длины тела детей был наибольшим. Аналогичная тенденция характерна для мальчиков из промышленных районов в возрасте 7 и 9 лет — 40,9% и 47,7%, девочек из сельских районов 9 лет — 36,9% и девочек 10 лет из Якутска — 38,3%. Обращает на себя внимание, что по показателям длины тела мальчиков и девочек коэффициент осцилляции имеет тенденцию к уменьшению в зависимости от района проживания для более старших возрастных групп — 14—17 лет, что



Вопросы общественного здоровья

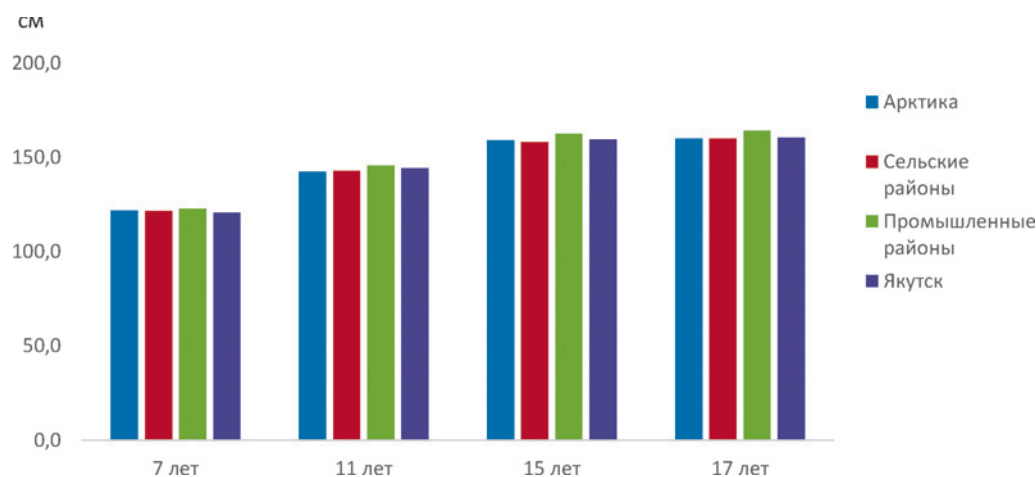


Рис. 2. Сравнительная характеристика среднего роста девочек 7, 11, 15 и 17 лет в зависимости от территории проживания в Республике Саха (Якутия).

может характеризовать их как относительно равномерно распределенные по длине тела в сравнении с младшими возрастными группами в возрасте 7—13 лет.

### Выводы

По результатам сравнительного анализа референсных показателей длины тела мальчиков и девочек в зависимости от территории проживания можно сделать следующие выводы:

1. Наибольшие значения референсных показателей длины тела мальчиков и девочек определяются у проживающих в промышленных районах Республики Саха (Якутия). Население данных районов — в основном семьи с детьми, чьи родители прибыли в Республику Саха (Якутия) в качестве работников промышленных предприятий либо являются потомками приехавших в середине XX в. специалистов, участвовавших в программах индустриального освоения районов Крайнего Севера.

2. Наименьшие референсные показатели длины тела определяются среди мальчиков и девочек арктических и сельских районов Республики Саха (Якутия), где в основном проживают представители коренного населения.

3. Для школьников младших возрастных групп 7—10 лет отмечается меньшее различие референсных показателей длины тела мальчиков и девочек в зависимости от района проживания по сравнению с более старшими возрастными группами (15—17 лет).

4. Наибольшая вариативность показателей длины тела 7-летних детей характерна для проживающих в Якутске (коэффициент осцилляции составил 43,1% и 38,9% соответственно), что характеризует детей из этой группы как имеющих наиболее изменчивые показатели длины тела по сравнению с другими территориями, что может свидетельствовать о повышенной экосензитивности и неоднородности этнического состава.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мингазова Э. Н., Лебедева У. М., Шигабутдинова Т. Н. и др. К вопросу об особенностях роста-весовых антропометрических показателей детей и подростков, проживающих в различных регионах России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 3. С. 481—485.
2. Мингазова Э. Н., Атамбаева Р. М., Кочкорова Ф. А. К вопросу об особенностях питания и физического развития детей и подростков, проживающих в условиях низкой материальной обеспеченности // Вопросы питания. 2018. Т. 87, № S5. С. 145.
3. Мингазова Э. Н., Амиров Н. Х., Яруллин А. Х., Муртазин И. Г. Репродуктивное здоровье девушек-учащихся общеобразовательных учреждений. Казань; 2004. 199 с.
4. Саввина Н. В. Механизм реализации сохранения и укрепления здоровья детей школьного возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Якутск; 2006. 48 с.
5. Самсонова М. И., Бурцева Т. Е., Лебедева У. М., Степанов К. М. Этнические различия в состоянии здоровья подростков, проживающих в различных районах Республики Саха (Якутия) // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. № 10—2. С. 251—253.
6. Мингазова Э. Н., Амиров Н. Х., Яруллин А. Х. и др. Стандарты физического развития детей г. Казани в возрасте 0—17 лет. Казань; 2002. 172 с.
7. Меркулова Н. А., Гиголаева Л. В., Бутаев Т. М. и др. Тенденции изменения физического развития школьников г. Владикавказ // Здоровье населения и среда обитания. 2019. № 11. С. 28—31.
8. Тимофеев Л. Ф. Характеристика физического состояния детей дошкольного возраста г. Якутска: автореферат дис. ... канд. мед. наук. Архангельск; 1992. 27 с.
9. Степанова Л. А., Маркова С. В., Аммосова А. М. и др. Физическое развитие и двигательная активность современных школьников, проживающих в сельской местности Республики Саха (Якутия) // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2018. № 2. С. 38—43.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Mingazova E. N., Lebedeva U. M., Shigabutdinova T. N. et al. On the question of the features of height-weight anthropometric indicators of children and adolescents living in different regions of Rus-

- sia. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniâ i istoriâ mediciny* 2021;29(3):481—485. (In Russ.)
- Mingazova E. N., Atambaeva R. M., Kochkorova F. A. On the issue of nutritional features and physical development of children and adolescents living in conditions of low material security. *Voprosy pitaniya*. 2018;87(S5):145. (In Russ.)
  - Mingazova E. N., Amirov N. Kh., Yarullin A. Kh., Murtazin I. G. Reproductive health of girls-students of educational institutions. Kazan; 2004; 199 p. (In Russ.)
  - Savvina N. V. The mechanism for the implementation of the preservation and promotion of the health of schoolchildren: abstract of the thesis. dis. ... Dr. Sci. (Med.). Yakutsk; 2006. 48 p. (In Russ.)
  - Samsonova M. I., Burtseva T. E., Lebedeva U. M., Stepanov K. M. Ethnic differences in the state of health of adolescents living in various regions of the Republic of Sakha (Yakutia). *Aktual'nyye problemy gumanitarnykh i yestestvennykh nauk*. 2013;(10—2):251—253. (In Russ.)
  - Mingazova E. N., Amirov N. Kh., Yarullin A. Kh. et al. Standards of physical development of children in Kazan at the age of 0—17 years. Kazan; 2002. 172 p. (In Russ.)
  - Merkulova N. A., Gigolaeva L. V., Butaev T. M. et al. Trends in the physical development of schoolchildren in Vladikavkaz. *Zdorov'ye naseleniya i sreda obitaniya*. 2019;(11):28—31. (In Russ.)
  - Timofeev L. F. Characteristics of the physical condition of children of preschool age in Yakutsk: Abstract of the thesis. ... Cand. Sci. (Med.). Arkhangelsk; 1992. 27 p. (In Russ.)
  - Stepanova L. A., Markova S. V., Ammosova A. M. et al. Physical development and motor activity of modern schoolchildren living in rural areas of the Republic of Sakha (Yakutia). *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M. K. Ammosova. Seriya: Meditsinskiye nauki*. 2018;(2):38—43. (In Russ.)

Лебедева У. М.<sup>1</sup>, Мингазов Р. Н.<sup>2,3</sup>, Лебедева А. М.<sup>4</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>2,5,6</sup>

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ НОРМАТИВНЫХ (РЕФЕРЕНСНЫХ) ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИНЫ И МАССЫ ТЕЛА ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ КРАЙНЕГО СЕВЕРА. ЧАСТЬ 2. ПОКАЗАТЕЛИ МАССЫ ТЕЛА

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова», 677000, Якутск, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

<sup>4</sup>ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», 109240, Москва, Россия;

<sup>5</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия;

<sup>6</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна», 123098, Москва, Россия

**Цель исследования:** анализ различий нормативных (референсных) значений показателей массы тела детей и подростков, проживающих в 4 эколого-географических зонах Республики Саха (Якутия.)

**Материалы и методы.** Проведена статистическая обработка данных 24 123 школьников, не имеющих хронических заболеваний и относящихся к I и II группам здоровья. Применялись статистический, аналитический, математический и социологический методы.

**Результаты.** Наибольшие различия по данному показателю фиксировались в группах детей младшего школьного возраста как среди мальчиков, так и среди девочек. Наибольшие значения референсных показателей по массе тела определены в младших возрастных группах мальчиков и девочек, проживающих в Якутске, а в старших возрастных группах — у проживающих в промышленных районах Республики Саха (Якутия). Наименьшие значения данных показателей определены у детей, проживающих в сельских районах региона.

**Ключевые слова:** физическое развитие; антропометрические показатели; масса тела; дети; арктические районы; Крайний Север

**Для цитирования:** Лебедева У. М., Мингазов Р. Н., Лебедева А. М., Мингазова Э. Н. Сравнительный аспект нормативных (референсных) значений показателей длины и массы тела детей, проживающих в регионе Крайнего Севера. Часть 2. Показатели массы тела. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):867—870. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-867-870>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Lebedeva U. M.<sup>1</sup>, Mingazov R. N.<sup>2,3</sup>, Lebedeva A. M.<sup>4</sup>, Mingazova E. N.<sup>2,5,6</sup>

## COMPARATIVE ASPECT OF NORMATIVE (REFERENCE) VALUES OF INDICATORS OF LENGTH AND WEIGHT OF CHILDREN LIVING IN THE REGION OF THE FAR NORTH. PART 2. BODY WEIGHT INDICATORS

<sup>1</sup>M. K. Ammosov North-Eastern Federal University, 677000, Yakutsk, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, 109240, Moscow, Russia;

<sup>5</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia;

<sup>6</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, 123098, Moscow, Russia

**Purpose of the study:** to analyze the differences in the normative (reference) values of the body weight indicators of children and adolescents living in four ecological and geographical zones of the Republic of Sakha (Yakutia).

**Materials and methods.** Statistical data processing was carried out on 24,123 schoolchildren who do not have chronic diseases belonging to health groups I and II. Statistical, analytical, mathematical and sociological methods were used.

**Results.** The analysis showed that the greatest differences in this indicator were recorded in groups of children of primary school age, both among boys and girls. The highest values of reference indicators for body weight were determined in the younger age groups of boys and girls living in Yakutsk, and in older age groups — in those living in the industrial regions of the Republic of Sakha (Yakutia). The lowest values of these indicators were determined in children in rural areas of the region.

**Keywords:** physical development; anthropometric indicators; body weight; children; arctic regions; Far North

**For citation:** Lebedeva U. M., Mingazov R. N., Lebedeva A. M., Mingazova E. N. Comparative aspect of normative (reference) values of indicators of length and weight of children living in the region of the Far North. Part 2. Body weight indicators. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):867–870 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-867-870>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

## Введение

Физическое совершенство каждого члена общества является приоритетным социальным направлением. Для контроля за состоянием здоровья детского здоровья, проводимым на индивидуальном и коллективном уровнях, необходимы точные инструменты. К числу таких унифицированных инструментов относятся показатели физического развития детей, являющиеся совокупностью морфологических и функциональных свойств организма, характеризующие процессы роста, созревания, адаптации к любым изменениям условий окружающей среды и образа жизни [1—4]. Разработка нормативных (референсных) показателей проводится на основании вариационно-статистической обработки росто-весовых данных у выборочной группы детей, не имеющих хронических заболеваний и относящихся к I и II группам здоровья. Данные росто-весовые показатели для каждой возрастно-половой группы детского населения составляются по шкалам регрессии, которые дают представление о соотношении двух основных антропометрических признаков [5—7].

**Цель** исследования — провести анализ различий нормативных (референсных) значений показателей массы тела детей и подростков, проживающих в четырех эколого-географических зонах Республики Саха (Якутия): арктические районы, сельскохозяйственные районы, промышленные районы, г. Якутск.

## Материалы и методы

Применяли статистический, аналитический, математический, социологический методы. В результате статистической обработки данных основных антропометрических показателей детей школьного возраста были получены значимые параметры и коэффициенты:  $M \pm m$  — средняя арифметическая величина с ошибкой;  $\sigma$  — среднее квадратическое отклонение  $M$  (общая сигма);  $V$  — коэффициент вариации, степень связи двух признаков;  $r \pm m$  — коэффициент корреляции с ошибкой;  $R_{y/x}$  — коэффициент регрессии признака;  $\pm\sigma R$  — сигма регрессии

(частная сигма), величина для определения индивидуального отклонения признака.

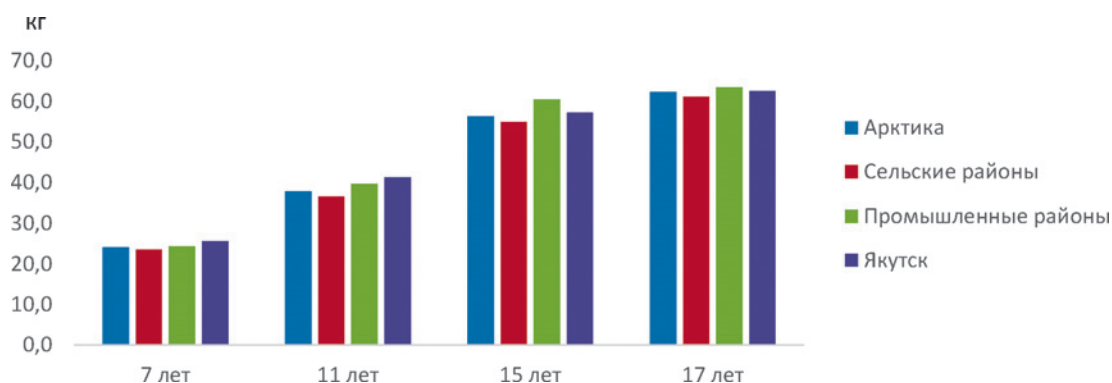
Использовался Т-тест для независимых выборок, в основе которого находится критерий Стьюдента.

## Результаты

Сравнительный анализ референсных значений массы тела мальчиков по возрастным группам в зависимости от района проживания в Республике Саха (Якутия) показал наибольшее различие в возрастных группах 10 и 11 лет, где статистически значимое различие фиксировалось по всем парам сравниваемых групп районов, за исключением сравнения Арктики и сельских районов. В возрастной группе 10 лет наибольшие значения (36,8 кг) референсных показателей были у мальчиков Якутска, наименьшие (33,2 кг) — у мальчиков Арктики ( $p \leq 0,05$ ); в возрастной группе 11 лет — 36,8 и 41,2 кг соответственно ( $p \leq 0,05$ ). В старших возрастных группах 16 и 17 лет статистически значимое различие в референсных значениях массы тела мальчиков отмечалось только среди проживающих в промышленных районах и Якутске (61,1 кг против 58,9 кг), а также в сельских и промышленных районах Республики Саха (Якутия) — 61,2 кг против 63,4 кг соответственно ( $p \leq 0,05$ ).

Сравнение референсных значений массы тела мальчиков в возрастных группах показало, что наибольшими они были у мальчиков Якутска (от 25,6 кг для 7-летних до 41,2 кг для 11-летних) и у проживающих в промышленных районах (от 60,4 кг для юношей 15 лет до 63,4 кг — для 17 лет). Наименьшие референсные значения массы тела мальчиков были у проживающих в сельских районах (от 23,5 кг для возрастной категории 7 лет до 61,2 кг для возрастной категории 17 лет); см. рис. 1.

Анализ референсных значений показателей массы тела девочек в зависимости от района проживания показал, что наибольшие статистически значимые ( $p \leq 0,05$ ) различия отмечались в возрастной группе 8 лет между арктическими и промышленными районами (25,5 и 26,4 кг); арктическими районами и г. Якутск (25,5 и 27,3 кг); сельскими районами и г. Якутск (26,2 и 27,3 кг). Примечательно, что в возрастной группе девочек в возрасте 13 лет не выявля-



**Рис. 1.** Сравнительная характеристика среднего веса мальчиков 7, 11, 15 и 17 лет в зависимости от территории проживания в Республике Саха (Якутия).

Вопросы общественного здоровья

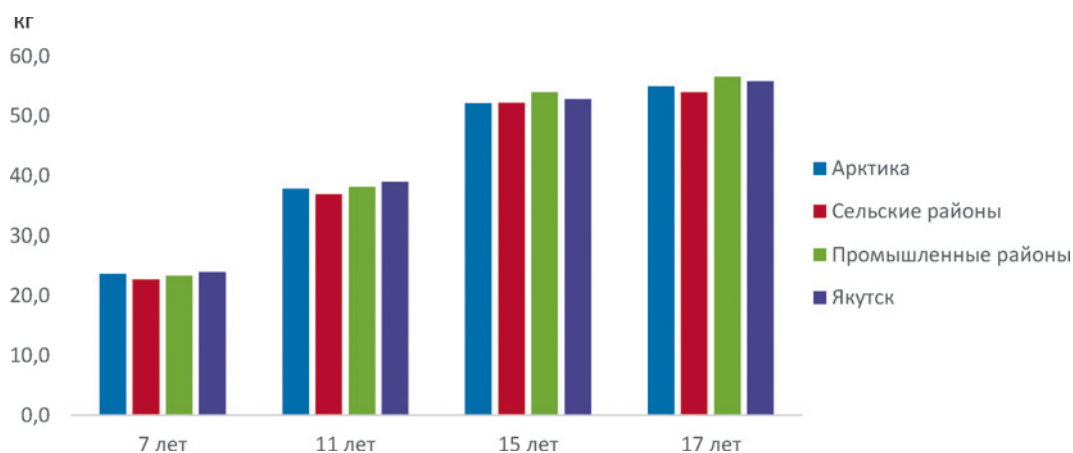


Рис. 2. Сравнительная характеристика среднего веса девочек 7, 11, 15 и 17 лет в зависимости от территории проживания в Республике Саха (Якутия).

но статистически значимых различий в зависимости от территории проживания. В возрастных группах 14—17 лет различия в референсных значениях массы тела девочек в зависимости от территории проживания фиксировались между девочками, проживающими в сельских и промышленных районах: от 52,9 кг до 56,5 кг и от 50,8 кг до 54 кг ( $p \leq 0,05$ ).

Сравнение референсных значений массы тела девочек показало, что наибольшими они были у девочек Якутска (от 23,9 кг для девочек 7 лет до 38,9 кг — для 11 лет), а в возрастных категориях 15 и 17 лет — у девочек, проживающих в промышленных районах (от 54 кг для девушек 15 лет до 56,5 кг — для 17 лет). Наименьшие референсные значения массы тела были характерны для девочек сельских районов: от 22,7 кг для возрастной категории 7 лет до 54 кг для возрастной категории 17 лет (рис. 2).

Анализ дескриптивной статистики референсных значений массы тела девочек в зависимости от района проживания показал, что по весу мальчиков и девочек коэффициент осцилляции имеет тенденцию к уменьшению в зависимости от района проживания для более старших возрастных групп — 14—17 лет, что может характеризовать их как относительно равномерно распределенные по показателям массы тела в сравнении с младшими возрастными группами в возрасте 7—13 лет.

### Выводы

1. Наибольшие значения референсных показателей по массе тела мальчиков и девочек определялись у младших школьников (10 и 11 лет), проживающих в Якутске, в старших возрастных группах (15—17 лет) — у проживающих в промышленных районах; наименьшие значения — у школьников, проживающих в сельских районах.

2. Наибольшая вариативность массы тела была характерна для мальчиков в возрасте 7 лет, проживающих в Якутске (коэффициент осцилляции составил 225,8%); для девочек в возрасте 12 лет, проживающих в промышленных районах (141,1%), что также характеризует данные возрастные категории как наиболее сильно различающиеся относительно

среднего уровня в изучаемой совокупности по массе тела мальчиков и девочек.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мингазова Э. Н., Лебедева У. М., Шигабутдинова Т. Н. и др. К вопросу об особенностях роста-весовых антропометрических показателей детей и подростков, проживающих в различных регионах России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 3. С. 481—485.
2. Маринова Л. Г., Саввина Н. В., Саввина И. Л. Ожирение у детей Якутии: социально-гигиенические аспекты и клиническая характеристика // Якутский медицинский журнал. 2015. № 3. С. 51—53.
3. Мингазова Э. Н., Амиров Н. Х., Яруллин А. Х., Муртазин И. Г. Репродуктивное здоровье девушек-учащихся общеобразовательных учреждений. Казань; 2004. 199 с.
4. Самсонова М. И., Бурцева Т. Е., Лебедева У. М., Степанов К. М. Этнические различия в состоянии здоровья подростков, проживающих в различных районах Республики Саха (Якутия) // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. № 10—2. С. 251—253.
5. Мингазова Э. Н., Атамбаева Р. М., Кочкорова Ф. А. К вопросу об особенностях питания и физического развития детей и подростков, проживающих в условиях низкой материальной обеспеченности // Вопросы питания. 2018. Т. 87, № S5. С. 145.
6. Меркулова Н. А., Гиголаева Л. В., Бутаев Т. М. и др. Тенденции изменения физического развития школьников г. Владикавказ // Здоровье населения и среда обитания. 2019. № 11. С. 28—31.
7. Степанова Л. А., Маркова С. В., Аммосова А. М. и др. Физическое развитие и двигательная активность современных школьников, проживающих в сельской местности Республики Саха (Якутия) // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2018. № 2. С. 38—43.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Mingazova E. N., Lebedeva U. M., Shigabutdinova T. N. et al. On the question of the features of height-weight anthropometric indicators of children and adolescents living in different regions of Russia. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(3):481—485. (in Russ.)

2. Marinova L. G., Savvina N. V., Savvin I. L. Obesity in children of Yakutia: social and hygienic aspects and clinical characteristics. *Yakutskiy meditsinskiy zhurnal*. 2015;(3):51—53. (In Russ.)
3. Mingazova E. N., Amirov N. Kh., Yarullin A. Kh., Murtazin I. G. Reproductive health of girls-students of educational institutions. Kazan; 2004; 199 p. (In Russ.)
4. Samsonova M. I., Burtseva T. E., Lebedeva U. M., Stepanov K. M. Ethnic differences in the state of health of adolescents living in various regions of the Republic of Sakha (Yakutia). *Aktual'nyye problemy gumanitarnykh i yestestvennykh nauk*. 2013;(10—2):251—253. (In Russ.)
5. Mingazova E. N., Atambaeva R. M., Kochkorova F. A. On the issue of nutritional features and physical development of children and adolescents living in conditions of low material security. *Voprosy pitaniya*. 2018;87(S5):145. (In Russ.)
6. Merkulova N. A., Gigolaeva L. V., Butaev T. M. et al. Trends in the physical development of schoolchildren in Vladikavkaz. *Zdorov'ye naseleniya i sreda obitaniya*. 2019;11(320):28—31. (In Russ.)
7. Stepanova L. A., Markova S. V., Ammosova A. M. et al. Physical development and motor activity of modern schoolchildren living in rural areas of the Republic of Sakha (Yakutia). *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M. K. Ammosova. Seriya: Meditsinskiye nauki*. 2018;(2):38—43. (In Russ.)

Олейник А. В.<sup>1</sup>, Огнев Ю. Н.<sup>2</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>1,3</sup>

## ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)», 119991, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия

*Сочетанный эффект тесного контакта детей-пациентов и оториноларингологов, а также практики аэрозоль-генерирующих процедур обосновывают необходимость принятия оперативных организационных мер по снижению рисков при оказании детской оториноларингологической помощи в условиях повышенных биологических рисков. В сообществе детских оториноларингологов результатом данных адаптаций стали разумное распределение медицинской помощи для лечения наиболее тяжелых состояний; сведение к минимуму риска долгосрочных последствий; обеспечение безопасности детей-пациентов и медицинских работников через оптимальные способы коммуникации; изменение процедурных мер предосторожности; оперативное внедрение телемедицины для диагностики и лечения пациентов; разработка защитных протоколов, позволяющих ограничить воздействие аэрозоль-генерирующих процедур или манипуляций для снижения риска воздействия высокой вирусной нагрузки.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** оториноларингологическая помощь; дети; ЛОР-заболевания; пандемия; коронавирусная инфекция

**Для цитирования:** Олейник А. В., Огнев Ю. Н., Мингазова Э. Н. Особенности обращаемости за детской оториноларингологической помощью в условиях повышенных биологических рисков. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 1):871—875. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-871-875>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

*Oleinik A. V.<sup>1</sup>, Ognev Yu. N.<sup>2</sup>, Mingazova E. N.<sup>1,3</sup>*

## FEATURES OF THE APPEAL FOR PEDIATRIC OTORHINOLARYNGOLOGICAL CARE IN CONDITIONS OF INCREASED BIOLOGICAL RISKS

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia

*The combined effect of close contact between child patients and otorhinolaryngologists, as well as the practice of aerosol-generating procedures, justify the need to take prompt organizational measures to reduce risks in the provision of pediatric otorhinolaryngological care in conditions of increased biological risks. In the pediatric ENT community, these adaptations have resulted in: judicious distribution of care to treat the most severe conditions, minimizing the risk of long-term consequences, ensuring the safety of child patients and healthcare workers through better communication methods, changing procedural precautions, the rapid introduction of telemedicine for diagnosis and treatment of patients, as well as the development of protective protocols to limit exposure to aerosol-generating procedures or manipulations to reduce the risk of exposure to a high viral load.*

**К е y o r d s :** otorhinolaryngological care; children; ENT diseases; pandemic; coronavirus infection

**For citation:** Oleinik A. V., Ognev Yu. N., Mingazova E. N. Features of the appeal for pediatric otorhinolaryngological care in conditions of increased biological risks. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):871–875 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-871-875>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

В условиях повышенных биологических рисков при ограничениях в приеме пациентов, социальном дистанцировании, рациональном распределении ресурсов и обоснованной заботе о безопасности пациентов и медицинских работников потребовалось совершенствование организационных аспектов национальных систем здравоохранения разных стран. Это, безусловно, касается и организации деятельности детской оториноларингологической практики, для которой характерны такие особенности, как особая восприимчивость детей к инфекционным заболеваниям, частые осложнения ЛОР-патологии и

нежелание детей участвовать в процессе оториноларингологического обследования.

Сочетанный эффект тесного контакта детей-пациентов и врачей-оториноларингологов, а также практики аэрозоль-генерирующих процедур обосновывают необходимость принятия оперативных организационных мер по снижению рисков. В сообществе детских оториноларингологов результатом данных адаптаций стало разумное распределение медицинской помощи для лечения наиболее тяжелых состояний; сведение к минимуму риска долгосрочных последствий; обеспечение безопасности де-



тей-пациентов и медицинских работников через оптимальные способы коммуникации; изменение процедурных мер предосторожности; оперативное внедрение телемедицины для диагностики и лечения пациентов; разработка защитных протоколов, позволяющих ограничить воздействие аэрозоль-генерирующих процедур или манипуляций для снижения риска воздействия высокой вирусной нагрузки [1—6].

Пандемия коронавирусной инфекции создала серьезные проблемы для детских оториноларингологов, особенно среди практикующих в странах с низким и средним уровнем дохода, включая ограниченные возможности в диагностике, дефицит средств и инструментария для оказания непосредственно оториноларингологической помощи, недостаточное количество средств индивидуальной защиты, низкую обеспеченность детскими врачами-оториноларингологами и детскими хирургами, наличие значимых социально-экономических проблем. При этом в исследованиях показано, что перевод врачей и средних медицинских работников в специализированные «противоковидные» организации для восполнения кадрового дефицита во время пандемии часто приводил к катастрофическому снижению доступности оториноларингологической помощи и еще больше усложнил диагностику и лечение постоянно растущего числа пациентов [7].

Так, в условиях пандемии в оториноларингологическом отделении Стэнфордского университета были отложены при отсутствии острой необходимости все эндоскопические процедуры. В экстренных случаях при выполнении эндоскопии были предусмотрены разовый комплект одежды, защитная маска-респиратор KN95 и лицевой щиток. Для увеличения дистанции между оториноларингологом и пациентом было предложено использование видеоназоскопии, а для уменьшения кашля — использование местного анестетика на основе геля вместо спрея. Для детского приема при проведении микроларингоскопии и бронхоскопии использовали ящик на подвеске из плексигласа, покрытого пластиковым листом. Для трахеостомии использовали нефенстрированную трубку с манжетой; вентиляцию прекращали до введения трубки, а замену трахеостомической трубки откладывали до тех пор, пока пациент не станет лабораторно «отрицательным» по коронавирусной инфекции. Высокий уровень средств индивидуальной защиты и респираторов для очистки воздуха с электроприводом давал возможность обезопасить врачей, при этом процедуры выполнялись в первую очередь самым опытным персоналом [8].

В литературе подчеркивается влияние пандемии на рост воспалительных заболеваний ЛОР-органов и обсуждается необходимость использования при этом антибиотиков. Так, на примере тяжелых случаев протекания острого среднего отита (ОСО) и потери слуха показано, что они чаще встречались среди пациентов с ОСО в сочетании с COVID-19, чем просто при типичных случаях ОСО. Однако ассоци-

ация SARS-CoV-2 с ОСО, частота этой коинфекции и наличие симптомов ОСО, связанного с COVID-19, у детей изучены недостаточно полно [8—11].

Анализ ЛОР-симптомов у 1140 детей и подростков в возрасте до 18 лет с положительным результатом на COVID-19 выявил частоту встречаемости лихорадки в 48% случаев и кашля в 37% случаев, назальных симптомов (заложенность носа, заложенность носа, ринорея) и боль в горле — в 22% случаев. При этом у 11% пациентов-детей не было подобных симптомов [12]. Отит, головокружение, anosmia и ageusia у детей с COVID-19 отмечались редко, более частыми симптомами после заражения являлись anosmia/гипосмия, дисгевзия, синдром мультисистемного воспаления у детей и подростков [13].

Во время пандемии общая заболеваемость среди детского населения, включая случаи респираторных заболеваний, тонзиллита и ОСО, снизилась. Вместе с тем появились новые представления о патофизиологических механизмах развития некоторых ЛОР-заболеваний при наличии COVID-19 у детей [8, 14].

Анализ результатов исследования, проведенного в Бразилии в период с марта 2019 г. по февраль 2021 г. по обследованию 2090 детей в возрасте до 12 лет с ОСО показал значительное снижение числа случаев заболеваний ОСО. При этом до пандемии у 87,2% этих детей в анамнезе был диагноз ОСО [9].

Согласно данным исследования, проведенного в 62 медицинских учреждениях Нидерландов, в котором под наблюдением находились дети в возрасте от рождения до 12 лет с заболеваниями ОСО, зарегистрированными до пандемии COVID-19 (в период с 01.03.2019 по 29.02.2020) и/или во время пандемии (в период с 01.03.2020 по 28.02.2021) выявлено, что случаи заболеваемости ОСО значительно снизились во время пандемии COVID-19. Снижение заболеваемости ОСО во время пандемии COVID-19 свидетельствует о благоприятном влиянии предупредительных социальных взаимодействий и эффективности приемов общественной гигиены, причем они могут оказать длительное влияние на снижение заболеваемости среднего уха после пандемийного периода [15].

По данным американских ученых, в апреле 2020 г. наблюдалось снижение случаев детского среднего отита по показателям госпитальной заболеваемости, которые сохранялись неизменными в течение 2020 г. и до июня 2021 г. Снижение распространенности случаев среднего отита и миринготомии в связи с ограничительными мерами пандемийного периода ассоциировалось с географическими различиями в местах проживания детей, с выполнением требований по ношению масок и соблюдению мер социального дистанцирования [16].

Ученые выражают беспокойство тем, что, поскольку маленькие дети с трудом сообщают о симптомах, вполне вероятно возможность недооценки ОСО во время инфекции SARS-CoV-2. Это становится особенно значимым в связи с переходом на телемедицину во время пандемии, т. к. ОСО нельзя



## Вопросы общественного здоровья

надежно диагностировать без прямого медицинского осмотра. Поэтому роль специалистов сводилась не только к клиническому ведению в этот период, но и к тестированию на SARS-CoV-2 детей с ОСО, консультированию семей по вопросам изоляции и карантина для снижения передачи вируса. Подозрения на COVID-19 сохранялись у пациентов-детей с клинической формой ОСО, и диагноз ОСО не являлся основанием для исключения SARS-CoV-2 [11].

Динамические исследования показали, что в ковидный период наблюдалось число госпитализаций заметно снизилось по сравнению со средним показателем за предыдущие 5 лет. Имеются статистически значимые различия в числе госпитализаций пациентов в возрасте 0—15 лет по поводу осложнений ОСО (мастоидит или паралич лицевого нерва) или осложненного острого синусита [17].

У детей в возрасте 0—2 лет количество посещений/госпитализаций с ОСО значительно снизилось в течение первого года пандемии COVID-19 по сравнению с годами наблюдений до пандемии. У детей в возрасте 2—6 лет снижение числа госпитализаций по причине ОСО было более значительным, чем среди детей раннего возраста [10].

Также была выявлена значительная распространенность положительного скрининга депрессии и суицидальных мыслей среди подростков, обратившихся в детскую отоларингологическую клинику во время пандемии COVID-19, что говорит о необходимости сохранять бдительность в отношении проблем с психическим здоровьем у детей и подростков с ЛОР-заболеваниями [18].

Исследования показали, что в условиях COVID-19 изменялись количественные и качественные показатели деятельности детской неотложной ЛОР-хирургической помощи. Так, объем неотложных консультаций детского ЛОР-хирурга уменьшился на 54%, а экстренных ЛОР-операций — на 33%, частота операций по поводу воспалительных заболеваний ЛОР-органов любого типа снизилась на 68% [19]. В пандемийном 2020 г. наблюдалось заметное снижение общего уровня случаев, связанных с воспалением миндалин и аденоидитом [20].

Оценка динамики обращений за врачебной помощью в 2019—2020 гг. в Саудовской Аравии выявила, что из родильных клиник и детских больниц чаще всего для специализированного лечения дети ( $n = 1318$ ; средний возраст — 6,5 года) направлялись к хирургам-оториноларингологам. Основными причинами данных направлений явились рецидивирующие носовые кровотечения, трахеостомия и наличие инородного тела в ЛОР-органах. Подчеркивается, что среднее время ожидания приема составило 21 ч, при этом в большинстве случаев перед направлением к оториноларингологу было проведено медикаментозное или хирургическое вмешательство. В 2020 г. в условиях повышенных биологических рисков количество обращений уменьшилось на 18,4%. Авторы приходят к выводу, что требуется расширение штата и услуг оториноларингологов-

хирургов по оказанию срочной оториноларингологической помощи, разработка стандартов для срочных направлений к оториноларингологу-хирургу, которые помогут ограничить неуместные срочные направления на хирургическое вмешательство [21].

В условиях повышенных биологических рисков хирургические вмешательства проводились только при наличии показаний, связанных с тяжелыми осложнениями (например, при хроническом воспалении среднего уха, остром риносинусите, онкологической патологии), неэффективностью медикаментозного лечения, для дренирования абсцесса или забора ткани [3].

В связи с нежеланием детей участвовать в процессе оториноларингологического обследования нередко сложно установить критерии, по которым можно принять решение о дистанционном приеме детей на консультации, т. к. симптомы инфекции дыхательных путей в большинстве случаев являются причиной, по которой дети должны быть осмотрены врачом непосредственно. При этом необходимо учитывать, что большая часть детской оториноларингологической практики сосредоточена на оториноларингологических жалобах, и в условиях высоких биологических рисков нет общедоступной замены личному оториноларингологическому осмотру. Вместе с тем надо помнить, что даже базовое обследование полости рта или носа кричащего, кашляющего или сплевывающего ребенка может превратиться в аэрозоль-генерирующую процедуру, что создает дополнительный риск для других детей, ожидающих приема, и для медицинских работников. Телемедицина значительно ресурсно ограничена и не может разрешить проблемы, которые решаются практикующими врачами при личном посещении и консультировании ребенка в клинике. Ввиду вышесказанного именно в детской оториноларингологической практике приемы телемедицины могут выступать лишь в качестве дополнения к процедуре личного визита к врачу, в ходе постановки предварительного диагноза, принятия тактики неотложного лечения, корректировки дальнейшего плана оздоровления [1].

Разработанные специальные меры безопасности и клинические рабочие протоколы, подготовленные с учетом специфических условий высоких биологических рисков для защиты пациентов, их семей и медицинского персонала, включали график ротации медицинских работников и вспомогательного персонала, рекомендации по маршрутизации пациентов, изменениям в работе оториноларингологического отделения и хирургического блока, времени и частоты проведения хирургических операций. При этом на каждой фазе пандемии вносились изменения, связанные с корректировкой времени и частоты визитов в клинику, телемедицинских сеансов и хирургических вмешательств. С учетом повышенного риска заражения специалистов-оториноларингологов крайне важно было внести изменения в их клинический рабочий процесс и их рабочий график [22].

Адаптация моделей оказания детской оториноларингологической помощи во время высоких биологических рисков требует тщательного планирования в изменениях деятельности для системы здравоохранения. Клинический консенсус, основанный на разумном распределении ресурсов и заботе о здоровье детей, предполагает перенос акцента на медицинский менеджмент и обучение медицинского персонала, что даст возможность обеспечить оптимальные подходы к эффективному лечению многих оториноларингологических заболеваний и ответственности их профилактики.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Sobol S. E., Preciado D., Rickert S. M. Pediatric otolaryngology in the COVID-19 era // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2020. Vol. 53, N 6. P. 1171—1174. doi: 10.1016/j.otc.2020.08.005
- Bann D. V., Patel V. A., Saadi R. et al. Best practice recommendations for pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2020. Vol. 162, N 6. P. 783—794. DOI: 10.1177/0194599820921393
- Chorney S. R., Elden L. M., Giordano T. et al. Algorithm-based pediatric otolaryngology management during the COVID-19 global pandemic: a children's hospital of Philadelphia clinical consensus // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2020. Vol. 163, N 1. P. 25—37. DOI: 10.1177/0194599820923633
- Rickert S., Rahbar R. Pediatric otolaryngology in COVID-19 // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2022. Vol. 55, N 6. P. 1321—1335. DOI: 10.1016/j.otc.2022.07.020
- Lee D. R., Dedhia K. Pediatric otolaryngology in the coronavirus disease 2019 pandemic: what have we learned? // *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2021. Vol. 29, N 6. P. 504—509. DOI: 10.1097/MOO.00000000000007624
- Burton L. E., Navaratnam A. V., Magowan D. S. et al. Litigation in pediatric otorhinolaryngology: lessons in improving patient care // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022. Vol. 162. P. 111288. DOI: 10.1016/j.ijporl.2022.111288
- Kligerman M. P., Lamour S., Okerosi S. Global OHNS Initiative. Challenges facing otolaryngologists in low- and middle-income countries during the COVID-19 pandemic // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020. Vol. 138. P. 110322. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110322
- Cheng A. T., Watson A. L., Picardo N. Lessons learnt from the COVID-19 pandemic in pediatric otolaryngology // *Curr. Otorhinolaryngol. Rep.* 2022. Vol. 10, N 4. P. 456—463. DOI: 10.1007/s40136-022-00422-5
- Favoretto M. H., Mitre E. I., Vianna M. F., Lazarini P. R. The impact of COVID-19 pandemic on acute otitis media among the pediatric population // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022. Vol. 153. P. 111009. DOI: 10.1016/j.ijporl.2021.111009
- Marom T., Schwarz Y., Gluck O. et al. Trends in pediatric acute otitis media burden during the first COVID-19 year // *Otol. Neurotol.* 2022. Vol. 43, N 7. P. e760—e766. DOI: 10.1097/MAO.00000000000003581
- Frost H. M., Sebastian T., Keith A. et al. COVID-19 and acute otitis media in children: a case series // *J. Prim. Care Community Health.* 2022. Vol. 13. P. 21501319221082351. DOI: 10.1177/21501319221082351
- Kumar B., Scheffler P. Ear, nose, and throat manifestations of COVID-19 in children // *Pediatr. Ann.* 2021. Vol. 50, N 7. P. e277—e281. DOI: 10.3928/19382359-20210613-01
- Rickert S., Rahbar R. Pediatric otolaryngology in COVID-19 // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2022. Vol. 55, N 6. P. 1321—1335. DOI: 10.1016/j.otc.2022.07.020
- Brodie K. D., Conrad D. E. Pandemics and pediatric otolaryngology // *Oper. Tech. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2022. Vol. 33, N 2. P. 112—118. DOI: 10.1016/j.otot.2022.04.006
- Hullegie S., Schilder A., Marchisio P. et al. A strong decline in the incidence of childhood otitis media during the COVID-19 pandemic in the Netherlands // *Front. Cell Infect. Microbiol.* 2021. Vol. 11. P. 768377. DOI: 10.3389/fcimb.2021.768377
- Allen D. Z., Challapalli S., McKee S. et al. Impact of COVID-19 on nationwide pediatric otolaryngology: Otitis media and myringotomy tube trends // *Am. J. Otolaryngol.* 2022. Vol. 43, N 2. P. 103369. DOI: 10.1016/j.amjoto.2021.103369
- Torres-García L., Acosta R. M., Martínez A. C. et al. Evolution in the incidence of infectious diseases in the pediatric ENT area during the COVID-19 pandemic // *Acta Otorinolaringol. Esp. (Engl. Ed).* 2022. S2173-5735(22)00121—1. DOI: 10.1016/j.otoeng.2022.11.007
- MacDonald B. V., Wong S. J., Maxwell B. et al. Depression in the pediatric otolaryngology clinic setting // *Laryngoscope.* 2022. Vol. 132, N 5. P. 1104—1111. DOI: 10.1002/lary.29856
- Carré F., Leboulanger N., Thierry B. et al. Impact of COVID-19 lockdown on a tertiary center pediatric otolaryngology emergency department // *Eur. J. Pediatr.* 2022. Vol. 181, N 2. P. 647—652. DOI: 10.1007/s00431-021-04236-3
- Allen D. Z., Challapalli S., Lee K. H. et al. Impact of COVID-19 on nationwide pediatric otolaryngology practice: adenotonsillectomies (TA) and tonsil-related diagnoses trends // *Am. J. Otolaryngol.* 2022. Vol. 43, N 5. P. 103526. DOI: 10.1016/j.amjoto.2022.103526
- Algadi M. A., Alshathri A. A., Alsugair R. S. et al. Trends and patterns in urgent pediatric otolaryngology inter-hospital referrals in Saudi Arabia // *Saudi Med. J.* 2022. Vol. 43, N 1. P. 91—97. DOI: 10.15537/smj.2022.43.1.20210710
- Mukerji S. S., Liu Y. C., Musso M. F. Pediatric otolaryngology workflow changes in a community hospital setting to decrease exposure to novel coronavirus // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020. Vol. 136. P. 110169. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110169

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

- Sobol S. E., Preciado D., Rickert S. M. Pediatric otolaryngology in the COVID-19 era. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2020;53(6):1171—1174. doi: 10.1016/j.otc.2020.08.005
- Bann D. V., Patel V. A., Saadi R. et al. Best practice recommendations for pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2020;162(6):783—794. DOI: 10.1177/0194599820921393
- Chorney S. R., Elden L. M., Giordano T. et al. Algorithm-based pediatric otolaryngology management during the COVID-19 global pandemic: a children's hospital of Philadelphia clinical consensus. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2020;163(1):25—37. DOI: 10.1177/0194599820923633
- Rickert S., Rahbar R. Pediatric otolaryngology in COVID-19. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2022;55(6):1321—1335. DOI: 10.1016/j.otc.2022.07.020
- Lee D. R., Dedhia K. Pediatric otolaryngology in the coronavirus disease 2019 pandemic: what have we learned? *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2021;29(6):504—509. DOI: 10.1097/MOO.00000000000007624
- Burton L. E., Navaratnam A. V., Magowan D. S. et al. Litigation in pediatric otorhinolaryngology: lessons in improving patient care. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022;162:111288. DOI: 10.1016/j.ijporl.2022.111288
- Kligerman M. P., Lamour S., Okerosi S. Global OHNS Initiative. Challenges facing otolaryngologists in low- and middle-income countries during the COVID-19 pandemic. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020;138:110322. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110322
- Cheng A. T., Watson A. L., Picardo N. Lessons learnt from the COVID-19 pandemic in pediatric otolaryngology. *Curr. Otorhinolaryngol. Rep.* 2022;10(4):456—463. DOI: 10.1007/s40136-022-00422-5
- Favoretto M. H., Mitre E. I., Vianna M. F., Lazarini P. R. The impact of COVID-19 pandemic on acute otitis media among the pediatric population. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022;153:111009. DOI: 10.1016/j.ijporl.2021.111009
- Marom T., Schwarz Y., Gluck O. et al. Trends in pediatric acute otitis media burden during the first COVID-19 year. *Otol. Neurotol.* 2022;43(7):e760—e766. DOI: 10.1097/MAO.00000000000003581
- Frost H. M., Sebastian T., Keith A. et al. COVID-19 and acute otitis media in children: a case series. *J. Prim. Care Community Health.* 2022;13:21501319221082351. DOI: 10.1177/21501319221082351
- Kumar B., Scheffler P. Ear, nose, and throat manifestations of COVID-19 in children. *Pediatr. Ann.* 2021;50(7):e277—e281. DOI: 10.3928/19382359-20210613-01

Вопросы общественного здоровья

13. Rickert S., Rahbar R. Pediatric otolaryngology in COVID-19. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2022;55(6):1321—1335. DOI: 10.1016/j.otc.2022.07.020
14. Brodie K. D., Conrad D. E. Pandemics and pediatric otolaryngology. *Oper. Tech. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2022;33(2):112—118. DOI: 10.1016/j.otot.2022.04.006
15. Hullegie S., Schilder A., Marchisio P. et al. A strong decline in the incidence of childhood otitis media during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *Front. Cell Infect. Microbiol.* 2021;11:768377. DOI: 10.3389/fcimb.2021.768377
16. Allen D. Z., Challapalli S., McKee S. et al. Impact of COVID-19 on nationwide pediatric otolaryngology: Otitis media and myringotomy tube trends. *Am. J. Otolaryngol.* 2022;43(2):103369. DOI: 10.1016/j.amjoto.2021.103369
17. Torres-García L., Acosta R. M., Martínez A. C. et al. Evolution in the incidence of infectious diseases in the pediatric ENT area during the COVID-19 pandemic. *Acta Otorinolaringol. Esp. (Engl. Ed).* 2022;S2173-5735(22)00121—1. DOI: 10.1016/j.otoeng.2022.11.007
18. MacDonald B. V., Wong S. J., Maxwell B. et al. Depression in the pediatric otolaryngology clinic setting. *Laryngoscope.* 2022;132(5):1104—1111. DOI: 10.1002/lary.29856
19. Carré F., Leboulanger N., Thierry B. et al. Impact of COVID-19 lockdown on a tertiary center pediatric otolaryngology emergency department. *Eur. J. Pediatr.* 2022;181(2):647—652. DOI: 10.1007/s00431-021-04236-3
20. Allen D. Z., Challapalli S., Lee K. H. et al. Impact of COVID-19 on nationwide pediatric otolaryngology practice: adenotonsillectomies (TA) and tonsil-related diagnoses trends. *Am. J. Otolaryngol.* 2022;43(5):103526. DOI: 10.1016/j.amjoto.2022.103526
21. Algadi M. A., Alshathri A. A., Alsugair R. S. et al. Trends and patterns in urgent pediatric otolaryngology inter-hospital referrals in Saudi Arabia. *Saudi Med. J.* 2022;43(1):91—97. DOI: 10.15537/smj.2022.43.1.20210710
22. Mukerji S. S., Liu Y. C., Musso M. F. Pediatric otolaryngology workflow changes in a community hospital setting to decrease exposure to novel coronavirus. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020;136:110169. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110169

© МИНГАЗОВА Э. Н., ОЛЕЙНИК А. В., 2023  
УДК 614.2

Мингазова Э. Н.<sup>1,2,3</sup>, Олейник А. В.<sup>1</sup>

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия;

<sup>3</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна», 123098, Москва, Россия

*Пандемия COVID-19 стимулировала внедрение в организацию оториноларингологической помощи новых устройств и технологий, разработку мер безопасности и клинических рабочих протоколов с целью усиления безопасности врачей и пациентов. В педиатрическую и базовую амбулаторную службы были интегрированы виртуальные амбулаторные клиники, потенциал которых для педиатрической отоларингологии считается достаточно значимым. В оториноларингологической практике особенно значимым был переход на расширенное применение телемедицинских технологий (индивидуальные гаджеты для осмотра ЛОР-пациентов, включая отоскоп прямого доступа, подключаемый к компьютеру отоларинголога). Практика детской оториноларингологической службы имеет тенденцию к совмещению виртуальных и очных посещений даже после острой фазы пандемии COVID-19. При организации оториноларингологической помощи необходимо уделять особое внимание диалогическому консенсусу — инклюзивному и рефлексивному диалогу между врачом и пациентом.*

*Ключевые слова:* оториноларингологическая помощь; дети; ЛОР-заболевания; пандемия; COVID-19

*Для цитирования:* Мингазова Э. Н., Олейник А. В. Организация детской оториноларингологической помощи в условиях биологических рисков: международный опыт. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):876—880. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-876-880>

*Для корреспонденции:* Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Mingazova E. N.<sup>1,2,3</sup>, Oleinik A. V.<sup>1</sup>

## ORGANIZATION OF CHILDREN'S OTORHINOLARYNGOLOGICAL CARE IN CONDITIONS OF BIOLOGICAL RISKS: INTERNATIONAL EXPERIENCE

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia;

<sup>3</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, 123098, Moscow, Russia

*The COVID-19 pandemic has spurred the introduction of new devices and technologies into the organization of otorhinolaryngological care, the development of safety measures and clinical work protocols in order to increase the safety of doctors and patients. Virtual outpatient clinics have been integrated into the pediatric and basic outpatient services, the potential of which for pediatric otolaryngology is considered quite significant. In otorhinolaryngological practice, the transition to the expanded use of telemedicine technologies (individual gadgets for examining ENT patients, including a direct access otoscope connected to an otolaryngologist's computer) was especially significant. The practice of pediatric ENT services tends to combine virtual and face-to-face visits, even after the acute phase of the COVID-19 pandemic. When organizing otorhinolaryngological care, it is necessary to pay special attention to dialogic consensus — an inclusive and reflective dialogue between a doctor and a patient.*

*Keywords:* otorhinolaryngological care; children; ENT diseases; pandemic; COVID-19

*For citation:* Mingazova E. N., Oleinik A. V. Organization of children's otorhinolaryngological care in conditions of biological risks: international experience. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1): 876–880 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-876-880>

*For correspondence:* Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

*Source of funding.* This study was not supported by any external sources of funding.

*Conflict of interest.* The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

Пандемия COVID-19 создала экстремальные условия высоких биологических рисков для здоровья населения. Новая чрезвычайная ситуация императивно требует высокой межведомственной готовности к оперативному взаимодействию органов систем здравоохранения, социальной безопасности и эпидемиологического надзора [1].

В этих условиях произошли изменения в деятельности национальных систем здравоохранения, в том числе в оказании медицинской помощи по оториноларингологическому профилю. Изменения

затронули организацию оториноларингологической практики в отношении клинической логистики, хирургических и процедурных манипуляций, телемедицинских и цифровых технологий и платформ для видеоконференций. В центре внимания оставались качество, доступность и безопасность медицинской помощи [2—5].

Экспертное сообщество оперативно подготовило рекомендации по оказанию во время пандемии медицинской помощи детям с ЛОР-патологией, которые включали определение случаев, требующих не-

## Вопросы общественного здоровья

отложного и экстренного хирургического вмешательства (острая обструкция дыхательных путей, онкопатология ЛОР-органов, сепсис и др.). Рекомендуется использовать преимущественно приемы открытых доступов, реже применять механические инструменты (дрель, микродебридер, диатермическая аппаратура), которые способствуют «распылению» вируса. Септические случаи при осложненном синусите, мастоидите и абцессах шеи при неудачном медикаментозном лечении следует лечить хирургическим методом путем дренирования. Тотальную тиреоидэктомию надо рассматривать как необходимую процедуру [6].

Во время пандемии COVID-19 были востребованы интегративные подходы и узкоспециализированные знания оториноларингологов. Совместные рекомендации специалистов Французского общества детских отоларингологов и Французского общества оториноларингологов-хирургов предлагают учитывать риски распространения вирусов в воздухе при использовании бормашин, микродебридеров, приборов на основе монополярной коагуляции или лазеров. При назальной гибкой эндоскопии, промывании носа физиологическим раствором требуется использовать средства индивидуальной защиты [7, 8].

Регулярный контакт хирургов-оториноларингологов со слизистой оболочкой верхних дыхательных путей пациентов привлек внимание к периперационному применению в носоглотке и ротоглотке повидон-йода (PVP-I) в силу его вирулицидной активности *in vitro* против SARS-CoV-2. Однако необходимы дополнительные исследования этого вопроса для получения доказательных рекомендаций по использованию PVP-I при подготовке к операционным вмешательствам в детской оториноларингологии [9].

В условиях пандемии COVID-19 обострилась проблема доступности детской оториноларингологической помощи, прежде всего для пациентов с различным социально-экономическим статусом. Так, в Южной Корее у пациентов с низким социально-экономическим статусом, страдавших хроническим риносинуситом, при первом посещении чаще определялась ЛОР-патология с отягощенным течением. Во время пандемии общее число амбулаторных больных сократилось, а встречаемость тяжелых форм ЛОР-заболеваний увеличилась в каждой социально-экономической группе по сравнению с допандемийным периодом. В условиях пандемии неравенство в сфере здравоохранения усугубляется, и на первый план выходит необходимость перераспределения основных ресурсов отрасли [10].

Во время пандемии COVID-19 посещаемость педиатрических клиник и доступность детской отоларингологической помощи была различной среди детей разных этнических групп [11].

Анализ причин неявки пациентов в детское оториноларингологическое отделение на плановый прием выявил прямое влияние медицинских проблем у ребенка и/или его матери, наличия в анамне-

зе нарушений психического здоровья, особенностей месторасположения медицинского учреждения. На посещаемость также влияют время, отводимое на предварительную запись, часы назначения приема и язык общения. Продолжительность приема, расовая и этническая принадлежность не были связаны с посещаемостью [12].

Исследование, проведенное в США, выявило, что неявившиеся на плановый прием дети чаще были латиноамериканского происхождения из малообеспеченных семей. Установлены этнические, социально-экономические и логистические проблемы, которые препятствовали приходу на прием в детскую оториноларингологическую клинику. В этой связи актуализируется оценка эффективности мер по снижению неявки детей на плановый прием (профилактические планы для помощи пациентам, расширение услуг телемедицины и др.) [13].

В пандемию COVID-19 в США был отмечен самый большой объем посещений к врачу с использованием телемедицинских технологий, включая детскую оториноларингологию. Оценка опыта работы отделения детской отоларингологии Медицинского центра Университета Вандербильта (США) в области телемедицины во время пандемии COVID-19 показала, что в апреле 2020 г. было зарегистрировано 877 посещений в клинику (в апреле 2019 г. — 2260 посещений), из которых 769 (88%) были в формате телемедицины — общение с видео было в 523 (68%) случаях, через телефон — в 246 (32%). В апреле 2019 г. в формате телемедицины не было ни одного приема. Услуги переводчика требовались при 211 (9,3%) (апрель 2019 г.) и 66 (7,5%) посещениях клиник (апрель 2020 г.). Большинство медицинских работников после месяца использования телемедицинских технологий почувствовали их ценность для клинической практики после пандемии. Ограниченный физикальный осмотр, особенно отоскопия, назальная эндоскопия и назофарингоскопия представляли проблему для телемедицины, которую можно преодолеть при соответствующей информированности и подготовке родителей и врача [14].

Анализ данных применения телемедицины в детской оториноларингологической практике показал, что в течение первых 2 нед работы был осмотрен 51 пациент, 7 пациентов не явились на прием. Средний возраст пациентов составил 5 лет, 55% пациентов были мужского пола. Общие диагнозы во время посещений включали нарушение дыхания во сне/обструктивное апноэ во сне (25%) и потерю слуха (19,64%). Пациенты не записывались на телемедицинские приемы в силу предпочтения личному непосредственному общению с врачом и отсутствия дома устройства для применения телемедицинских технологий. Ограничения телемедицинской практики включали в себя предложение телемедицины только пациентам, у которых был домашний интернет-сервис, и постоянным пациентам. Большинство (88%) посещений за первые 2 нед применения телемедицинских технологий завершились успешно [15].

Резкий переход к активному использованию телемедицинских технологий произошел уже на начальной стадии пандемии. Почти 80% всех посещений на платформе телемедицины были в привычном формате последующего наблюдения. Поэтому в отоларингологии внимание должно быть сосредоточено на расширении комплексных виртуальных обследований [16].

Пациенты старшего возраста чаще отказываются от телемедицинской консультации, а отказ отоларингологических пациентов часто обусловлен отсутствием медицинского осмотра. Для решения вопроса виртуального осмотра предлагается расширенная амбулаторная телеконсультация отоларинголога, когда до 10 пациентов имеют собственный отоскоп прямого доступа, который подключен к компьютеру отоларинголога. Эти недорогие цифровые отоскопы подключаются к компьютеру через USB-порт. Пациенты размещают свои результаты консультации на платформе «Telehealth». Для междисциплинарной помощи в педиатрической отоларингологии телемедицина успешно используется в таких областях, как нарушения пищеварения, врожденная потеря слуха, микротия/атрезия слуха, орофациальное расщепление, нарушения сна, уход за трахеостомой, небно-глоточная дисфункция [4].

В оториноларингологии применение телемедицинских технологий положительно оценивается пациентами и врачами, особенно когда не показано оперативное вмешательство. Технология хранения и пересылки данных, которая используется для оказания пациентам дистанционной медицинской помощи на основе синхронности, может существенно уменьшить число необязательных личных посещений врача при условии безопасности пациентов и медицинских работников [17, 18].

Анализ мнения медицинских работников об эффективности телемедицины в педиатрической ЛОР-практике выявил отрицательную оценку виртуального приема по сравнению с очным приемом для выполнения большинства задач. Медицинские работники указали на преимущество телемедицины в сборе анамнеза по большинству жалоб. По сравнению с медицинскими работниками со стажем свыше 10 лет, специалисты с опытом работы менее 10 лет считали телемедицину более эффективной, чем личный прием, для принятия клинических решений у пациентов с рецидивирующим/хроническим фарингитом, новообразованиями шеи и стридором/шумным дыханием. Отмечена полезность телемедицины для послеоперационных посещений после аденоидэктомии, тонзилэктомии. Внедрение телемедицинских технологий в детской оториноларингологии сталкивается с ограничениями при детальном обследовании тех областей, которые недоступны без специализированного инструментария [19].

Практический опыт организации оказания детям оториноларингологической помощи в условиях пандемии COVID-19 создал новую модель совмещения виртуальных и очных посещений пациентов. Широкое использование этой модели позволяет

оказать первичную медицинскую помощь, отбегать пациентов с более серьезными проблемами и оптимизировать уход за ними, развивать оптимальные отношения между пациентом и врачом даже дистанционно. Недостатки нового подхода заключаются во временных затратах и ограничениях в возможностях качественного обследования пациента. По мере совершенствования технологий телемедицины и преодоления ее ограничений такой вид медицинского обследования может стать привлекательной альтернативой для многих пациентов и поставщиков медицинских услуг за счет эффективного сокращения временных и финансовых затрат, связанных с посещением врача. После пандемии COVID-19 новая реальность детской оториноларингологии может включать в себя телемедицину, расширенные протоколы безопасности, новые рекомендации для прямого контакта с пациентами и уменьшение количества пациентов. Экономические последствия пандемии могут привести к устойчивому сокращению общей детской оториноларингологической практики в некоторых странах [20].

Сложность коммуникации с пациентами-детьми в оториноларингологической практике вводит в современную клиническую практику диалогический консенсус — инклюзивный, непринужденный и рефлексивный диалог, который направлен на достижение согласованного решения о том, как максимизировать благо педиатрических пациентов и их семей. Этика детской оториноларингологической практики основана на этических и моральных принципах, касающихся здоровья и благополучия детей и их семей [21].

На протяжении всей пандемии психическое здоровье медицинских работников ухудшалось. Крупномасштабный опрос 5062 медицинских работников в Ухане (Китай) показал, что 29,8, 24,1 и 13,5% респондентов сообщили о симптомах стресса, тревоги и депрессии соответственно в связи с пандемией COVID-19. Опрос анестезиологов, хирургов и среднего медперсонала ( $n = 72$ ) показал, что усиленные средства индивидуальной защиты приводили к значительным уровням психологического истощения (70,8%), головным болям или обострению существующих головных болей (61,4%) и изменениям кожи, а 90,3% респондентов отметили трудности в общении. Влияние усовершенствованных средств индивидуальной защиты на психическое здоровье было значительным: сонливость, тревога и депрессия отмечались у 40,3, 27,8 и 19,5% респондентов соответственно [4].

В детской оториноларингологической службе у врачей моральный дистресс (конфликт долга и институциональных ограничений) ниже, чем у детских хирургов, педиатров-реаниматологов, и сходен с уровнем дистресса среди детских онкологов [22].

Пандемия COVID-19 вынудила международное сообщество оториноларингологов изменить традиционные методы обследования ради повышенной безопасности врачей и пациентов. Телемедицинские консультации стали полезным дополнением к

## Вопросы общественного здоровья

организации инструментов приема оториноларинголога. Появились технологические и управленческие основы оказания оториноларингологической помощи с использованием телемедицинских технологий пациентам в сельских и отдаленных районах, улучшая тем самым доступ к специализированной медицинской помощи [4].

### Заключение

Анализ результатов многочисленных исследований о влиянии пандемии COVID-19 на педиатрическую службу показал, что возникающие естественным путем или искусственно созданные биологические агенты и патогены остаются угрозой для человечества и несут высокий риск новой пандемии. Вирусы вносят значительный вклад в развитие ЛОР-заболеваний. Для детской оториноларингологической практики характерны особая восприимчивость детей к вирусным инфекциям верхних дыхательных путей и активное нежелание детей участвовать в обследованиях. Сочетанный эффект тесного контакта пациентов и врачей-оториноларингологов, а также практики аэрозоль-генерирующих процедур привел к необходимости принятия немедленных мер по снижению многочисленных рисков для здоровья врача и пациента.

Пандемия COVID-19 создала серьезные проблемы для оториноларингологии в странах с низким и средним уровнем дохода, для которых характерны общий дефицит оториноларингологической помощи и квалифицированных специалистов, а также общий низкий социально-экономический статус населения. В развитых странах пандемия усугубила неравенство в отношении доступности медицинской помощи. Педиатрические ЛОР-пациенты, принадлежащие к социально-экономически низким слоям и расовым/этническим меньшинствам, чаще сталкиваются с различиями в состоянии здоровья и доступности медицинской помощи.

Пандемия COVID-19 стимулировала внедрение в организацию оториноларингологической помощи новых устройств и технологий, разработку мер безопасности и клинических рабочих протоколов с целью усиления безопасности врачей и пациентов. В педиатрическую и базовую амбулаторную службы были интегрированы виртуальные амбулаторные клиники, потенциал которых для педиатрической оториноларингологии считается достаточно значимым. В оториноларингологической практике особенно значимым был переход на расширенное применение телемедицинских технологий (индивидуальные гаджеты для осмотра ЛОР-пациентов, включая отоскоп прямого доступа, подключаемый к компьютеру оториноларинголога). Практика детской оториноларингологической службы имеет тенденцию к совмещению виртуальных и очных посещений даже после острой фазы пандемии COVID-19. При организации оториноларингологической помощи необходимо уделять особое внимание диалогическому консенсусу — инклюзивному и рефлексивному диалогу между врачом и пациентом.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Bell J. A., Nuzzo J. B., Bristol N. et al. Global Health Security (GHS) Index 2021. Advancing collective action and accountability amid global crisis. Nuclear Threat. Initiative; 2021. 268 p.
2. Brodie K. D., Conrad D. E. Pandemics and pediatric otolaryngology // *Oper. Tech. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2022. Vol. 33, N 2. P. 112—118. DOI: 10.1016/j.otot.2022.04.006
3. Lee D. R., Dedhia K. Pediatric otolaryngology in the coronavirus disease 2019 pandemic: what have we learned? // *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2021. Vol. 29, N 6. P. 504—509. DOI: 10.1097/MOO.0000000000000762
4. Cheng A. T., Watson A. L., Picardo N. Lessons learnt from the COVID-19 pandemic in pediatric otolaryngology // *Curr. Otorhinolaryngol. Rep.* 2022. Vol. 10, N 4. P. 456—463. DOI: 10.1007/s40136-022-00422-5
5. Friedman E. M., Johnson R. F. Professionalism, quality, and safety for pediatric otolaryngologists // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2019. Vol. 52, N 5. P. 969—980. DOI: 10.1016/j.otc.2019.06.010
6. Din T., Abdalla T., Chiesa-Estomba C. et al. YO-IFOS guidelines for pediatric ENT surgery during COVID-19: an overview of recommendations // *Laryngoscope.* 2021. Vol. 131. P. 1876—1883. DOI: 10.1002/lary.29335
7. Leboulanger N., Sagardoy T., Akkari M. et al. COVID-19 and ENT pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic. Guidelines of the French Association of Pediatric Otorhinolaryngology (AFOP) and French Society of Otorhinolaryngology (SFORL) // *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.* 2020. Vol. 137, N 3. P. 177—181. DOI: 10.1016/j.anorl.2020.04.010
8. Jamal A., Safar M., Tarakme M. et al. Impact of COVID-19 on surgical interventions and medical practices in pediatric otolaryngology: a narrative review // *Cureus.* 2022. Vol. 14, N 4. P. e23835. DOI: 10.7759/cureus.23835
9. Chorney S. R., Rizzi M. D., Dedhia K. Considerations for povidone-iodine antiseptics in pediatric nasal and pharyngeal surgery during the COVID-19 pandemic // *Am. J. Otolaryngol.* 2020. Vol. 41, N 6. P. 102737. DOI: 10.1016/j.amjoto.2020.102737
10. Kim M., Park J. A., Cha H. et al. Impact of the COVID-19 and socioeconomic status on access to care for otorhinolaryngology patients // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022. Vol. 19, N 19. P. 11875. DOI: 10.3390/ijerph191911875
11. Brodie K. D., Fakurnejad S., Czechowicz J. A., Nadaraja G. S. Associations between demographic factors and pediatric otolaryngology access disparities in the COVID-19 era // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022. Vol. 152. P. 110971. DOI: 10.1016/j.ijporl.2021.110971
12. Agarwal P., Nathan A. S., Jaleel Z., Levi J. R. Factors contributing to missed appointments in a pediatric otolaryngology clinic // *Laryngoscope.* 2022. Vol. 132, N 4. P. 895—900. DOI: 10.1002/lary.29841
13. Adigwu Y., Osterbauer B., Hochstim C. Disparities in access to pediatric otolaryngology care during the COVID-19 pandemic // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2022. Vol. 131, N 9. P. 971—978. DOI: 10.1177/00034894211048790
14. Belcher R. H., Phillips J., Virgin F. et al. Pediatric otolaryngology telehealth in response to COVID-19 pandemic: lessons learned and impact on the future management of pediatric patients // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2021. Vol. 130, N 7. P. 788—795. DOI: 10.1177/0003489420976163
15. Govil N., Raol N., Tey C. S. et al. Rapid telemedicine implementation in the context of the COVID-19 pandemic in an academic pediatric otolaryngology practice // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020. Vol. 139. P. 110447. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110447
16. Ohlstein J. F., Ahmed O. G., Garner J., Takashima M. Telemedicine in otolaryngology in the COVID-19 era: a year out // *Cureus.* 2021. Vol. 13, N 12. P. e20794. DOI: 10.7759/cureus.20794
17. Schafer A., Hudson S., Elmaraghy C. A. Telemedicine in pediatric otolaryngology: ready for prime time? // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020. Vol. 138. P. 110399. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110399
18. McCoy J. L., Shaffer A. D., Dohar J. E. Pediatric otolaryngology telemedicine amid a pandemic — and beyond // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022. Vol. 153. P. 111014. DOI: 10.1016/j.ijporl.2021.111014

19. Gwilt C., Metzger G., Jatana K. et al. Perceptions of telemedicine at a pediatric otolaryngology-head and neck surgery program // *World J. Pediatr. Surg.* 2022. Vol. 5, N 4. P. e000440. DOI: 10.1136/wjps-2022-000440
20. Sobol S. E., Preciado D., Rickert S. M. Pediatric otolaryngology in the COVID-19 era // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2020. Vol. 53, N 6. P. 1171—1174. DOI: 10.1016/j.otc.2020.08.005
21. Walker P. Is there a particular pediatric otolaryngology ethic? // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2021. Vol. 147. P. 110787. DOI: 10.1016/j.ijporl.2021.110787
22. Redmann A. J., Smith M., Benscoter D., Hart C. K. Moral distress in pediatric otolaryngology: a pilot study // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020. Vol. 136. P. 110138. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110138
9. Chorney S. R., Rizzi M. D., Dedhia K. Considerations for povidone-iodine antiseptics in pediatric nasal and pharyngeal surgery during the COVID-19 pandemic. *Am. J. Otolaryngol.* 2020;41(6):102737. DOI: 10.1016/j.amjoto.2020.102737
10. Kim M., Park J. A., Cha H. et al. Impact of the COVID-19 and socio-economic status on access to care for otorhinolaryngology patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19(19):11875. DOI: 10.3390/ijerph191911875
11. Brodie K. D., Fakurnejad S., Czechowicz J. A., Nadaraja G. S. Associations between demographic factors and pediatric otolaryngology access disparities in the COVID-19 era. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022;152:110971. DOI: 10.1016/j.ijporl.2021.110971
12. Agarwal P., Nathan A. S., Jaleel Z., Levi J. R. Factors contributing to missed appointments in a pediatric otolaryngology clinic. *Laryngoscope.* 2022;132(4):895—900. DOI: 10.1002/lary.29841
13. Adigwu Y., Osterbauer B., Hochstim C. Disparities in access to pediatric otolaryngology care during the COVID-19 pandemic. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2022;131(9):971—978. DOI: 10.1177/00034894211048790
14. Belcher R. H., Phillips J., Virgin F. et al. Pediatric otolaryngology telehealth in response to COVID-19 pandemic: lessons learned and impact on the future management of pediatric patients. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 2021;130(7):788—795. DOI: 10.1177/0003489420976163
15. Govil N., Raol N., Tey C. S. et al. Rapid telemedicine implementation in the context of the COVID-19 pandemic in an academic pediatric otolaryngology practice. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020;139:110447. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110447
16. Ohlstein J. E., Ahmed O. G., Garner J., Takashima M. Telemedicine in otolaryngology in the COVID-19 era: a year out. *Cureus.* 2021;13(12):e20794. DOI: 10.7759/cureus.20794
17. Schafer A., Hudson S., Elmaraghy C. A. Telemedicine in pediatric otolaryngology: ready for prime time? *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020;138:110399. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110399
18. McCoy J. L., Shaffer A. D., Dohar J. E. Pediatric otolaryngology telemedicine amid a pandemic — and beyond. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2022;153:111014. DOI: 10.1016/j.ijporl.2021.111014

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

1. Bell J. A., Nuzzo J. B., Bristol N. et al. Global Health Security (GHS) Index 2021. Advancing collective action and accountability amid global crisis. Nuclear Threat Initiative; 2021. 268 p.
2. Brodie K. D., Conrad D. E. Pandemics and pediatric otolaryngology. *Oper. Tech. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2022;33(2):112—118. DOI: 10.1016/j.otot.2022.04.006
3. Lee D. R., Dedhia K. Pediatric otolaryngology in the coronavirus disease 2019 pandemic: what have we learned? *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2021;29(6):504—509. DOI: 10.1097/MOO.0000000000000762
4. Cheng A. T., Watson A. L., Picardo N. Lessons learnt from the COVID-19 pandemic in pediatric otolaryngology. *Curr. Otorhinolaryngol. Rep.* 2022;10(4):456—463. DOI: 10.1007/s40136-022-00422-5
5. Friedman E. M., Johnson R. F. Professionalism, quality, and safety for pediatric otolaryngologists. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2019;52(5):969—980. DOI: 10.1016/j.otc.2019.06.010
6. Din T., Abdalla T., Chiesa-Estomba C. et al. YO-IFOS guidelines for pediatric ENT surgery during COVID-19: an overview of recommendations. *Laryngoscope.* 2021;131:1876—1883. DOI: 10.1002/lary.29335
7. Leboulanger N., Sagardoy T., Akkari M. et al. COVID-19 and ENT pediatric otolaryngology during the COVID-19 pandemic. Guidelines of the French Association of Pediatric Otorhinolaryngology (AFOP) and French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.* 2020;137(3):177—181. DOI: 10.1016/j.anorl.2020.04.010
8. Jamal A., Safar M., Tarakme M. et al. Impact of COVID-19 on surgical interventions and medical practices in pediatric otolaryngology: a narrative review. *Cureus.* 2022;14(4):e23835. DOI: 10.7759/cureus.23835



Садыкова Р. Н.<sup>1</sup>, Плутницкий А. Н.<sup>1</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>1,2,3</sup>

## КОМОРБИДНОСТЬ РОЗАЦЕА И РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТРАН МИРА, УЧЕТ ПРИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

<sup>1</sup>Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна», 123098, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия

*В настоящее время существует острая необходимость в глобальных исследованиях для разработки современного комплексного изучения розацеа, включая его патогенез, факторы риска, связь подтипов розацеа с сопутствующими заболеваниями. Наиболее актуальны исследования, изучающие роль иммунитета и микроорганизмов в патогенезе розацеа. Для выяснения особенностей коморбидности розацеа и соматических заболеваний важны исследования в различных популяциях с подробными клиническими данными и более длительным периодом наблюдения. При этом немаловажно понимание связи степени тяжести и выраженности различных клинических симптомов розацеа, механизмов, регулирующих ее прогрессирование, сочетания подтипов розацеа и течения заболевания в ассоциации с другими формами патологических нарушений.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** коморбидность; розацеа; население стран; патология; соматические заболевания

**Для цитирования:** Садыкова Р. Н., Плутницкий А. Н., Мингазова Э. Н. Коморбидность розацеа и различных патологических состояний среди населения стран мира, учет при лечебно-профилактических мероприятиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):881—886. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-881-886>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Sadykova R. N.<sup>1</sup>, Plutnitsky A. N.<sup>1</sup>, Mingazova E. N.<sup>1,2,3</sup>

## COMORBIDITY OF ROSACEA AND VARIOUS PATHOLOGICAL CONDITIONS AMONG THE POPULATION OF THE COUNTRIES OF THE WORLD, ACCOUNTING FOR TREATMENT AND PREVENTIVE MEASURES

<sup>1</sup>Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, 123098, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia

*Currently, there is an urgent need for global research to develop a modern comprehensive study of rosacea, including its pathogenesis, risk factors, association of rosacea subtypes with concomitant diseases. The most relevant research studies the role of immunity and microorganisms in the pathogenesis of rosacea. To elucidate the features of the comorbidity of rosacea and somatic diseases, studies in various populations with detailed clinical data and a longer follow-up period are important. At the same time, it is important to understand the relationship between the severity and severity of various clinical symptoms of rosacea, the mechanisms that regulate the progression of the process, the combination of rosacea subtypes and the course of the disease in association with other forms of pathological disorders.*

**К е y w o r d s :** comorbidity; rosacea; country population; pathology; somatic diseases

**For citation:** Sadykova R. N., Plutnitsky A. N., Mingazova E. N. Comorbidity of rosacea and various pathological conditions among the population of the countries of the world, accounting for treatment and preventive measures. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):881—886 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-881-886>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

Розацеа относится к наиболее распространенным воспалительным заболеваниям кожи. Отмечаются многогранность, коморбидность патофизиологических процессов розацеа, включающих не только нейроваскулярную и иммунную дисфункции, нервно-сосудистые реакции, влияние факторов окружающей среды, но и колонизацию микробиома, что приводит к рецидивирующему воспалению, вазодилатации и ангиогенезу [1—4].

Исследования последних лет позволили выявить эпидемиологическую коморбидность между данным хроническим дерматозом и хроническими системными заболеваниями, включая сердечно-сосу-

дистые, а также желудочно-кишечными и неврологическими расстройствами. Считается, что наличие хронического воспалительного процесса в организме тесно связано с развитием и прогрессированием множественных видов рака, включая рак кожи. В связи с этим наличие у пациентов розацеа совместно с другими заболеваниями представляет исследовательский интерес у авторов, изучающих вопросы распространенности розацеа среди населения [5—9].

Коморбидность розацеа и различных желудочно-кишечных заболеваний предполагает связь с воспалительным заболеванием кишечника, целиакией,

синдромом раздраженного кишечника, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, инфекцией *Helicobacter pylori* и избыточным бактериальным ростом в тонком кишечнике. Такая связь может включать общие предрасполагающие микробиотные и иммунологические факторы, составляющие теорию оси кишечник—кожа. Хотя данные все еще противоречивы, интересно отметить, что препараты для ликвидации избыточного бактериального роста в тонком кишечнике и *H. pylori* обеспечивают при розацеа эффективный и продолжительный терапевтический ответ [3].

Первое крупное исследование причинно-следственной связи между воспалительным заболеванием кишечника (ВЗК) и риском развития розацеа показало потенциальные ассоциации между ВЗК и розацеа, при этом степень связи различных подтипов ВЗК с розацеа была различной. Обнаружен механизм ВЗК, влияющий на патогенез розацеа, тесно связанный с вариациями рецептора интерлейкина-23. Считается, что блокирование сигнального пути интерлейкина-23 может быть разумной стратегией лечения ВЗК и профилактики розацеа. В целом, понимание специфической взаимосвязи между ВЗК и розацеа дает возможность лечения розацеа и разработки путей для создания новых лекарств [10].

В последние годы появляется все больше данных, указывающих на то, что пациенты с розацеа имеют высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. Показана связь розацеа с более высокими шансами инсулинорезистентности или диабета, высоким систолическим артериальным давлением, дислипидемией и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Пациенты с розацеа предрасположены к повышенному субклиническому сердечно-сосудистому риску. Данные 12 исследований с участием 40 752 пациентов с розацеа свидетельствуют о том, что, по сравнению с контрольной группой, пациенты с розацеа имеют более высокие показатели систолического и диастолического артериального давления, общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, большую толщину эпикардального жира и более высокую частоту гипертензии и резистентности к инсулину [5, 8].

На материале исследования состояния здоровья людей, проводимого на протяжении 14 лет ( $n = 89\ 886$ ), выявлено 5249 случаев розацеа. Риск розацеа был повышен у лиц с высоким индексом массы тела (ИМТ). Наблюдалась тенденция увеличения риска развития розацеа среди участников, набравших вес после 18 лет. Показан также значимый риск розацеа, связанный с более высокими показателями окружности талии и бедер, независимо от показателей ИМТ. В целом, показатели ожирения были в значительной степени связаны с повышенным риском развития розацеа [11].

Анализ данных пациентов с розацеа ( $n = 604$ ) обнаружил у 54% пациентов мигрень, и у 65% пациентов с мигренью определялась розацеа. Сопутствующая мигрень была значимо связана с признаками розацеа: гипереимией, глазными симптомами и жже-

нием. При этом не обнаружено связи между сопутствующей мигренью и центральной лицевой эритемой, ринофимой, телеангиэктазиями, отеком или сухостью. Сопутствующая розацеа не была связана с конкретным подтипом мигрени или тяжестью мигрени. Многие пациенты не знали о наличии у них сопутствующего заболевания, что говорит о необходимости междисциплинарного подхода к лечению розацеа и сопутствующих заболеваний [12].

В настоящее время считается, что рак, индуцированный или усиленный хроническим воспалительным микроокружением, имеет общие патогенетические механизмы с розацеа, однако связь между розацеа и раком кожи еще остается неубедительной. Популяционное когортное исследование пациентов с розацеа ( $n = 11\ 420$ ) из Южной Кореи показало повышенный риск актинического кератоза и кератиноцитарной карциномы, возможно, потому, что они имеют схожие общие патогенные факторы, включая ультрафиолетовое (УФ) излучение. УФ-излучение, а также хроническое воспаление кожи являются возможным общим патогенным фактором, объясняющим связь между розацеа и актиническим кератозом, а также розацеа и кератиноцитарной карциномой. Исследование, проведенное в Южной Корее, показало, что примерно 95% случаев актинического кератоза, 91% случаев базальноклеточной карциномы и 71% случаев плоскоклеточной карциномы у населения Южной Кореи возникают в области головы и шеи, что подтверждает общую роль воздействия УФ-излучения при розацеа и этих заболеваниях. Кроме того, розацеа, актинический кератоз и кератиноцитарная карцинома могут иметь общие предрасполагающие генетические факторы; недавнее генетическое исследование выявило *IRF4* как ген, обуславливающий риск развития розацеа, который также связан с актиническим кератозом и кератиноцитарной карциномой. При этом статистически значимого повышения риска развития меланомы и рака желудка, колоректального рака или печени не наблюдалось. Результаты этого исследования могут дополнительно подтвердить важность защиты пациентов с розацеа от солнца [9].

Исследование риска развития рака среди лиц с розацеа ( $n = 65\ 526$  пациентов с розацеа и 262 104 человека из контрольной группы) с Тайваня определило распространенность заболеваемости раком как 2,83 на 1000 человеко-лет у пациентов с розацеа и 3,00 у лиц из контрольной группы. Риск развития рака не увеличился среди пациентов с розацеа, при этом не обнаружено повышенного риска развития конкретного типа рака. В целом, в данном исследовании не обнаружено связи между розацеа и злокачественными новообразованиями [6].

Исследование пациентов с розацеа ( $n = 2091$ ; 1546 женщин, 545 мужчин; средний возраст  $48,73 \pm 4,53$  года) и лиц из контрольной группы ( $n = 9572$ ; 7009 женщин, 2563 мужчины; средний возраст  $48,73 \pm 15,1$  года) обнаружило высокую частоту гипотиреоза у пациентов с розацеа. Частота гипотиреоза у пациентов с розацеа увеличивалась к

## Вопросы общественного здоровья

возрасту 40—49 лет, а затем снижалась. Результаты исследования свидетельствуют о том, что гипотиреоз может быть сопутствующим заболеванием розацеа [13].

Ввиду интереса к ассоциации между уровнями гомоцистеина в сыворотке крови и воспалительными заболеваниями кожи, такими как псориаз и гнойный гидраденит, и розацеа, исследование методом случай—контроль с охватом 138 пациентов с папуло-пустулезной розацеа и 58 здоровых лиц контрольной группы выявило, что уровни витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты в сыворотке крови у пациентов с папуло-пустулезной розацеа были значительно ниже, чем у здоровых людей. Хотя уровни гомоцистеина в сыворотке существенно не различались у пациентов с папуло-пустулезной розацеа и лиц контрольной группы, тяжесть папуло-пустулезной розацеа положительно коррелировала с уровнями гомоцистеина в сыворотке, что предполагает возможную связь между гипергомоцистеинемией и дефицитом витамина В<sub>12</sub> у пациентов с розацеа [14].

В дерматологической практике розацеа и демодекоз являются распространенными заболеваниями лица. Связь розацеа с демодекозом остается спорной, хотя появляется все больше доказательств того, что клещи *Demodex* могут играть ключевую роль в воспалительном процессе. Действительно, высокая плотность *Demodex* наблюдается почти во всех случаях розацеа с папулопустулами, и папулопустулы розацеа можно эффективно лечить местными акарицидными средствами. Недавние исследования показывают, что демодекс индуцирует два противоположных действия на иммунитет хозяина: защитный иммунный ответ, направленный на уничтожение клеща, и иммуносупрессивное действие, направленное на стимуляцию его собственной пролиферации. Более того, первоначальный защитный иммунный ответ, вероятно, направлен в пользу клеща за счет истощения Т-клеток, вызванного иммуносупрессивными свойствами фактора роста эндотелия сосудов, что также может объяснить благоприятное влияние, которое, по-видимому, оказывает измененный сосудистый фон при розацеа. Данные свидетельствуют о том, что розацеа с папулопустулами можно с полным основанием отнести к пролиферации клещей *Demodex*. По-видимому, они являются необходимым фактором в причинно-следственной связи, в которой множественные кофакторы взаимодействуют и влияют на возникновение и тяжесть воспалительных симптомов, от ограниченных (фолликулярный отрубевидный лишай) к более выраженным. В целом, розацеа с папулопустулами можно рассматривать как хроническую инфекцию, вызванную клещами *Demodex*, с сопутствующим истощением Т-клеток [15, 16].

Представляет интерес вопрос связи климатических условий и клещей *Demodex* в патогенезе розацеа, особенно при ношении лицевых масок, например, из-за пандемии коронавирусной болезни. Анализ данных 86 японских пациентов с розацеа и по-

добными заболеваниями, обычно носящих маски для лица, показал, что сезон со средней температурой около 20°C является фактором риска развития розацеа и подобных заболеваний у людей, носящих маски, а снижение числа клещей *Demodex* связано с ослаблением симптомов [17].

Возможное генетическое происхождение у потомков выходцев из Северной Европы, семейное наследование, конкордантность близнецов и генетические ассоциации с аутоиммунными заболеваниями свидетельствуют о генетической предрасположенности к розацеа [1, 2, 18]. Выявлены общие локусы генетического риска у розацеа и различных аутоиммунных заболеваний, таких как рассеянный склероз, сахарный диабет 1-го типа, глютеновая болезнь и ревматоидный артрит, что подчеркивает важность тщательной оценки риска развития аутоиммунного заболевания для пациентов с розацеа для своевременной междисциплинарной медицинской помощи [19].

В контексте связи розацеа с системными заболеваниями представляет интерес работа, посвященная информированности общества об этой проблеме. Анализ данных поисковых запросов о розацеа и сопутствующих заболеваниях в Google в 2004—2018 гг. в США, Канаде, Великобритании и Австралии показал пик интереса к розацеа весной и низкий уровень интереса зимой в США, Канаде и Великобритании. Тенденции сезонного поиска в Австралии были обратными тенденциям в странах Северного полушария. Чаще всего в США искали информацию о связи депрессии и розацеа, в Великобритании — о связи деменции и розацеа, в Канаде — о связи гипотиреоза и розацеа, в Великобритании — о связи синдрома раздраженного кишечника с розацеа, в Австралии — о связи язвенного колита и розацеа. Результаты исследования указывают на растущий интерес широкой общественности к коморбидности розацеа и сопутствующих заболеваний, что требует от клиницистов более комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике розацеа [20].

Розацеа оказывает значительное влияние на эмоциональное, социальное и профессиональное благополучие, а также на качество жизни пациентов. Из-за эстетических проблем, характерных для данного заболевания, потери зрения при глазной розацеа, пациенты с розацеа часто испытывают стигматизацию, заниженную самооценку и социальные фобии. Следовательно, они могут страдать от депрессии, беспокойства и склонны к социальной замкнутости, что снижает качество жизни больных. Причем качество жизни и психическое здоровье, как правило, значительно ухудшаются с увеличением тяжести заболевания [6, 21—24].

У пациентов с розацеа повышен риск развития генерализованного тревожного расстройства. Особому риску тревожности наиболее часто подвержены женщины, пациенты с более низким уровнем образования, пациенты с фиматозным подтипом роза-

цеа, а также не получавшие должного лечения [6, 7, 25].

Розацеа как хроническое воспалительное заболевание кожи требует активного лечения во время обострений и превентивных стратегий для ограничения рецидивов. В дополнение к общему уходу за кожей существуют несколько одобренных вариантов лечения — как местных, так и системных. Для некоторых проявлений розацеа эффективны интенсивный импульсный свет, лазер и хирургия. Обновление диагностического подхода к розацеа с упором на индивидуальные особенности привело к прогрессу в понимании патофизиологии, подходов к лечению и профилактике. Новые методы лечения розацеа были разработаны по трем направлениям: более глубокое понимание патофизиологии; разработка новых местных модальностей для активных вмешательств, ранее известных как эффективные при розацеа; и перепрофилирование лечения, используемого при других дерматологических состояниях розацеа. Эти терапевтические достижения расширяют возможности лечения и улучшают результаты лечения пациентов с розацеа. Тем не менее, хотя целью является достижение полного или почти полного устранения признаков розацеа, в настоящее время не все пациенты достигают этих результатов, несмотря на длительное лечение. Таким образом, по-прежнему существует постоянная потребность в более эффективных методах лечения, в том числе комбинированных. Наконец, современные подходы к лечению почти исключительно сосредоточены только на двух признаках розацеа — эритеме и папулах/пустулах. Глазная розацеа и фима, включая медицинские вмешательства на ранних воспалительных фазах последней, в значительной степени игнорировались [26].

Лечение розацеа зависит от имеющихся признаков, их тяжести. Рекомендации по лечению, основанные на фактических данных, включают местное применение бримонидина и оксиметазолина при стойкой эритеме; местную азелаиновую кислоту, ивермектин, метронидазол, миноциклин и пероральный доксициклин, тетрациклин и изотретиноин при папулах и пустулах; сосудистые лазеры и световые приборы для телеангиэктазий; и омега-3-жирные кислоты и глазную эмульсию циклоsporина для глазной розацеа. Хирургическая или лазерная терапия может быть рассмотрена для лечения клинически невоспаленной формы. Комбинированная терапия включает бримонидин с ивермектином для местного применения или метронидазол для местного применения с пероральным доксициклином. Метронидазол, ивермектин и азелаиновая кислота для местного применения подходят для поддерживающей терапии. Общая профилактика розацеа включает бережный уход за кожей, защиту от солнца, предотвращение триггеров и изменение образа жизни [22, 27, 28].

Пациентов только с сосудистыми симптомами розацеа следует тщательно обследовать на наличие фолликулярных чешуек как признаков избыточного

роста клещей *Demodex* или фолликулярного отрубевидного лишая, чтобы таких пациентов можно было лечить на ранней стадии с помощью акарицидного крема [15].

Данные о лечении 20 944 пациентов с розацеа на основе фенотипического подхода показали эффективность при местном применении бримонидина и оксиметазолина в отношении уменьшения временно персистирующей эритемы. Были доказательства невысокой эффективности лазерной и интенсивной импульсной световой терапии в отношении эритемы и телеангиэктазий. В отношении уменьшения папул/пустул имеются доказательства высокой достоверности для местного применения азелаиновой кислоты и местного ивермектина; доказательства со средним и высоким уровнем определенности в отношении доксициклина 40 мг с модифицированным высвобождением и изотретиноина; и доказательства со средним уровнем достоверности в отношении метронидазола для местного применения, а также миноциклина для местного применения и миноциклина для приема внутрь одинаково эффективны, как и доксициклин в дозе 40 мг с модифицированным высвобождением. Для тетрациклина и низких доз миноциклина есть доказательства с низким уровнем достоверности. В отношении глазной розацеа имеются доказательства со средним уровнем достоверности в отношении эффективности пероральных омега-3-жирных кислот и доказательства с низким уровнем достоверности в отношении глазной эмульсии циклоsporина и доксициклина. Следует отметить, что на цветной коже светотерапию рекомендуется использовать с осторожностью, чтобы избежать появления раздражающей пигментации [29, 30].

Роль дерматолога в лечении розацеа и поддержании ремиссии считается одной из наиболее значимых. Дерматолог должен помочь внедрить здоровые повседневные привычки, включая уход за кожей и привычки правильного питания, а также поддерживать тесное общение с пациентами, обеспечивая долгосрочные удовлетворительные результаты. В рамках программ оздоровления дерматолог должен обучить пациентов с розацеа навыкам домашнего ухода за кожей, дать рекомендации по профессиональным уходовым и оздоровительным процедурам, включая аппаратные, лазерные, а также уделить внимание вопросам профилактической защиты от солнца, правильному подбору косметики, защищающей кожу [23, 31].

Таким образом, в настоящее время существует острая необходимость в глобальных исследованиях для разработки современного комплексного изучения розацеа, включая его патогенез, факторы риска, связь подтипов розацеа с сопутствующими заболеваниями. Наиболее актуальны исследования, изучающие роль иммунитета и микроорганизмов в патогенезе розацеа. Для выяснения особенностей коморбидности розацеа и заболеваний важны исследования в различных популяциях с подробными клиническими данными и более длительным периодом

Вопросы общественного здоровья

наблюдения. Оптимизация лечения розацеа должна быть обеспечена более глубоким пониманием патофизиологии розацеа. При этом немаловажно понимание связи степени тяжести и выраженности различных клинических симптомов розацеа, механизмов, регулирующих прогрессирование процесса, сочетания подтипов розацеа и течения заболевания в ассоциации с другими формами патологических нарушений.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Awosika O., Oussedik E. Genetic predisposition to rosacea // *Dermatol. Clin.* 2018. Vol. 36, N 2. P. 87–92. doi: 10.1016/j.det.2017.11.002
- Aponte J. L., Chiano M. N., Yerges-Armstrong L. M. et al. Assessment of rosacea symptom severity by genome-wide association study and expression analysis highlights immuno-inflammatory and skin pigmentation genes // *Hum. Mol. Genet.* 2018. Vol. 27, N 15. P. 2762–2772. DOI: 10.1093/hmg/ddy184
- Liu L., Chen Y., Chen J. et al. Association between frontal fibrosing Alopecia and Rosacea: results from clinical observational studies and gene expression profiles // *Front. Immunol.* 2022. Vol. 13. P. 985081. DOI: 10.3389/fimmu.2022.985081
- Oliveira C. M.M., Almeida L. M.C., Bonamigo R. R. et al. Consensus on the therapeutic management of rosacea — Brazilian Society of Dermatology // *An. Bras. Dermatol.* 2020. Vol. 9, N 5, Suppl 1. P. 53–69. DOI: 10.1016/j.abd.2020.08.001
- Zhang J., Yan Y., Jiang P. et al. Association between rosacea and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis // *J. Cosmet. Dermatol.* 2021. Vol. 20, N 9. P. 2715–2722. DOI: 10.1111/jocd.13884
- Chang H. C., Huang Y. C., Lien Y. J., Chang Y. S. Association of rosacea with depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis // *J. Affect. Disord.* 2022. Vol. 299. P. 239–245. DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.008
- Incel Uysal P., Akdogan N., Hayran Y. et al. Rosacea associated with increased risk of generalized anxiety disorder: a case-control study of prevalence and risk of anxiety in patients with rosacea // *An. Bras. Dermatol.* 2019. Vol. 94, N 6. P. 704–709. DOI: 10.1016/j.abd.2019.03.002
- Tsai T. Y., Chiang Y. Y., Huang Y. C. Cardiovascular risk and comorbidities in patients with rosacea: a systematic review and meta-analysis // *Acta Derm. Venereol.* 2020. Vol. 100, N 17. P. adv00300. DOI: 10.2340/00015555–3668
- Cho S. I., Lee H., Cho S. Risk of Skin cancer and actinic keratosis in patients with rosacea: a nationwide population-based cohort study // *Acta Derm. Venereol.* 2022. Vol. 102. P. adv00803. DOI: 10.2340/actadv.102.2563
- Wu Y., Li X., Chen S. et al. Inflammatory bowel disease and rosacea: a two-sample mendelian randomization study // *Dermatol. Ther.* 2023. Vol. 2023. DOI: 10.1155/2023/1353823
- Li S., Cho E., Drucker A. M. et al. Obesity and risk for incident rosacea in US women // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2017. Vol. 77, N 6. P. 1083–1087.e5. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.08.032
- Wienholtz N. K.F., Christensen C. E., Zhang D. G. et al. Clinical characteristics of combined rosacea and migraine // *Front. Med. (Lausanne).* 2022. Vol. 9. P. 1026447. DOI: 10.3389/fmed.2022.1026447
- Akin Belli A., Alatas E. T., Kara Polat A., Akbaba G. Assessment of thyroid disorders in patients with rosacea: a large case-control study // *An. Bras. Dermatol.* 2021. Vol. 96, N 5. P. 539–543. DOI: 10.1016/j.abd.2021.02.004
- Chung B. Y., Kim H. O., Park C. W. et al. Relationships of serum homocysteine, vitamin B12, and folic acid levels with papulopustular rosacea severity: a case-control study // *Biomed. Res. Int.* 2022. P. 5479626. DOI: 10.1155/2022/5479626
- Forton F. M. N. The pathogenic role of demodex mites in rosacea: a potential therapeutic target already in erythematotelangiectatic rosacea // *Dermatol. Ther. (Heidelb).* 2020. Vol. 10, N 6. P. 1229–1253. DOI: 10.1007/s13555-020-00458-9

- Forton F. M. N. Rosacea, an infectious disease: why rosacea with papulopustules should be considered a demodicosis. A narrative review // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2022. Vol. 36, N 7. P. 987–1002. DOI: 10.1111/jdv.18049
- Nobeyama Y., Aihara Y., Asahina A. Characteristics of rosacea and similar diseases in patients wearing face masks // *Skin Appendage Disord.* 2022. Vol. 8, N 6. P. 462–468. DOI: 10.1159/000525024
- Dall'Oglio F., Fusto C., Micali G. Intrafamilial transmission of rosacea spanning six generations: a retrospective observational study // *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2022. Vol. 15, N 2. P. 35–39.
- Buddenkotte J., Steinhoff M. Recent advances in understanding and managing rosacea // *F1000Res.* 2018. Vol. 7. P. F1000 Faculty Rev-1885. DOI: 10.12688/f1000research.16537.1
- Marchitto M. C., Chien A. L. Rosacea and associated comorbidities: a Google search trends analysis // *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2020. Vol. 13, N 7. P. 36–40.
- Yang F., Zhang Q., Song D. et al. A Cross-sectional study on the relationship between rosacea severity and quality of life or psychological state // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2022. Vol. 15. P. 2807–2816. DOI: 10.2147/CCID.S390921
- Kang C. N., Shah M., Tan J. Rosacea: an update in diagnosis, classification and management // *Skin Therapy Lett.* 2021. Vol. 26, N 4. P. 1–8.
- Nowicka D., Chilicka K., Dziędziora-Urbińska I., Szyguła R. Skin-care in rosacea from the cosmetologist's perspective: a narrative review // *J. Clin. Med.* 2022. Vol. 12, N 1. P. 115. DOI: 10.3390/jcm12010115
- Hu X. M., Li Z. X., Zhang D. Y. et al. Current research and clinical trends in rosacea pathogenesis // *Heliyon.* 2022. Vol. 8, N 10. P. e10874. DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e10874
- Zierl S., Guertler A., Hildebrand J. A. et al. A comprehensive epidemiological study of rosacea in Germany // *Eur. J. Dermatol.* 2021. Vol. 31, N 6. P. 744–751. DOI: 10.1684/ejd.2021.4165
- van Zuuren E. J., Arents B. W.M., van der Linden M. M.D. et al. Rosacea: new concepts in classification and treatment // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2021. Vol. 22, N 4. P. 457–465. DOI: 10.1007/s40257-021-00595-7
- Miyachi Y., Yamasaki K., Fujita T., Fujii C. Metronidazole gel (0.75%) in Japanese patients with rosacea: a randomized, vehicle-controlled, phase 3 study // *J. Dermatol.* 2022. Vol. 49, N 3. P. 330–340. DOI: 10.1111/1346–8138.16254
- Del Rosso J. Q., York J. P., Bhatia N. Effective treatment of inflammatory lesions of rosacea with subantibiotic dose doxycycline irrespective of patient weight or baseline lesion count severity // *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2022. Vol. 15, N 11. P. 69–74.
- van Zuuren E. J., Fedorowicz Z., Tan J. et al. Interventions for rosacea based on the phenotype approach: an updated systematic review including GRADE assessments // *Br. J. Dermatol.* 2019. Vol. 181, N 1. P. 65–79. DOI: 10.1111/bjd.17590
- Sarkar R., Podder I., Jagadeesan S. Rosacea in skin of color: A comprehensive review // *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2020. Vol. 86, N 6. P. 611–621. doi: 10.4103/ijdv.IJVDL\_769\_19
- Maliyar K., Abdulla S. J. Dermatology: how to manage rosacea in skin of colour // *Drugs Context.* 2022. Vol. 11. P. 2021-11-1. DOI: 10.7573/dic.2021–11

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

- Awosika O., Oussedik E. Genetic predisposition to rosacea. *Dermatol. Clin.* 2018;36(2):87–92. doi: 10.1016/j.det.2017.11.002
- Aponte J. L., Chiano M. N., Yerges-Armstrong L. M. et al. Assessment of rosacea symptom severity by genome-wide association study and expression analysis highlights immuno-inflammatory and skin pigmentation genes. *Hum. Mol. Genet.* 2018;27(15):2762–2772. DOI: 10.1093/hmg/ddy184
- Liu L., Chen Y., Chen J. et al. Association between frontal fibrosing Alopecia and Rosacea: results from clinical observational studies and gene expression profiles. *Front. Immunol.* 2022;13:985081. DOI: 10.3389/fimmu.2022.985081
- Oliveira C. M.M., Almeida L. M.C., Bonamigo R. R. et al. Consensus on the therapeutic management of rosacea — Brazilian Society of Dermatology. *An. Bras. Dermatol.* 2020;9(5, Suppl 1):53–69. DOI: 10.1016/j.abd.2020.08.001
- Zhang J., Yan Y., Jiang P. et al. Association between rosacea and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *J. Cosmet. Dermatol.* 2021;20(9):2715–2722. DOI: 10.1111/jocd.13884

6. Chang H. C., Huang Y. C., Lien Y. J., Chang Y. S. Association of rosacea with depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2022;299:239–245. DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.008
7. Incel Uysal P., Akdoğan N., Hayran Y. et al. Rosacea associated with increased risk of generalized anxiety disorder: a case-control study of prevalence and risk of anxiety in patients with rosacea. *An. Bras. Dermatol.* 2019;94(6):704–709. DOI: 10.1016/j.abd.2019.03.002
8. Tsai T. Y., Chiang Y. Y., Huang Y. C. Cardiovascular risk and comorbidities in patients with rosacea: a systematic review and meta-analysis. *Acta Derm. Venereol.* 2020;100(17):adv00300. DOI: 10.2340/00015555–3668
9. Cho S. I., Lee H., Cho S. Risk of Skin cancer and actinic keratosis in patients with rosacea: a nationwide population-based cohort study. *Acta Derm. Venereol.* 2022;102:adv00803. DOI: 10.2340/act-adv.v102.2563
10. Wu Y., Li X., Chen S. et al. Inflammatory bowel disease and rosacea: a two-sample mendelian randomization study. *Dermatol. Ther.* 2023;2023. DOI: 10.1155/2023/1353823
11. Li S., Cho E., Drucker A. M. et al. Obesity and risk for incident rosacea in US women. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2017;77(6):1083–1087.e5. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.08.032
12. Wienholtz N. K.F., Christensen C. E., Zhang D. G. et al. Clinical characteristics of combined rosacea and migraine. *Front. Med. (Lausanne)*. 2022;9:1026447. DOI: 10.3389/fmed.2022.1026447
13. Akin Belli A., Alatas E. T., Kara Polat A., Akbaba G. Assessment of thyroid disorders in patients with rosacea: a large case-control study. *An. Bras. Dermatol.* 2021;96(5):539–543. DOI: 10.1016/j.abd.2021.02.004
14. Chung B. Y., Kim H. O., Park C. W. et al. Relationships of serum homocysteine, vitamin B12, and folic acid levels with papulopustular rosacea severity: a case-control study. *Biomed. Res. Int.* 2022;5479626. DOI: 10.1155/2022/5479626
15. Forton F. M. N. The pathogenic role of demodex mites in rosacea: a potential therapeutic target already in erythematotelangiectatic rosacea. *Dermatol. Ther. (Heidelb)*. 2020;10(6):1229–1253. DOI: 10.1007/s13555-020-00458-9
16. Forton F. M. N. Rosacea, an infectious disease: why rosacea with papulopustules should be considered a demodicosis. A narrative review. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2022;36(7):987–1002. DOI: 10.1111/jdv.18049
17. Nobeyama Y., Aihara Y., Asahina A. Characteristics of rosacea and similar diseases in patients wearing face masks. *Skin Appendage Disord.* 2022;8(6):462–468. DOI: 10.1159/000525024
18. Dall'Oglio F., Fusto C., Micali G. Intrafamilial transmission of rosacea spanning six generations: a retrospective observational study. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2022;15(2):35–39.
19. Buddenkotte J., Steinhoff M. Recent advances in understanding and managing rosacea. *F1000Res.* 2018;7:F1000 Faculty Rev-1885. DOI: 10.12688/f1000research.16537.1
20. Marchitto M. C., Chien A. L. Rosacea and associated comorbidities: a Google search trends analysis. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2020;13(7):36–40.
21. Yang F., Zhang Q., Song D. et al. A Cross-sectional study on the relationship between rosacea severity and quality of life or psychological state. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2022;15:2807–2816. DOI: 10.2147/CCID.S390921
22. Kang C. N., Shah M., Tan J. Rosacea: an update in diagnosis, classification and management. *Skin Therapy Lett.* 2021;26(4):1–8.
23. Nowicka D., Chilicka K., Dzieńdziora-Urbińska I., Szyguła R. Skin-care in rosacea from the cosmetologist's perspective: a narrative review. *J. Clin. Med.* 2022;12(1):115. DOI: 10.3390/jcm12010115
24. Hu X. M., Li Z. X., Zhang D. Y. et al. Current research and clinical trends in rosacea pathogenesis. *Heliyon.* 2022;8(10):e10874. DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e10874
25. Zierl S., Guertler A., Hildebrand J. A. et al. A comprehensive epidemiological study of rosacea in Germany. *Eur. J. Dermatol.* 2021;31(6):744–751. DOI: 10.1684/ejd.2021.4165
26. van Zuuren E. J., Arents B. W.M., van der Linden M. M.D. et al. Rosacea: new concepts in classification and treatment. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2021;22(4):457–465. DOI: 10.1007/s40257-021-00595-7
27. Miyachi Y., Yamasaki K., Fujita T., Fujii C. Metronidazole gel (0.75%) in Japanese patients with rosacea: a randomized, vehicle-controlled, phase 3 study. *J. Dermatol.* 2022;49(3):330–340. DOI: 10.1111/1346–8138.16254
28. Del Rosso J. Q., York J. P., Bhatia N. Effective treatment of inflammatory lesions of rosacea with subantibiotic dose doxycycline irrespective of patient weight or baseline lesion count severity. *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* 2022;15(11):69–74.
29. van Zuuren E. J., Fedorowicz Z., Tan J. et al. Interventions for rosacea based on the phenotype approach: an updated systematic review including GRADE assessments. *Br. J. Dermatol.* 2019;181(1):65–79. DOI: 10.1111/bjd.17590
30. Sarkar R., Podder I., Jagadeesan S. Rosacea in skin of color: a comprehensive review. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2020;86(6):611–621. DOI: 10.4103/ijdv.IJDVL\_769\_19
31. Maliyar K., Abdulla S. J. Dermatology: how to manage rosacea in skin of colour. *Drugs Context.* 2022;11:2021-11-1. DOI: 10.7573/dic.2021-11

Хомутов В. Е.<sup>1</sup>, Колесникова И. В.<sup>1</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>2</sup>, Беспятых Ю. А.<sup>1,2,3</sup>

## ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ С ПРИСТУПАМИ ПО ТИПУ DÉJÀ VU

<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины имени академика Ю. М. Лопухина», 119435, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Российский химико-технологический университет имени Д. И. Менделеева», 125047, Москва, Россия

Феномен *déjà vu* (DV) встречается у 97% здоровых лиц, при этом может быть проявлением ряда патологий: синдрома Шарля Бонне, депрессии, шизофрении, височной эпилепсии. Большинство случаев эпифеноменов по типу DV ассоциировано с гиппокампальным склерозом, при этом до 90% пациентов с мезиальным темпоральным склерозом являются фармакорезистентными. Несмотря на успехи фармакотерапии частота «неконтролируемой» эпилепсии в индустриально развитых странах, придерживающихся современных стандартов лечения, составляет 30–40%, причем этот процент выше среди больных с симптоматической и криптогенной формами, чем среди больных с идиопатической эпилепсией (40% и 26% соответственно). В свою очередь при изучении феномена DV и выборе стратегии терапии необходимым является установление его происхождения, определение клинического значения (является ли он изначально патологическим или нет), и необходимость лечения. В ходе анализа экзомных данных проводился поиск замен в генах, ассоциированных с артериовенозными мальформациями как с аутосомно-доминантным, так и с аутосомно-рецессивным типами наследования. Особенно внимательно были проанализированы гены KRIT1, RASA1, IL6, FAM58A, GLML, EPHB4, CCM2, ELMO2. Анализ генетических данных имеет большое значение в аспекте предотвращения цереброваскулярных катастроф, в то же время для получения достоверных и значимых результатов, помимо временных и финансовых затрат, требуется обследование родственников. Между тем, данный факт не означает, что каждому пациенту необходимо проводить генетическое обследование. В работе представлены детальные указания на дополнения анамнестических сведений, а также результаты персонализированной инструментальной и лабораторной диагностики, позволившие провести своевременную коррекцию терапии и достичь пролонгированного положительного эффекта.

**Ключевые слова:** эпилепсия; мезиальный склероз; артериовенозные мальформации; генетика эпилепсии

**Для цитирования:** Хомутов В. Е., Колесникова И. В., Мингазова Э. Н., Беспятых Ю. А. Персонализированный подход в диагностике и лечении симптоматической эпилепсии с приступами по типу *déjà vu*. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):887–891. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-887-891>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Khomutov V. E.<sup>1</sup>, Kolesnikova I. V.<sup>1</sup>, Mingazova E. N.<sup>2</sup>, Bespyatykh Yu. A.<sup>1,2,3</sup>

## PERSONALIZED APPROACH IN THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SYMPTOMATIC EPILEPSY WITH DÉJÀ VU SEIZURES

<sup>1</sup>Lopukhin Federal Research and Clinical Center of Physical-Chemical Medicine, 119435, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Dmitry Mendeleev University of Chemical Technology of Russia, 125047, Moscow, Russia

The phenomenon of *déjà vu* (DV) is of interest, occurring in 97% of healthy individuals, while DV can be a manifestation of a number of pathologies, such as Charles Bonnet syndrome, depression, schizophrenia, or temporal lobe epilepsy. Most cases of DV type epiphenomena are associated with hippocampal sclerosis, while up to 90% of patients with mesial temporal sclerosis are drug resistant. Despite the success of pharmacotherapy, the frequency of «uncontrolled» epilepsy in industrialized countries that adhere to modern standards of treatment is from 30 to 40%, and this percentage is higher among patients with symptomatic and cryptogenic forms than among patients with idiopathic epilepsy (respectively: 40% and 26%). In turn, when studying the DV phenomenon and choosing a therapy strategy, it is necessary to establish its origin, determine its clinical significance (whether it is initially pathological or not), and the need for treatment. During the analysis of exome data, a search was made for substitutions in genes associated with arteriovenous malformations, both with autosomal dominant and autosomal recessive types of inheritance. The genes KRIT1, RASA1, IL6, FAM58A, GLML, EPHB4, CCM2, and ELMO2 were analyzed especially carefully. The analysis of genetic data is of great importance in the aspect of preventing cerebrovascular accidents, at the same time, in order to obtain reliable and significant results, in addition to time and financial costs, examination of relatives is also required. Meanwhile, this fact does not mean that every patient needs to conduct a genetic study. The paper presents detailed instructions for supplementing anamnestic information, as well as the results of personalized instrumental and laboratory diagnostics, which made it possible to carry out timely correction of therapy and achieve a prolonged positive effect.

**Keywords:** epilepsy; mesial temporal sclerosis; arteriovenous malformations; epilepsy genetics

**For citation:** Khomutov V. E., Kolesnikova I. V., Mingazova E. N., Bespyatykh Yu. A. Personalized approach in the diagnostics and treatment of symptomatic epilepsy with *déjà vu* seizures. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(Special Issue 1):887–891 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-887-891>

**For correspondence:** Elmira N. Mingazova; e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

## Введение

Эпилепсия представляет собой хроническое неинфекционное заболевание головного мозга, поражающее людей в любом возрасте, и является одним из самых распространенных неврологических заболеваний в мире, которым страдает порядка 50 млн человек<sup>1</sup>. Лекарственная терапия при диагнозе «эпилепсия» зачастую оказывается неэффективной, что также может приводить к ошибочной диагностике эпилепсии [1]. Диагностика осложняется появлением психопатологической симптоматики в структуре эпилепсии. Одними из наиболее частых психопатологических нарушений, требующих дифференциальной диагностики, являются дереализационные расстройства.

Так, феномен *déjà vu* (франц. «уже виденное»; DV) принадлежит к группе дереализационных расстройств, включающих такие состояния, как *déjà vécu* («уже узнанное»), *déjà entendu* («уже слышанное»), *jamais vu* («не виданное ранее»). Впервые термин был упомянут французским психологом Э. Байраком в монографии «L'Avenir des sciences psychiques» («Будущее психологии», 1918) [2, 3]. DV является аберрацией психической деятельности, ассоциированной с транзиторным нарушением восприятия новых состояний, объектов или людей, воспринимаемых как уже увиденное.

подавляющее большинство случаев эпилептических феноменов по типу DV ассоциировано с гиппокампальным склерозом, при этом до 90% пациентов с мезиальным темпоральным склерозом являются фармакорезистентными (в зависимости от варианта поражения по классификации I. Blumcke и соавт.) [4, 5].

Для 1-го типа характерно выраженное уменьшение количества клеток во всех секторах (1-a — преобладание поражения сектора CA1; 1-b — резко выраженные изменения во всех секторах); для 2-го типа — резко выраженное поражение сектора CA1 при негрубых изменениях других отделов; для 3-го типа — выраженное поражение сектора CA4, негрубые изменения в секторах CA2 и CA3 при сохранности сектора CA1 [6].

Клинически заболевание характеризуется наличием сложных парциальных приступов с наличием «эпигастральной» ауры, висцеровегетативных нарушений, ороалиментарных автоматизмов, «мануальных» автоматизмов гомолатеральных и дистонических нарушений в контралатеральных конечностях.

Магнитно-резонансными (МР) признаками медиального склероза являются уменьшение объема структуры, выявляемой в режимах T1 и T1 «инверсия—восстановление», повышение сигнала в режиме T2 и FLAIR. При <sup>1</sup>H-МР-спектроскопии медиальный склероз проявляется в виде уменьшения соотношения N-ацетиласпартата (нейрональный маркер) и холина (маркер энергетического обмена).

Одной из наиболее актуальных проблем хирургии эпилепсии является проблема, получившая название двойной патологии, — сочетание экстрагиппокампальных поражений (как височных, так и экстраатемпоральных) с склерозом гиппокампа. В настоящее время к двойной патологии относятся случаи сочетания 2 и более поражений различной этиологии, а также сочетание «основного» поражения (опухоль, склероз гиппокампа и др.) с фокальной кортикальной дисплазией II типа.

Из вышесказанного можно заключить, что DV является дефектом памяти, основанным на нарушении некоторых биохимических процессов в подкорковых структурах и коре головного мозга, в то же время детальное изучение феномена затруднено [7]. При всей массовости явления у каждого конкретного человека случаи ложной памяти случаются редко и непредсказуемо, в связи с этим крайне актуальным является разработка алгоритмов ведения таких пациентов и персонификация каждого случая.

## Материалы и методы

С января по сентябрь 2021 г. в отделение неврологии Клинической больницы № 123 ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России поступили 6 пациентов (4 мужчин и 2 женщины) в возрасте 32—67 лет со структурными поражениями гиппокампа, из них 5 — со склерозом гиппокампа (рис. 1), включая 1 случай сочетания склероза гиппокампа с фокальной кортикальной дисплазией IIIa типа («двойная патология»), 1 пациент с артериовенозной мальформацией (АВМ) в проекции гиппокампа. Всем пациентам проведено клиническое лабораторное, нейровизуализационное и нейрофизиологическое обследования в соответствии с клиническими рекомендациями.

Среди поступивших особый интерес представлял пациент М., 56 лет, поступивший в сентябре 2021 г. в связи с нарастанием частоты и длительности приступов по типу DV и отягощением протекания генерализованных тонико-клонических приступов. Диагноз эпилепсии был установлен с 2005 г., при этом поражение гиппокампа по данным выполненной ранее нейровизуализации было подтверждено, но не было точно верифицировано. Семиология приступов — DV (длительностью до 1 нед) + вторично-генерализованные тонико-клонические судорожные приступы частотой до нескольких раз в месяц. Инициальная противоэпилептическая терапия — карбамазепин, 400 мг/сут.

Исследование проведено в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации и ГОСТ Р ИСО 14155—2014. Все участники исследования подписали информированное добровольное согласие. Пациент дал согласие на обработку и публикацию персональных данных.

## Результаты

Поражение гиппокампа по данным выполненной ранее нейровизуализации (МР-томография)

<sup>1</sup> Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. Эпилепсия. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>



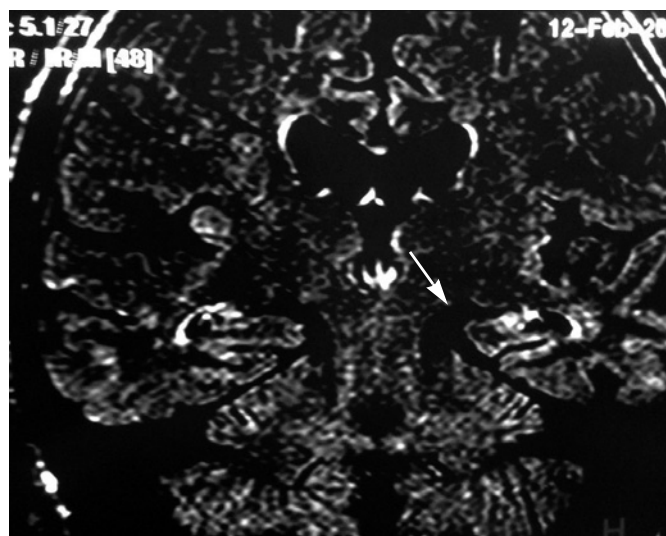


Рис. 1. МР-томограмма головного мозга с мезиальным темпоральным склерозом слева.

было подтверждено (рис. 1), но не было точно верифицировано. МР-диагностика на базе Клинической больницы № 123 ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России выполнена с использованием высокопольного МР-томографа «ExcelArt Vantage Atlas 1.5T» («Toshiba Medical Systems Corporation»).

При дообследовании в условиях клиники стационара была выявлена сосудистая структура со строением по типу «голова медузы» размерами 14 × 11 мм без изменения сигнала от окружающей паренхимы головного мозга с дренированием ее в поперечный синус (рис. 2).

Плазменная концентрация карбамазепина:

- до приема — 3,2 мкг/мл;
- после приема утренней дозы — 4,6 мкг/мл.

Попытка повышения дозы карбамазепина до 600 мг/сут оказалась безуспешной, отмечены явления непереносимости. Пациент был переведен с приема карбамазепина на прием вальпроевой кислоты с постепенным повышением дозы до 1200 мг/сут.

Плазменная концентрация вальпроевой кислоты:

- до приема утренней дозы препарата — 59 мкг/мл;
- после приема — 72 мкг/мл.

При уточнении анамнестических сведений были получены данные касательно предположения о наличии АВМ у ближайших родственников пациента, в связи с чем у пациента был взят анализ крови для полноэкзомного секвенирования. Секвенирование проведено на базе ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России с использованием реагентов «Ion AmpliSeq™ Exome RDY Kit», «Ion PI™ Hi-Q™ Sequencing Kit» и высокопроизводительного генетиче-

ского анализатора «Ion Proton™ System» («Life Technologies»).

В ходе анализа экзомных данных пробанда проводился поиск патогенных, условно патогенных нуклеотидных замен и замен с неизвестной клинической значимостью в генах, ассоциированных по данным [omim.org](http://omim.org), с АВМ как с аутосомно-доминантным, так и с аутосомно-рецессивным типами наследования. Материал родственников был недоступен для анализа.

Особенно внимательно были проанализированы гены *KRIT1*, *RASA1*, *IL6*, *FAM58A*, *GLML*, *EPHB4*, *CCM2*, *ELMO2*, описанные в [omim.org](http://omim.org) как ассоциированные с моногенными формами АВМ. Данных за наличие патогенных, условно патогенных вариантов и вариантов с неизвестным клиническим значением в рамках данного исследования не получено.

При наблюдении на постгоспитальном этапе — редукция частоты приступов до 1 раза в несколько месяцев. Принимая во внимание редукцию частоты приступов и улучшение качества жизни пациента, последним было принято решение воздержаться от получения хирургической помощи по поводу сосудистой аномалии в проекции гиппокампа. Постгоспитальное наблюдение продолжено.

### Обсуждение

Несмотря на успехи фармакотерапии, частота «неконтролируемой» эпилепсии в индустриально развитых странах, придерживающихся современных стандартов лечения, составляет 30—40%, причем этот процент выше среди больных с симптоматической и криптогенной формами, чем среди больных с идиопатической эпилепсией (40% и 26% соответственно). В свою очередь при изучении феномена DV необходимо установление его происхождения, определение клинического значения (является ли он изначально патологическим или нет) и необходимости лечения.

Хирургическое лечение является дополнительным методом лечения симптоматической эпи-

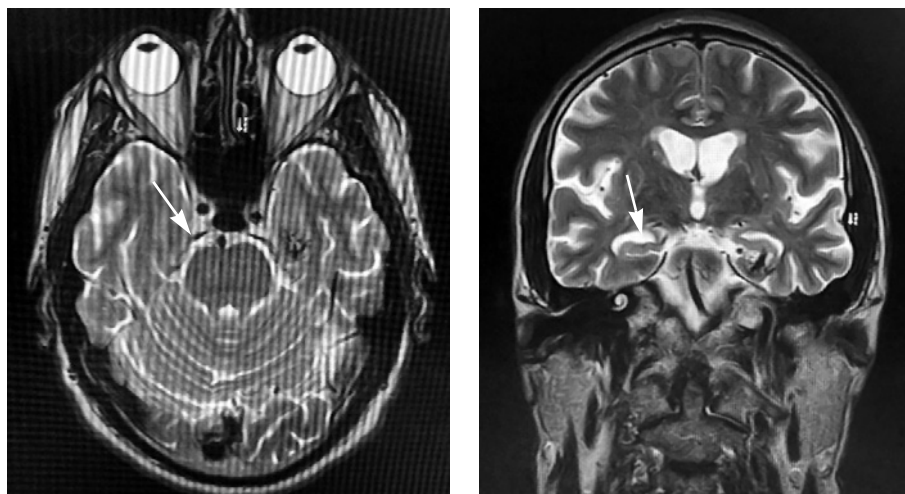


Рис. 2. МР-томограмма головного мозга пациента М.

Стрелки — АВМ в проекции левого гиппокампа.

лепсии, применяемым только в случаях верифицированной фармакорезистентности, при наличии строгих показаний, выявляемых при прехирургическом обследовании пациента. Современный этап развития эпилептологии характеризуется совершенствованием методов нейровизуализации, позволяющих выявить достаточно небольшие структурные изменения, патогенетически связанные с возникновением эпилептического процесса, вследствие чего доля больных с симптоматическими формами заболевания увеличивается за счет уменьшения доли больных с криптогенными формами. Идиопатическая форма эпилепсии не может являться объектом хирургического лечения [8].

Хирургическое лечение служит дополнительным методом лечения эпилепсии симптоматической формы, применяемым только в случаях верифицированной фармакорезистентности, при наличии строгих показаний, установленных при прехирургическом обследовании пациента [9]. Целью прехирургического обследования больных является диагностика основных зон, определения которых предложены Н. О. Luders и соавт. [10].

Ранее было показано, что феномен DV встречается при криптогенных и симптоматических фокальных формах эпилепсии и может сочетаться практически с любыми типами припадков, наблюдаться в виде самостоятельного приступа и в структуре парциального и вторично генерализованного приступа [11]. Безусловно, актуален вопрос выявления дереализационных расстройств у здоровых. Существенную роль в этом вопросе будет играть генетическая предрасположенность.

АВМ является редкой нозологией, однако относится к наиболее частому варианту сосудистых ангиоматозных пороков развития нервной системы и является следствием диспластического метаморфоза неизвестного генеза. В пользу наследственной генетической природы имеется достаточное количество данных литературы, включающих такие факты, как семейная встречаемость, предположительно аутосомно-доминантный тип наследования и возможная многофакторность состояния [12, 13]. Однако в представленном случае выявленной АВМ патогенных, условно патогенных вариантов и вариантов с неизвестным клиническим значением не выявлено. Используемая методика не дает возможность корректно идентифицировать непротяженные инсерции и делеции, в особенности в гомополимерных участках ДНК. Таким образом, отсутствие в отчете информации о возможных патогенных делециях и инсерциях не отрицает их возможного наличия.

### Выводы

Генетическое исследование способно иметь большое значение в аспекте предотвращения цереброваскулярных катастроф, но при этом для получения качественных результатов, помимо временных затрат, требуется обследование родственников. В то же время это не означает, что каждому пациен-

ту необходимо пройти генетическое исследование, но не исключает, что при любом неочевидном случае возникновения АВМ причина может заключаться именно в генетическом отклонении. Накопление данных секвенирования таких пациентов и их родственников поможет в дальнейшем в расшифровке причин и механизмов возникновения и развития АВМ, что, в свою очередь, безусловно, будет иметь значение и для развития терапии, и для минимизации хирургического вмешательства.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П. Н. Дифференциальная диагностика основных пароксизмальных состояний в практике невролога и терапевта // Фарматека. 2008. Т. 15. С. 72—78.
2. Illman N. A., Butler C. R., Souchay C., Moulin C. J. Déjà experiences in temporal lobe epilepsy // *Epilepsy Res. Treat.* 2012. Vol. 2012. P. 539567.
3. Bancaud J., Brunet-Bourgin F., Chauvel P., Halgren E. Anatomical origin of déjà vu and vivid 'memories' in human temporal lobe epilepsy // *Brain.* 1994. Vol. 117, Pt. 1. P. 71—90.
4. Blumcke I., Thom M., Aronica E. et al. International consensus classification of hippocampal sclerosis in temporal lobe epilepsy: a Task Force report from the ILAE Commission on Diagnostic Methods // *Epilepsia.* 2013. Vol. 54, N 7. P. 1315—1329.
5. Blumcke I., Thom M., Aronica E. et al. The clinicopathologic spectrum of focal cortical dysplasias: a consensus classification proposed by an ad hoc Task Force of the ILAE Diagnostic Methods Commission // *Epilepsia.* 2011. Vol. 52, N 1. P. 158—174.
6. Spencer S. S., Spencer D. D. Entorhinal-hippocampal interactions in medial temporal lobe epilepsy // *Epilepsia.* 1994. Vol. 35. P. 721—727.
7. Mathern G. W., Babb T. L., Leite J. P. et al. The pathogenic and progressive features of chronic human hippocampal epilepsy // *Epilepsy Res.* 1996. Vol. 26. P. 151—161.
8. Копачев Д. Н., Шишкина Л. В., Быченко В. Г. и др. Склероз гиппокампа: патогенез, клиника, диагностика, лечение // Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко. 2016. Т. 80, № 4. С. 109—116.
9. Siegel A. M., Wieser H. G., Wichmann W. et al. Relationships between MR-imaged total amount of tissue removed, resection scores of specific mediobasal limbic subcompartments and clinical outcome following selective amygdalohippocampectomy // *Epilepsy Res.* 1990. Vol. 6. P. 56—65.
10. Meencke H. J., Veith G. Hippocampal sclerosis in epilepsy // *Epilepsy surgery* / ed. Н. О. Luders. N.Y.; 1991. P. 705—715.
11. Червяков А. В., Власов П. Н., Дрожжина Г. Р. и др. Клинические и нейрофизиологические характеристики феномена дежавю при эпилепсии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № 1. С. 10—14.
12. Starke R. M., Komotar R. J., Hwang B. Y. et al. Treatment guidelines for cerebral arteriovenous malformation microsurgery // *Br. J. Neurosurg.* 2009. Vol. 23, N 4. P. 376—386.
13. van Beijnum J., van der Worp H. B., Buis D. R. et al. Treatment of brain arterio-venous malformations: a systematic review and meta-analysis // *JAMA.* 2011. Vol. 306, N 18. P. 2011—2019.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Vlasov P. N. Differential diagnosis of the main paroxysmal conditions in the practice of a neurologist and therapist. *Pharmateka.* 2008;15:72—78. (In Russ.)
2. Illman N. A., Butler C. R., Souchay C., Moulin C. J. Déjà experiences in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Res. Treat.* 2012;2012:539567.
3. Bancaud J., Brunet-Bourgin F., Chauvel P., Halgren E. Anatomical origin of déjà vu and vivid 'memories' in human temporal lobe epilepsy. *Brain.* 1994;117(Pt 1):71—90.

Вопросы общественного здоровья

4. Blumcke I., Thom M., Aronica E. et al. International consensus classification of hippocampal sclerosis in temporal lobe epilepsy: a Task Force report from the ILAE Commission on Diagnostic Methods. *Epilepsia*. 2013;54(7):1315—1329.
5. Blumcke I., Thom M., Aronica E. et al. The clinicopathologic spectrum of focal cortical dysplasias: a consensus classification proposed by an ad hoc Task Force of the ILAE Diagnostic Methods Commission. *Epilepsia*. 2011;52(1):158—174.
6. Spencer S. S., Spencer D. D. Entorhinal-hippocampal interactions in medial temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*. 1994;35:721—727.
7. Mathern G. W., Babb T. L., Leite J. P. et al. The pathogenic and progressive features of chronic human hippocampal epilepsy. *Epilepsy Res*. 1996;26:151—161.
8. Kopachev D. N., Shishkina L. V., Bychenko V. G. et al. Hippocampal sclerosis: pathogenesis, clinical features, diagnosis, and treatment. *Zhurnal Voprosy Neurokhirurgii Imeni N. N. Burdenko*. 2016;80(4):109—116. (In Russ.)
9. Siegel A. M., Wieser H. G., Wichmann W. et al. Relationships between MR-imaged total amount of tissue removed, resection scores of specific mediobasal limbic subcompartments and clinical outcome following selective amygdalohippampectomy. *Epilepsy Res*. 1990;6:56—65.
10. Meencke H. J., Veith G. Hippocampal sclerosis in epilepsy. In: H. O. Luders (ed.) *Epilepsy surgery*. N.Y.; 1991:705—715.
11. Chervyakov A. V., Vlasov P. N., Drozhzhina G. R. et al. Clinical and neurophysiological characteristics of the déjà vu phenomenon in epilepsy. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2012;(1):10—14. (In Russ.)
12. Starke R. M., Komotar R. J., Hwang B. Y. et al. Treatment guidelines for cerebral arteriovenous malformation microsurgery. *Br. J. Neurosurg*. 2009;23(4):376—386.
13. van Beijnum J., van der Worp H. B., Buis D. R. et al. Treatment of brain arteriovenous malformations: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011;306(18):2011—2019.

# Организация здравоохранения: зарубежный обзор

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023  
УДК 614.2

**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафирова В. Б.**

## КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРЕЦИИ, ИСПАНИИ И БОЛГАРИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

*В статье представлен краткий описательный обзор кадрового потенциала здравоохранения Греции, Испании и Болгарии. Отмечено, что они отличаются избыточностью врачей-специалистов при относительном дефиците врачей общей практики. Врачебные кадры данных стран характеризуются постарением, тенденцией к миграции в другие страны, дефицитом среднего медицинского персонала, превышением необходимого количества стоматологов, что особенно выражено в Болгарии. Кроме того, снижают доступность медицинской помощи и лимиты на количество пациентов за определенный временной период у одного врача, установленные в Греции.*

*Уровень заработной платы врачей этих стран варьирует от минимального (Греция, Болгария) до максимального в Испании. При этом подготовка медицинских кадров осуществляется по Болонской системе (бакалавриат, магистратура и т. д.) и характеризуется длительным периодом (4–5 лет) подготовки врача к самостоятельной работе.*

**Ключевые слова:** общественное здравоохранение; здравоохранение за рубежом; кадровый потенциал

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафирова В. Б. Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Греции, Испании и Болгарии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):892–896. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-892-896>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N.**

## BRIEF DESCRIPTION OF THE PERSONNEL POTENTIAL OF HEALTHCARE IN GREECE, SPAIN AND BULGARIA

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

*The article presents a brief descriptive overview of the human resources of healthcare in Greece, Spain and Bulgaria. It is noted that they differ in the redundancy of specialist doctors with a relative shortage of general practitioners. The medical personnel of these countries are characterized by aging, a tendency to migrate to other countries, a shortage of secondary medical personnel, an excess of the required number of dentists, which is especially pronounced in Bulgaria. In addition, the availability of medical care and the limits on the number of patients for a certain time period with one doctor, established in Greece, reduce.*

*The salary level of doctors in these countries varies from the minimum (Greece, Bulgaria) to the maximum in Spain. At the same time, the training of medical personnel is carried out according to the Bologna system (bachelor's degree, master's degree, etc.) and is characterized by a long period (4–5 years) of preparing a doctor for independent work.*

**Keywords:** public health, healthcare abroad, human resources.

**For citation:** Amlaev K. R., Mazharov V. N., Zafirova V. B. Brief description of the personnel potential of healthcare in Greece, Spain and Bulgaria. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):892–896 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-892-896>

**For correspondence:** Karen R. Amlaev, e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

### Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Греции

Соотношение врачей и пациентов в Греции является самым высоким в ЕС: в 2014 г. число практикующих врачей достигло 625 на 100 тыс. населения (по сравнению со средним показателем по ЕС в 350). Подавляющее большинство врачей являются врачами-специалистами, а не врачами общей практики (терапевтами). Кроме того, в Греции самое низкое число медсестер среди 27 стран ЕС, особенно в обла-

сти первичной медико-санитарной помощи, с 3,4 медсестрами на 1000 жителей (средний показатель по ЕС равен 864)<sup>1</sup>. Нехватка медсестер особенно остро стоит в государственных больницах Греции.

В стране были установлены ежемесячные ограничения на деятельность врачей, работающих по контракту с национальной организацией предостав-

<sup>1</sup> OECD. Nurses Total, Per 1,000 inhabitants, 2018 n.d. URL: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

ления медицинских услуг, включая количество посещений пациентов, количество назначений лекарств и количество назначений диагностических и лабораторных тестов. В результате пациенты вынуждены искать врачей, которые не достигли своих лимитов посещения и назначения лекарств.

Максимальное количество консультаций, предоставляемых врачами по контракту, составляет 200 консультаций в месяц (50 консультаций в неделю) и не более 20 посещений застрахованных пациентов в день. Это означает, что как только будет достигнут предел для консультаций, пациентам может потребоваться обратиться за медицинской помощью в частные учреждения. Национальная организация предоставления медицинских услуг позволяет застрахованным пациентам посетить врача, не работающего с ней по контракту, заплатить ему плату за обслуживание напрямую, а затем получить возмещение в размере фиксированной суммы в диапазоне 10—20 евро, что ниже рыночной цены в среднем примерно на 50 евро. Кроме того, был установлен минимальный лимит времени в 15 мин на одного пациента. Медицинские работники, работающие в государственном секторе (например, в больницах, медицинских центрах, сельских хирургических отделениях), являются государственными служащими и получают заработную плату. Показательно, что средняя годовая зарплата специалистов составила 42 000 евро в 2015 г., в то время как средняя зарплата медсестры за тот же период была равна 21 тыс. евро. Хотя предполагается, что оплата труда в медицинских организациях на основе заработной платы способствует контролю затрат, это не создает стимулов для повышения производительности и эффективности. Врачам, работающим в государственных больницах, выплачивается ежемесячная зарплата, им не разрешается заниматься частной медицинской практикой, но допускается оказывать помощь частным пациентам, посещающим дневные амбулаторные клиники государственных больниц на платной основе [1, 2].

В целом, заработная плата медицинского персонала в Греции была одной из самых низких в ЕС еще до кризиса. Однако в целях сокращения затрат на систему здравоохранения всем медицинским работникам, работающим в государственном секторе, включая административный персонал, врачей, медсестер, фармацевтов и средний медицинский персонал, была сокращена заработная плата на 20%. Более того, запланированные бонусы за производительность, основанные на результатах, не выплачивались [3].

Министерство здравоохранения Греции определяет количество врачей, которые могут практиковать в финансируемых государством медицинских учреждениях, но не регулирует их распределение по всей стране. Министерство образования определяет количество мест, доступных в медицинских школах, но они не соответствуют потребностям населения или системы здравоохранения ни на цен-

тральном, ни на региональных уровнях. В результате в Греции наблюдается серьезный дисбаланс в распределении и доступности врачебных ресурсов. Кроме того, в Греции имеется дисбаланс между количеством врачей общей практики и врачами-специалистами по причине исторически неразвитой первичной медицинской помощи, отсутствия качественной подготовки и более высокого социального статуса врача-специалиста [4]. Большое количество врачей может привести к увеличению спроса независимо от реальных потребностей населения в области здравоохранения [1, 5]. В свою очередь обеспеченность врачами в 2014 г. варьировала от примерно 300 на 100 тыс. населения в Западной Македонии и Центральной Греции до 874 на 100 тыс. в Аттике<sup>2</sup>.

Фактические данные показывают, что в ходе реформы произошло лишь незначительное увеличение численности врачей общей практики с 3,4 на 10 тыс. жителей в 2017 г. до 3,6 в 2018 г., что по-прежнему является самым низким показателем в Европе<sup>3</sup>. Это может быть частично связано с неудовлетворенностью их уровнем дохода<sup>4</sup>, особенно в сельских и отдаленных районах.

В 2014 г. в Греции было самое высокое соотношение практикующих стоматологов в ЕС (125 против 68 на 100 тыс. населения), хотя в последние годы этот показатель несколько снизился.

В Греции существуют два аспекта ответственности за медицинские ошибки: дисциплинарный и юридический. Дисциплинарную ответственность налагают медицинские ассоциации, региональные дисциплинарные советы и Центральный дисциплинарный совет Министерства здравоохранения (от отстранения от работы до окончательного исключения из профессии). Юридическая ответственность относится к компетенции судов. Если врач будет признан виновным, приговором может быть тюремное заключение или материальная компенсация для пациента.

В настоящее время в Греции существуют 7 государственных университетских медицинских школ, предлагающих базовый шестилетний медицинский курс, ведущий к получению медицинской степени. После окончания университета все выпускники медицинских вузов обязаны пройти специализированный курс в государственной или университетской больнице, продолжительность которого составляет от 4 лет для общей практики до 7 лет для сосудистой хирургии и нейрохирургии. Врачи также обязаны пройти обязательную годичную стажировку в сельской местности, после чего они могут свободно заниматься медицинской практикой в любом месте.

<sup>2</sup> Hellenic Statistical Authority. ELSTAT database [online database]. Piraeus; 2018. URL: <http://www.statistics.gr/en/home>

<sup>3</sup> OECD Health Statistics. 2017 [online database]. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

<sup>4</sup> Statista. The EU countries with the most (and least) GPs n.d. URL: <https://www.statista.com/chart/16680/doctors-gps-per-capita-eu/>

### Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Испании

Число врачей в Испании на 100 тыс. населения в 2015 г. составило 380 человек, что немного выше среднего показателя по ЕС в 350 человек за этот год. Показатель обеспеченности медицинскими сестрами был равен 534 медсестры на 100 тыс. населения, что ниже среднего показателя по ЕС в 864 человека, при соотношении медсестер к врачам 1,4. Доля женщин-врачей достигает 55,7% в системе первичной медико-санитарной помощи и 49,5% в больничных учреждениях. Соотношение медсестер и врачей ниже среднего показателя по странам Организации экономического сотрудничества и развития (1,4 против 2,5). Органы здравоохранения автономных сообществ Испании страхуют ответственность своих специалистов. Данные структуры имеют группу инспекторов, которые, помимо прочих обязанностей, анализируют любое возможное нарушение прав пациентов.

Вознаграждение работников национальной системы здравоохранения Испании состоит из «основных» выплат при исполнении служебных обязанностей и «дополнительных» бонусов. Первые включают фактическую заработную плату и сумму, привязанную к надбавкам за выслугу лет. В свою очередь, дополнительные вознаграждения устанавливаются в соответствии с характеристиками должности, результатами работы и профессиональной карьерой (например, бонусы, связанные с научными достижениями). Заработная плата семейных врачей включает в себя надбавку (составляющую примерно 10% или 15% от общей заработной платы), которая учитывает численность и демографическую структуру выделенного им населения.

Заработная плата врачей в 1,6—1,8 раза превышает среднюю годовую зарплату высокообразованных работников в Испании, в то время как годовой доход медсестер немного ниже среднего, хотя и выше среднего показателя по странам ОЭСР [6].

Медицинское высшее образование в Испании включает три образовательные ступени: бакалавриат, магистратуру и докторантуру. Обучение на бакалавриате в Испании длится 4—6 лет, студенты изучают фундаментальные дисциплины в области биологии, химии, анатомии и других областях. Изучив базовые предметы, учащиеся занимаются клиническими исследованиями в учебных больницах под руководством опытных специалистов. Получив диплом, выпускники могут начинать профессиональную деятельность в любом медицинском учреждении в качестве младшего сотрудника.

Для получения полного медицинского образования необходимо окончить магистратуру и набрать около 330—360 кредитов. Обычно это занимает 1—2 года. Программу обучения можно разделить на доклинические и клинические курсы — последние включают в себя практические задания, который студенты выполняют в медицинских учреждениях.

Получив диплом магистра, специалисты имеют право работать в клиниках в качестве врачей.

Особой популярностью в Испании пользуется система подготовки врачей-специалистов MIR (*médico interno residente*) — аналог интернатуры. Выпускники MIR гарантированно получают рабочие места в медицинских учреждениях по выбранной специализации. Один раз в год проводится вступительный экзамен в MIR, который считается одним из самых сложных в стране. Обучение необходимо, чтобы стать специалистом в одной из следующих областей: педиатрия, анестезия, травматология, семейным врачом и др. Претенденты с наивысшими баллами могут не только выбирать специальность, но и медицинское учреждение, в котором они будут проходить интернатуру. Студенты сдают экзамен в виде тестирования (около 200 вопросов с 4 вариантами ответов), при этом вопросы одинаковы для всех специальностей. Хирургическая интернатура длится 5 лет, нехирургическая — 4 года. После этой стажировки или ординатуры студенты должны сдать национальный экзамен на получение лицензии, проходной балл которого дает им право искать работу в конкретной отрасли медицины, в которой они получили свою степень. Чтобы сохранить эту лицензию, врачам необходимо будет пройти курсы непрерывного образования, которые будут держать их в курсе различных новых медицинских технологий и процедур.

### Краткая характеристика кадрового потенциала здравоохранения Болгарии

Число врачей в Болгарии на 1000 населения было равно 4,16 в 2016 г., что ставит Болгарию выше среднего показателя по ЕС — 28 (3,5 на 1000 населения). Врачей-специалистов гораздо больше, чем врачей общей практики (терапевтов), причем последние составляют всего 16,6% общей численности врачей.

Согласно Коллективному трудовому соглашению в области здравоохранения от 2016 г. минимальная месячная заработная плата (без дополнительных бонусов) для врача, непосредственно участвующего в диагностико-терапевтических мероприятиях, варьирует от 830 левов (424,40 евро) до 1170 левов (598,20 евро) в зависимости от формы собственности больницы, квалификации и должности врача<sup>5</sup>.

Министерство здравоохранения и профессиональные ассоциации несут совместную ответственность за регистрацию и планирование труда медицинских работников. Региональная инспекция здравоохранения совместно с профессиональными ассоциациями и Высшим медицинским советом изучает потребности в медицинских специалистах и предлагает ежегодное количество абитуриентов, которые будут приниматься в медицинские школы. Министерство здравоохранения ежегодно определяет количество мест для последипломного обуче-

<sup>5</sup> Ministry of Health/MoH. Collective Labour Agreement in the field of health care. 2016. URL: [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2016/10/10/ktd-10-10-2016.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/10/10/ktd-10-10-2016.pdf)

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

ния по специальностям, субсидируемым государством, в соответствии с целями и приоритетами национальной стратегии здравоохранения. По окончании учебы медицинские работники по закону обязаны стать членами своих соответствующих профессиональных ассоциаций [7].

В Болгарии нет дефицита врачей, однако нынешняя структура человеческих ресурсов в системе здравоохранения является несбалансированной. Во-первых, не хватает врачей общей практики и медсестер, что негативно отражается на оказании первичной медицинской помощи в стране. Во-вторых, существуют значительные региональные диспропорции, а также дефицит врачей некоторых специальностей. Ситуация с кадрами усугубляется в связи с постарением врачей и эмиграцией молодых медицинских работников. Причинами уменьшения числа врачей общей практики являются большая административная нагрузка; недостаточная оплата и признание; низкая привлекательность специальности среди молодых врачей; проблемы с обучением и приобретением специальности [8]. Доля врачей в возрасте 55–74 лет в 2015 г. составила 44,5%; 13,3% всех врачей были в возрасте от 65 до 74 лет, и только 10,1% были моложе 35 лет. При этом в Болгарии зафиксирован самый высокий показатель числа специалистов-хирургов (наравне с Грецией, Литвой и Австрией) — более 1 врача на 1000 населения. Более половины врачей Болгарии работают в больницах (56,7% в 2015 г.). Женщины составляют 55,1% всех врачей. Таким образом, в Болгарии зафиксировано самое низкое соотношение медсестер на одного врача среди всех стран-членов ЕС — 1,1 медсестры на 1 врача<sup>6</sup>.

Программа получения высшего медицинского образования в Болгарии длится 6 лет и включает в себя 5 лет теоретической подготовки и 1 год практики. В течение последнего года выпускники медицинских вузов должны сдать 5 государственных экзаменов. После окончания учебы врачи продолжают свое обучение по специальности, продолжительность которого составляет 4–5 лет для большинства специальностей, но может длиться и дольше, в то время как специализированное обучение по общей медицине занимает 3 года. Обучение стоматологии длится 5 лет, за которыми следуют 6 мес практического обучения.

### Заключение

Таким образом, кадровый потенциал отрасли здравоохранения описанных стран отличается высоким соотношением числа врачей к пациентам (Греция, Болгария), при этом среди врачей данных государств специалисты преобладают над врачами общей практики. Другими особенностями кадрового состава отрасли являются постарение и эмиграция кадров, выраженный дефицит среднего медицинского персонала и избыточное количество сто-

матологов (Болгария). Ограничения в объеме приема врачами пациентов приводят к снижению доступности медицинской помощи (Греция), для решения этой проблемы введена практика обязательной годичной стажировки в сельской местности. В то же время избыток врачей может приводить к искусственному увеличению спроса на медицинскую помощь (Болгария).

Разброс заработной платы медицинского персонала данных стран значительный, минимальный — в Греции и высокий, превышающий среднюю зарплату в стране до 2 раз, — в Испании. Кроме того, в Испании страхуют юридическую ответственность своих специалистов.

Подготовка медицинских специалистов в этих странах характеризуется длительным периодом последипломного обучения врачей, достигающим для специалистов терапевтического профиля 4 года, а хирургического — 5 лет (Испания). Соответствующие государственные и общественные структуры определяют количество абитуриентов и специалистов по направлениям. Тем не менее такой подход не позволил достичь странам адекватного кадрового обеспечения здравоохранения.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... // *Eur. J. Health Econ.* 2016. Vol. 17, N 2. P. 159–170. DOI: 10.1007/s10198-015-0666-0
2. Kyriklidis K., Kaitelidou D., Angelopoulos G. et al. The impact of cost sharing arrangements in the use of health care services during the economic crisis in Greece and the attitudes of citizens // *Value in Health.* 2016. Vol. 19. P. A461. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.664
3. Economidou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A. et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece // *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience* / eds. A. Maresco et al. Copenhagen; 2015.
4. Mariolis A., Mihos C., Alevizos A. et al. General practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece // *BMC Med. Educ.* 2007. Vol. 7. P. 15. DOI: 10.1186/1472-6920-7-15
5. Kaitelidou D., Mladovsky P., Leone T. et al. Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power // *Int. J. Health Serv.* 2012. Vol. 42, N 4. P. 719–738. DOI: 10.2190/HS.42.4.h
6. Karakolias S., Kastanioti C., Theodorou M., Polyzos N. Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration // *Inquiry.* 2017. Vol. 54. P. 46958017692274. DOI: 10.1177/0046958017692274
7. Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: Health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 4. P. 1–230.
8. Valentinova Ts., Nedkova-Milanova V. Factors influencing the motivation of general practitioners to work // *General Medicine.* 2018. Vol. 20, N 1. P. 13–16.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...

<sup>6</sup> Eurostat. Eurostat database. Luxembourg; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

- Eur. J. Health Econ.* 2016;17(2):159—170. DOI: 10.1007/s10198-015-0666-0
2. Kyriklidis K., Kaitelidou D., Angelopoulos G. et al. The impact of cost sharing arrangements in the use of health care services during the economic crisis in Greece and the attitudes of citizens. *Value in Health.* 2016;19:A461. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.664
  3. Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A. et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A. et al. (eds.) *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience.* Copenhagen; 2015.
  4. Mariolis A., Mihas C., Alevizos A. et al. General practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Med. Educ.* 2007;7:15. DOI: 10.1186/1472-6920-7-15
  5. Kaitelidou D., Mladovsky P., Leone T. et al. Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *Int. J. Health Serv.* 2012;42(4):719—738. DOI: 10.2190/HS.42.4.h
  6. Karakolias S., Kastanioti C., Theodorou M., Polyzos N. Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration. *Inquiry.* 2017;54:46958017692274. DOI: 10.1177/0046958017692274
  7. Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: Health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(4):1—230.
  8. Valentinova Ts., Nedkova-Milanova V. Factors influencing the motivation of general practitioners to work. *General Medicine.* 2018;20(1):13—16.



**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.**

## ОБЗОР НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РЕФОРМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В КИТАЕ И ВЬЕТНАМЕ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

*В обзоре, посвященном некоторым аспектам реформирования здравоохранения за рубежом, акцент сделан на изучении мер по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения в Китае и Вьетнаме. Отмечается значительное сходство проблемных вопросов в здравоохранении большинства стран, к которым относятся обеспечение равного доступа к качественной медицинской помощи, дефицит медицинских кадров, финансирование медицинской помощи. Анализ показал, что большего успеха достигают те из них, которые адресованы конкретной проблеме здравоохранения, особенно в сфере реформирования общественного здравоохранения.*

*Опыт реформ Китая и Вьетнама в сфере повышения доступности медицинской помощи демонстрирует важность улучшения финансирования медицинской отрасли при осуществлении большинства реформ. Обе страны осуществили реформу в сфере медицинского страхования, но в Китае внедрялось базовое медицинское страхование, в то время как во Вьетнаме больше внимания уделялось уязвимым группам населения. Несмотря на то что две страны добились прогресса в охвате населения услугами здравоохранения, во Вьетнаме неравенство в доступе к медицинской помощи было снижено значительно. Сделано заключение о том, что эффективность реформ будет успешнее, если будут реализованы такие меры, как применение стратегических закупок, улучшение первичной медико-санитарной помощи, повышение качества услуг, обеспечение политической поддержки и увеличения финансирования здравоохранения.*

**Ключевые слова:** системы здравоохранения; здравоохранение за рубежом; здравоохранение в Китае; здравоохранение во Вьетнаме

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Обзор некоторых аспектов функционирования систем здравоохранения и реформ, осуществляемых в Китае и Вьетнаме. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):897—902. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-897-902>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N.**

## REVIEW OF FOREIGN HEALTHCARE SYSTEMS AND ONGOING REFORMS IN CHINA AND VIETNAM

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

*The article is devoted to the review of some aspects of health care reform abroad, the emphasis is placed on the study of measures to achieve universal health coverage (HEU) in China and Vietnam. There is a significant similarity of problematic issues in the health care of most countries, which include ensuring equal access to quality medical care, shortage of medical personnel, financing of medical care. A review of the studied reforms showed that those that are addressed to a specific health problem achieve greater success, especially in the field of public health reform.*

*The experience of reforms in China and Vietnam in the field of increasing the availability of medical care demonstrates the importance of improving the financing of the medical industry in the implementation of most reforms. Both countries have implemented reforms in the field of health insurance, but in China basic health insurance was introduced, while in Vietnam more attention was paid to vulnerable groups of the population. Despite the fact that the two countries have made progress in health coverage, inequality in access to medical care has been significantly reduced in Vietnam. It is concluded that the effectiveness of reforms will be more successful if such measures as the use of strategic procurement, improvement of primary health care, improvement of the quality of services, provision of political support and increased financing of health care are implemented.*

**Keywords:** healthcare systems; healthcare abroad; healthcare in China; healthcare in Vietnam

**For citation:** Amlaev K. R., Mazharov V. N. Review of foreign healthcare systems and ongoing reforms in China and Vietnam. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):897–902 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-897-902>

**For correspondence:** Karen R. Amlaev; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

Анализ систем здравоохранения за рубежом показал, что большинство стран имеют схожие проблемы, например, пробелы в охвате и доступе к медицинской помощи, низкое ее качество, несовершенство интеграции и непрерывности медицинской помощи [1, 2], нехватку медицинских работников [3, 4], рост распространенности хронических заболеваний [5], появление новых или возвращение «старых» вирусных заболеваний<sup>1</sup> [6, 7], рост потребностей населения в получении качественной меди-

цинской помощи [7–10]. В ответ на эти вызовы правительства различных государств стремятся реформировать здравоохранение своих стран.

Уже реализованные или продолжающиеся реформы в сфере здравоохранения включают децентрализацию управления (Франция, Финляндия, Ир-

<sup>1</sup> World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. URL: <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threats-to-global-health-in-2019>

ландия, Португалия), улучшение интеграции и координации медицинской помощи (Канада, Дания, Норвегия), реформирование первичной медико-санитарной помощи (Австрия, Финляндия, Норвегия, Португалия, Великобритания), развитие многопрофильных групповых практик или медицинских центров [11, 12], реформы оплаты медицинской помощи (Нидерланды) и оплаты труда персонала (Чехия, Румыния), сокращение избыточных стационарных площадей (Бельгия, Норвегия и Словакия), централизацию узкоспециализированной помощи и сокращение числа больниц с полным набором функций неотложной помощи (Норвегия, Швеция), реструктуризацию своих больничных сетей, укрепление больничного планирования (Бельгия и Словакия), централизацию узкоспециализированной и неотложной помощи (Финляндия, Норвегия, Швеция). Цель всех этих реформ — повышение качества и доступности медицинской помощи, ограничение затрат или расходов [13—15].

Реформы в области медицинских кадров осуществляли Израиль, Мальта, Норвегия, Испания, Канада, Нидерланды [10]. Реформы в сфере общественного здравоохранения представляли собой регулирование потребления алкоголя (Финляндия, Ирландия и Литва) и табака (Австрия), расширение списка обязательных детских прививок (Италия), меры антитабачного характера (Канада), снижение доступа к услугам по прерыванию беременности (Ирландия). Активно проводилось реформирование здравоохранения в направлении его цифровизации (электронные рецепты, веб-сайт реестра лекарств, электронные записи о вакцинации, онлайн-порталы для обмена данными и др.) в Чехии, Латвии, Израиле, Польше, Швейцарии, Франции, Австрии. Уделялось внимание улучшению доступа к медицинской помощи в Германии, Швеции, Румынии, Израиле, Италии.

В научной литературе уже описаны промежуточные результаты реализации вышеперечисленных реформ по различным направлениям [16—20]. Отмечено, что реформы, нацеленные на более четкую проблему здравоохранения или узкую политическую цель, с большей вероятностью будут реализованы быстро. Самые высокие темпы реализации имели реформы общественного здравоохранения, а самые низкие — реформы управления. Реформы общественного здравоохранения, как правило, были сосредоточены на конкретных проблемах общественного здравоохранения (например, вспышки кори, потребление алкоголя и табака) или опирались на единственную политику (например, обязательные прививки или налогообложение). Реформы управления, напротив, часто были многогранными и предполагали системные изменения, потенциально перераспределяя ответственность и/или власть между несколькими уровнями управления [21]. Хотя системы здравоохранения значительно различаются в разных странах [22, 23], и прямое сопоставление реформ и их реализации может быть довольно сложным процессом, тем не менее, сравнение

стран, имеющих похожие социально-политические, географические и экономические условия, может быть весьма полезным.

**Целью** данной работы было изучение эффективности реформ, реализованных в близких по многим параметрам странах, — Китае и Вьетнаме, в первую очередь в области медицинского страхования и охвата жителей услугами здравоохранения.

Выбор анализируемых аспектов обусловлен тем, что ВОЗ выделила три аспекта охвата, которые можно измерить для отслеживания прогресса страны в области всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ): охват населения (кто охвачен); охват услугами (какие льготы покрываются); финансовый охват (какая доля расходов на медицинское обслуживание покрывается)<sup>2</sup>.

Следует признать, что расходы на оплату медицинских услуг из собственных средств увеличились во всем мире, максимально — в Латинской Америке, Карибском бассейне и Азии<sup>3</sup>. В то же время хотя доступность услуг возросла, финансовая доступность здравоохранения остается проблемой. В этой связи ВОЗ предложила странам продвигаться к ВОУЗ посредством реформ финансирования здравоохранения.

Анализ работ, посвященных финансированию здравоохранения Китая и Вьетнама, показал, что доля ВВП на общие расходы на здравоохранение в Китае и Вьетнаме сопоставима (Китай: 5,15%, Вьетнам: 5,53%)<sup>4</sup>. Вьетнам потратил большую долю своего государственного бюджета на здравоохранение по сравнению с Китаем. В начале 2000-х гг. страны имели схожие уровни охвата услугами здравоохранения, однако за последние 15 лет вьетнамское правительство увеличивало расходы на здравоохранение более быстрыми темпами, чем Китай. При этом Китай быстрее достиг охвата населения услугами здравоохранения благодаря внедрению схем базового медицинского страхования. Это было достигнуто путем установления низких ставок индивидуальных страховых взносов при одновременном предоставлении обширных субсидий для привлечения учащихся.

Подход Вьетнама к увеличению охвата населения заключался в сосредоточении внимания к бедным, уязвимым группам населения, которым в первую очередь предоставлялись государственные субсидии. В 2014 г. 45% получателей медицинского страхования полностью субсидировались правительством, а 24% — частично. Кроме того, в каждой провинции Фонд здравоохранения для бедных финан-

<sup>2</sup> World Health Organization. The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage 2010. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021\\_eng.pdf;jsessionid=D4A8AE41D5F68C73880D5CD19C560D11?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf;jsessionid=D4A8AE41D5F68C73880D5CD19C560D11?sequence=1)

<sup>3</sup> World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global monitoring report. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1>

<sup>4</sup> World Health Organization. Global health expenditure dataset. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

сировался за счет общих государственных доходов (75%) и ресурсов провинций (25%) [24].

Несмотря на различные подходы к ВОУЗ, и Китай, и Вьетнам добились существенного улучшения состояния здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни в Китае увеличилась с 66,8 года в 1980 г. до 76,4 года в 2017 г., а уровень смертности детей в возрасте до 5 лет снизился с 62,3 до 9,3 на тысячу живорождений за тот же период времени<sup>5</sup>. Во Вьетнаме произошли почти такие же изменения в ожидаемой продолжительности жизни (67,6 года в 1980 г. и 76,5 года в 2017 г.), при этом смертность детей в возрасте до 5 лет снизилась с 68,3 до 20,9 на тысячу живорождений<sup>6</sup>.

Охват услугами здравоохранения варьируется по всему миру, с большим разбросом по Восточной Азии и самым низким охватом в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии. Китай уделил приоритетное внимание охвату населения и достиг самого большого охвата населения в истории за относительно короткий период времени [25, 26]. Однако, несмотря на это достижение, пациенты в Китае продолжают сталкиваться с высоким финансовым бременем, а страховка покрывает лишь ограниченное количество услуг [27, 28].

Хотя в предоставлении медицинских услуг во Вьетнаме участвуют государственные и частные структуры, ведущую роль все же играет государство. Вьетнам имеет один из самых высоких показателей (73 из 80) в индексе ВОУЗ ВОЗ по охвату основными медицинскими услугами. Подход Вьетнама признан как способ достижения справедливого прогресса в области ВОУЗ [27, 29, 30]. Подход Вьетнама заключался в увеличении охвата обязательным медицинским страхованием с сохранением приоритета для бедных слоев населения. Данная технология подходит для стран с низкой долей населения, работающего в формальном секторе, и рекомендуется для стран с ограниченными финансовыми возможностями [31].

По мнению ряда исследователей, перечень мер, которые необходимо реализовать для прогресса в сфере здравоохранения, включает использование стратегических закупок, улучшение первичной медико-санитарной помощи, повышение качества услуг [32]. Другие исследователи считают принципиально важными политическую поддержку и увеличение финансирования здравоохранения [32].

Китай работал над продвижением медицинского страхования, с помощью которого возмещаются стоимость услуг и лекарств [33]. Стоит отметить, что во Вьетнаме оплачиваются страховыми средствами более 17 000 услуг и 1530 лекарств. Для сравнения, в Чжэньцзяне — 4494 услуг, а в Цзиньмэне — 3746. Хотя список лекарств во Вьетнаме короче, там есть возможность получить возмещение 50% стоимости некоторых других лекарств, в том числе

противоопухолевых, если пациент был застрахован непрерывно в течение как минимум 36 мес [35, 35].

Подводя итог реализации реформ, нужно признать, что во Вьетнаме сократился разрыв в уровне медицинского страхования между городским и сельским населением, в то время как в Китае по-прежнему наблюдается неравенство между группами населения, стратифицированными по уровню дохода и географическому положению.

Указывается, что Вьетнам обеспечил лучший и более последовательный охват услугами для всех, что способствовало росту доступности и справедливости медицинских услуг. Хотя Китай успешно охватил большое количество людей, но пакет медицинских услуг во многом определялся их финансовыми взносами. Таким образом, охват услугами варьировался в зависимости от регионов и схем страхования. Кроме того, из-за ограниченного финансирования в Китае уделялось особое внимание стационарным услугам, поскольку предполагалось, что они являются основной причиной расходов жителей на здравоохранение. Во Вьетнаме также наблюдался значительный рост расходов на здравоохранение, вызванный увеличением бремени неинфекционных заболеваний и быстрым старением населения.

Опыт Китая демонстрирует, что, хотя увеличение охвата населения медицинскими услугами важно, предоставление ограниченного количества услуг может привести к увеличению расходов для всей системы здравоохранения. Кроме того, люди будут пользоваться услугами, которые покрываются страховкой, поэтому странам следует учитывать экономически эффективные услуги первичной медико-санитарной помощи и амбулаторного обслуживания.

Странам с аналогичными условиями, как в Китае и Вьетнаме, где реформа медицинского страхования использовалась как способ достижения ВОУЗ, возможно, стоит иметь в виду, что сильная политическая приверженность, административный потенциал и выделенные финансовые ресурсы необходимы для успеха такого начинания [36].

Важный урок, извлеченный при сравнении Китая и Вьетнама, заключается в том, что, хотя большая часть населения Китая застрахована, доступ к медицинским услугам и финансовая защита по-прежнему определяются в первую очередь географическим положением и экономическим статусом, в то время как во Вьетнаме различия между экономическими группами и географическими районами сокращаются. Это в первую очередь связано с приоритетами каждой страны — Китай уделял приоритетное внимание охвату населения, а Вьетнам — охвату услугами, ориентируясь на интересы бедных. Исследователи рекомендуют странам увеличить государственные субсидии на схемы медицинского страхования, пока в них не будет включено достаточное количество пользователей и поставщиков услуг [1, 2].

<sup>5</sup> The World Bank. World development indicators. URL: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>

<sup>6</sup> Там же.

## Заключение

Здравоохранение было и остается одной из наиболее значимых социальных проблем любого общества. Причем даже страны с развитой экономикой вынуждены искать новые решения существующих и новых проблем в данной сфере. Проблемы здравоохранения зачастую схожи в разных странах. К ним можно отнести вопросы доступа к качественной медицинской помощи, континуума оказания медицинской помощи, дефицита медицинских кадров и др. Все это не исключает наличия особенных проблем, характерных для конкретной страны или группы стран. Данное обстоятельство требует от правительств большинства стран проводить реформы здравоохранения, интегральной целью которых является повышение качества и доступности медицинской помощи, а также улучшение показателей, характеризующих общественное здоровье.

Исследователи, осуществляющие мониторинг реформ здравоохранения и их эффективности, отмечают, что те из них, которые имеют своей целью четкую проблему здравоохранения или узкую политическую цель, будут более успешны. К таким реформам можно отнести мероприятия в сфере общественного здравоохранения, в то время как реформы управления здравоохранением проходят с большим трудом. В этой связи интересно проанализировать и сравнить опыт реформ Китая и Вьетнама в сфере повышения доступности медицинской помощи. Обе страны направили на реализацию реформ значительные суммы из своего бюджета, при этом в процентном соотношении Вьетнам потратил больше. Выбранный Китаем путь реформ включал внедрение схем базового медицинского страхования путем установления низких ставок индивидуальных страховых взносов. В свою очередь Вьетнам сосредоточил внимание на бедных, уязвимых группах населения, которым в первую очередь предоставлялись государственные субсидии.

Оба государства в итоге добились существенного улучшения состояния здоровья населения. Однако в то время как во Вьетнаме сократился разрыв в уровне медицинского страхования между городским и сельским населением, в Китае по-прежнему наблюдается неравенство между группами населения с разным уровнем дохода и географическим положением. Исследователи отмечают, что меры, реализованные во Вьетнаме, будут полезны в странах с ограниченными финансовыми возможностями и с низкой долей населения, работающего в формальном секторе. Среди необходимых мер, которые требуется реализовать для реформирования здравоохранения, исследователи отмечают применение стратегических закупок, улучшение первичной медико-санитарной помощи, повышение качества услуг, обеспечение политической поддержки и увеличение финансирования здравоохранения.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА

- Busse R., Klazinga N., Panteli D. et al. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Brussels; 2019.
- Nicol E. The ageing population in healthcare: a challenge to, and in, the workforce // *Clin. Med. (Lond)*. 2017. Vol. 17, N 4. P. 291—292. DOI: 10.7861/clinmedicine.17-4-291
- Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. The joint action on health workforce planning and forecasting: results of a European programme to improve health workforce policies // *Health Policy*. 2018. Vol. 122, N 2. P. 87—93. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.12.002
- Kroezen M., Dussault G., Craveiro I. et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015;119(12). P. 1517—1528. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.003
- Tsiachristas A., van Ginneken E., Rijken M. Tackling the challenge of multi-morbidity: actions for health policy and research // *Health Policy*. 2018. Vol. 122, N 1. P. 1—3. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.11.011
- Ferri M., Ranucci E., Romagnoli P., Giaccone V. Antimicrobial resistance: a global emerging threat to public health systems // *Crit. Rev. Food Sci. Nutr*. 2017. Vol. 57, N 13. P. 2857—2876. DOI: 10.1080/10408398.2015.1077192
- Marston H. D., Folkers G. K., Morens D. M., Fauci A. S. Emerging viral diseases: confronting threats with new technologies // *Sci. Transl. Med*. 2014. Vol. 6, N 253. P. 253ps10. DOI: 10.1126/scitranslmed.3009872
- Azzopardi-Muscat N., Ricciardi W., Odone A. et al. Digitalization: potentials and pitfalls from a public health perspective // *Eur. J. Public Health*. 2019. Vol. 29, Supplement\_3. P. 1—2. DOI: 10.1093/eurpub/ckz169
- Fields B. G. Regulatory, legal, and ethical considerations of telemedicine // *Sleep Med. Clin*. 2020. Vol. 15, N 3. P. 409—416. DOI: 10.1016/j.jsmc.2020.06.004
- McKee M., van Schalkwyk M. C.I., Stuckler D. The second information revolution: digitalization brings opportunities and concerns for public health // *Eur. J. Public Health*. 2019. Vol. 29, Supplement\_3. P. 3—6. DOI: 10.1093/eurpub/ckz160
- Baxter S., Johnson M., Chambers D. et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence // *BMC Health Serv. Res*. 2018. Vol. 18, N 1. P. 350. DOI: 10.1186/s12913-018-3161-3
- Saint-Pierre C., Herskovic V., Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review // *Fam. Pract*. 2018. Vol. 35, N 2. P. 132—141. DOI: 10.1093/fampra/cmx085
- Jeschke E., Citak M., Günster C. et al. Are TKAs performed in high-volume hospitals less likely to undergo revision than TKAs performed in low-volume hospitals? // *Clin. Orthop. Relat. Res*. 2017. Vol. 475, N 11. P. 2669—2674. DOI: 10.1007/s11999-017-5463-x
- Nimptsch U., Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014 // *BMJ Open*. 2017. Vol. 7, N 9. P. e016184. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016184
- Marchildon G. P., Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: new proposals after 15 years of reform // *Health Policy*. 2016. Vol. 120, N 7. P. 732—738. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.04.010
- Bryndová L., Bar M., Herzig R. et al. Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: the establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes // *Health Policy*. 2021. Vol. 125, N 4. P. 520—525. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.01.011
- De Regge M., De Pourcq K., Van de Voorde C. et al. The introduction of hospital networks in Belgium: the path from policy statements to the 2019 legislation // *Health Policy*. 2019. Vol. 123, N 7. P. 601—605. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.008
- Dubas-Jakóbczyk K., Albrecht T., Behmane D. et al. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis // *Health Policy*. 2020. Vol. 124, N 4. P. 368—379. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.02.003
- Field R. I., Keller C., Louazel M. Can governments push providers to collaborate? A comparison of hospital network reforms in France and the United States // *Health Policy*. 2020. Vol. 124, N 10. P. 1100—1107. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.07.003
- Rechel B., Džakula A., Duran A. et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries // *Health Policy*. 2016. Vol. 120, N 7. P. 758—769. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.05.011

Организация здравоохранения: зарубежный обзор

21. Polin K., Hjortland M., Maresso A. et al. «Top-Three» health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview // *Health Policy*. 2021. Vol. 125, N 7. P. 815—832. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005
22. Böhm K., Schmid A., Götze R. et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification // *Health Policy*. 2013. Vol. 113, N 3. P. 258—269. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003
23. Reibling N., Ariaans M., Wendt C. Worlds of Healthcare: a healthcare system typology of OECD countries // *Health Policy*. 2019. Vol. 123, N 7. P. 611—620. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.001
24. Ekman B., Liem N. T., Duc H. A., Axelson H. Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges // *Health Policy Plan*. 2008;23, N 4. P. 252—263. DOI: 10.1093/heapol/czn009
25. Meng Q., Xu L. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in China // *PLoS Med*. 2014. Vol. 11, N 9. P. e1001694. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001694
26. Yu H. Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: what accounts for China's success? // *Health Policy*. 2015. Vol. 119, N 9. P. 1145—1152. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.07.008
27. Wagstaff A., Lindelow M., Jun G. et al. Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme // *J. Health Econ*. 2009. Vol. 28, N 1. P. 1—19. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.10.007
28. Lei X., Lin W. The new cooperative medical scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health? // *Health Econ*. 2009. Vol. 18 Suppl 2. P. S25—S46. DOI: 10.1002/hec.1501
29. Somanathan A. T.A., Dao H. L., Hurt K. L. Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam: assessment and options. Washington; 2014.
30. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. UHC and SDG country profiles. Viet Nam, Manila; 2018.
31. Jamison D. T., Alwan A., Mock C. N. et al. Universal health coverage and intersectoral action for health: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition // *Lancet*. 2018. Vol. 391, N 10125. P. 1108—1120. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32906—9
32. Yip W., Fu H., Chen A. T. et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage // *Lancet*. 2019. Vol. 394, N 10204. P. 1192—1204. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32136—1
33. Tao W., Zeng Z., Dang H. et al. Towards universal health coverage: lessons from 10 years of healthcare reform in China // *BMJ Glob Health*. 2020. Vol. 5, N 3. P. e002086. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002086
34. Meng Q., Yang H., Chen W. et al. People's Republic of China Health system review. Manila; 2015. Vol. 5, N 7.
35. Matsushima M., Yamada H. Public health insurance in Vietnam towards universal coverage: identifying the challenges, issues, and problems in its design and organisational practices // *Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health)*. 2014. Vol. 29, N 4. P. 289—297. DOI: 10.11197/jaih.29.289
36. Mao W., Tang Y., Tran T. et al. Advancing universal health coverage in China and Vietnam: lessons for other countries // *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20, N 1. P. 1791. DOI: 10.1186/s12889-020-09925-6
6. Ferri M., Ranucci E., Romagnoli P., Giaccone V. Antimicrobial resistance: a global emerging threat to public health systems. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr*. 2017;57(13):2857—2876. DOI: 10.1080/10408398.2015.1077192
7. Marston H. D., Folkers G. K., Morens D. M., Fauci A. S. Emerging viral diseases: confronting threats with new technologies. *Sci. Transl. Med*. 2014;6(253):253ps10. DOI: 10.1126/scitranslmed.3009872
8. Azzopardi-Muscat N., Ricciardi W., Odone A. et al. Digitalization: potentials and pitfalls from a public health perspective. *Eur. J. Public Health*. 2019;29(Supplement\_3):1—2. DOI: 10.1093/eurpub/ckz169
9. Fields B. G. Regulatory, legal, and ethical considerations of telemedicine. *Sleep Med. Clin*. 2020;15(3):409—416. DOI: 10.1016/j.jsmc.2020.06.004
10. McKee M., van Schalkwyk M. C.I., Stuckler D. The second information revolution: digitalization brings opportunities and concerns for public health. *Eur. J. Public Health*. 2019;29(Supplement\_3):3—6. DOI: 10.1093/eurpub/ckz160
11. Baxter S., Johnson M., Chambers D. et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv. Res*. 2018;18(1):350. DOI: 10.1186/s12913-018-3161-3
12. Saint-Pierre C., Herskovic V., Sepúlveda M. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Fam. Pract*. 2018;35(2):132—141. DOI: 10.1093/fampra/cmz085
13. Jeschke E., Citak M., Günster C. et al. Are TKAs performed in high-volume hospitals less likely to undergo revision than TKAs performed in low-volume hospitals? *Clin. Orthop. Relat. Res*. 2017;475(11):2669—2674. DOI: 10.1007/s11999-017-5463-x
14. Nimptsch U., Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016184. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016184
15. Marchildon G. P., Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: new proposals after 15 years of reform. *Health Policy*. 2016;120(7):732—738. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.04.010
16. Bryndová L., Bar M., Herzig R. et al. Concentrating stroke care provision in the Czech Republic: the establishment of Stroke Centres in 2011 has led to improved outcomes. *Health Policy*. 2021;125(4):520—525. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.01.011
17. De Regge M., De Pourcq K., Van de Voorde C. et al. The introduction of hospital networks in Belgium: the path from policy statements to the 2019 legislation. *Health Policy*. 2019;123(7):601—605. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.008
18. Dubas-Jakóbczyk K., Albrecht T., Behmane D. et al. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*. 2020;124(4):368—379. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.02.003
19. Field R. I., Keller C., Louazel M. Can governments push providers to collaborate? A comparison of hospital network reforms in France and the United States. *Health Policy*. 2020;124(10):1100—1107. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.07.003
20. Rechel B., Džakula A., Duran A. et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy*. 2016;120(7):758—769. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.05.011
21. Polin K., Hjortland M., Maresso A. et al. «Top-Three» health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021;125(7):815—832. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005
22. Böhm K., Schmid A., Götze R. et al. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. 2013;113(3):258—269. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003
23. Reibling N., Ariaans M., Wendt C. Worlds of Healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*. 2019;123(7):611—620. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.05.001
24. Ekman B., Liem N. T., Duc H. A., Axelson H. Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges. *Health Policy Plan*. 2008;23(4):252—263. DOI: 10.1093/heapol/czn009
25. Meng Q., Xu L. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in China. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001694. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001694
26. Yu H. Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: what accounts for China's success? *Health Policy*. 2015;119(9):1145—1152. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.07.008
27. Wagstaff A., Lindelow M., Jun G. et al. Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme. *J. Health Econ*. 2009;28(1):1—19. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.10.007

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Busse R., Klazinga N., Panteli D. et al. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Brussels; 2019.
2. Nicol E. The ageing population in healthcare: a challenge to, and in, the workforce. *Clin. Med. (Lond)*. 2017;17(4):291—292. DOI: 10.7861/clinmedicine.17-4-291
3. Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. The joint action on health workforce planning and forecasting: results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy*. 2018;122(2):87—93. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.12.002
4. Kroezen M., Dussault G., Craveiro I. et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015;119(12):1517—1528. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.003
5. Tsiachristas A., van Ginneken E., Rijken M. Tackling the challenge of multi-morbidity: actions for health policy and research. *Health Policy*. 2018;122(1):1—3. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.11.011

28. Lei X., Lin W. The new cooperative medical scheme in rural China: does more coverage mean more service and better health? *Health Econ.* 2009;18 Suppl 2:S25—S46. DOI: 10.1002/hecl.1501
29. Somanathan A. T.A., Dao H. L., Hurt K. L. Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam: assessment and options. Washington; 2014.
30. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. UHC and SDG country profiles. Viet Nam, Manila; 2018.
31. Jamison D. T., Alwan A., Mock C. N. et al. Universal health coverage and intersectoral action for health: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet.* 2018;391(10125):1108—1120. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32906—9
32. Yip W., Fu H., Chen A. T. et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *Lancet.* 2019;394(10204):1192—1204. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32136—1
33. Tao W., Zeng Z., Dang H. et al. Towards universal health coverage: lessons from 10 years of healthcare reform in China. *BMJ Glob Health.* 2020;5(3):e002086. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002086
34. Meng Q., Yang H., Chen W. et al People's Republic of China Health system review. Manila; 2015;5(7).
35. Matsushima M., Yamada H. Public health insurance in Vietnam towards universal coverage: identifying the challenges, issues, and problems in its design and organisational practices. *Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health).* 2014;29(4):289—297. DOI: 10.11197/jaih.29.289
36. Mao W., Tang Y., Tran T. et al. Advancing universal health coverage in China and Vietnam: lessons for other countries. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1791. DOI: 10.1186/s12889-020-09925-6

**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Дахкильгова Х. Т.**

## КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ АВСТРИИ, БЕЛЬГИИ, ГЕРМАНИИ И ЭСТОНИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В обзоре, посвященном некоторым аспектам общественного здоровья в Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии, отмечаются достижения общественного здоровья указанных стран, что выражается в увеличении ожидаемой продолжительности жизни, в первую очередь за счет снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В вышеперечисленных странах сохраняется разница в ожидаемой продолжительности жизни как между мужчинами и женщинами, так и между людьми с высшим и базовым образованием. Остается актуальной проблема распространенности факторов риска — табакокурения и употребления алкоголя, в то время как уровень физической активности жителей обозначенных стран можно назвать высоким. Борьба с факторами риска в этих государствах осуществляется в том числе путем реализации скрининговых программ. Усиливается также цифровая трансформация в здравоохранении Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Значительная часть медицинских данных, включая материалы информационного и образовательного характера, теперь доступны населению в цифровом формате.

**Ключевые слова:** общественное здравоохранение; факторы риска; здравоохранение за рубежом

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Дахкильгова Х. Т. Краткая характеристика некоторых аспектов общественного здоровья Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):903—907. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-903-907>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N., Dahkilgova Kh. T.**

## BRIEF DESCRIPTION OF SOME ASPECTS OF PUBLIC HEALTH IN AUSTRIA, BELGIUM, GERMANY AND ESTONIA

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article, which reviews some aspects of public health in Austria, Belgium, Germany and Estonia, highlights the achievements of public health in these countries, which is expressed in an increase in life expectancy, primarily due to a reduction in mortality from cardiovascular diseases. In the countries listed above, there is a difference in life expectancy, both between men and women, and between people with higher and basic education. There is still an urgent problem of the prevalence of risk factors — smoking and alcohol consumption, while the level of physical activity of residents of the designated countries can be called high. The fight against risk factors in these States is carried out, among other things, through the implementation of screening programs. The digital transformation in healthcare in Austria, Belgium, Germany and Estonia is also intensifying. A significant part of medical data, including informational and educational materials, is now available to the public in digital format.

**Keywords:** public health; risk factors; healthcare abroad

**For citation:** Amlaev K. R., Mazharov V. N., Dahkilgova Kh. T. Brief description of some aspects of public health in Austria, Belgium, Germany and Estonia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):903—907 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-903-907>

**For correspondence:** Karen R. Amlaev; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

## Общественное здоровье и распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Австрии

В Австрии ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении составила 81,6 года<sup>1</sup>. Как и во многих других европейских странах, ОПЖ у мужчин увеличилась сильнее, чем у женщин, но женщины по-прежнему живут почти на 5 лет дольше мужчин. С 2000 г. уровень смертности значительно снизился, но в 2016 г. показатели оставались почти на 50% выше для мужчин (11,9 смертей на 1000 мужчин), чем для женщин (7,9 смертей на 1000 женщин). Очень хорошим или хорошим считают

свое состояние здоровья 72% австрийских мужчин по сравнению с 68% женщин (средний показатель по ЕС-28 составляет 70% и 64% соответственно)<sup>2</sup>. В 2014 г. в Австрии мужчины с высшим образованием жили на 6,8 года дольше, чем мужчины только с обязательным образованием (76,5 года)<sup>3</sup>. Между женщинами эти различия намного меньше и составляют 2,8 года (85,6 года для женщин с высшим образованием по сравнению с 82,8 года для женщин

<sup>2</sup> Eurostat. Self-perceived health by sex, age and income quintile. Luxembourg; 2017. URL: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_silc\\_10](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_10)

<sup>3</sup> Statistics Austria. Lebenserwartung 2014 nach subjektivem Gesundheitszustand und höchster abgeschlossener Ausbildung. Vienna; 2017. URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/041865.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/041865.html)

<sup>1</sup> Eurostat. Life expectancy at birth by gender. Luxembourg; 2020. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220427-1>

только с обязательным образованием). Более 80% австрийцев с самым высоким доходом сообщили, что у них хорошее или очень хорошее здоровье по сравнению с менее чем 60% населения с самым низким доходом. Более двух третей смертей в Австрии вызваны сердечно-сосудистыми заболеваниями (47% у женщин, 38% у мужчин) и раком (24% у женщин, 29% у мужчин). Диабет является одной из наиболее распространенных причин смертности. В 2000 г. он занимал 10-е место среди основных причин смерти, но в 2014 г. — 5-й<sup>4</sup>.

Низкие приемлемые показатели смертности указывают на то, что здравоохранение в Австрии более эффективно, чем в большинстве стран ЕС.

Более 28% общего бремени болезней в Австрии в 2015 г. (измеренное в годах жизни с поправкой на инвалидность) может быть связано с поведенческими факторами риска, включая курение и употребление алкоголя, а также с диетой и низкой физической активностью, способствующими достижению высокого индекса массы тела<sup>5</sup>. При стабильном уровне курения среди взрослого населения, который выше среднего по ЕС (24% против 21% в 2014 г.), рак легких является 3-й по значимости причиной смерти в Австрии. Кроме того, потребление алкоголя является одним из самых высоких в ЕС. Однако 70% австрийцев сообщают, что у них хорошее здоровье, что немного выше, чем в среднем по ЕС (67%).

Потребление алкоголя на душу населения в Австрии в 2014 г. было 3-м по величине в ЕС: взрослые потребляли в среднем 12,3 л чистого алкоголя в год (в среднем по ЕС — 10 л/год). Показатель ожирения, о котором сообщают сами респонденты, немного ниже среднего показателя по ЕС-28, но с 2000 г. он значительно увеличился. В 2014 г. 13,4% женщин и 16,0% мужчин сообщили, что страдают ожирением. Избыточный вес и ожирение также значительно возросли среди подростков. Например, доля мальчиков с избыточным весом или ожирением увеличилась с 13,9% в 2002 г. до 17,3% в 2014 г.

Взрослые австрийцы являются одними из самых физически активных в ЕС. Около половины взрослых людей в возрасте 18—64 лет (49% женщин, 52% мужчин) сообщают о регулярной физической активности (т. е. более 150 мин в неделю); а 36% мужчин и 29% женщин сообщают о занятиях по укреплению мышц не реже 2 раз в неделю<sup>6</sup>.

Служба общественного здравоохранения Австрии отвечает за решение задач в области эпидемиологии и отчетности о состоянии здоровья, укреп-

ления здоровья и профилактики, планирования здравоохранения и консультаций по вопросам политики, борьбы с инфекционными заболеваниями, управления медицинскими кризисами и экологической медицины, гигиены<sup>7</sup>. В каждой из 9 земель Германии существуют Институты по профилактике наркомании, целью которых является борьба с зависимостью от легальных веществ (алкоголя, табака или фармацевтических препаратов), а также от запрещенных веществ и поведенческих зависимостей. Эти институты проводят информационно-просветительские кампании, а также профилактические проекты<sup>8</sup>.

В Австрии существует целый ряд общепопуляционных программ скрининга. Всем жителям старше 18 лет независимо от их страхового статуса 1 раз в год проводятся профилактические осмотры. Лицам, не имеющим медицинского страхования, федеральное правительство возмещает понесенные расходы за счет средств фонда обязательного медицинского страхования. Скрининг включает сбор анамнеза и раннее выявление неинфекционных заболеваний (ишемическая болезнь сердца, метаболические заболевания и рак), а также анализы кала на скрытую кровь для выявления рака толстой кишки. Он также охватывает профилактику зависимостей, заболеваний пародонта и других заболеваний. Пациентам в возрасте 50 лет и старше каждые 10 лет проводится колоноскопия, а пациентам старше 65 лет — регулярная проверка слуха и зрения. Гинекологическое обследование (включая скрининг на рак шейки матки) и обследования для определенных возрастных групп риска (например, проводимый 1 раз в 2 года скрининг на рак молочной железы для женщин в возрасте 45—69 лет) также относятся к профилактическим обследованиям населения.

Однако Австрия по-прежнему отстает от стран с наилучшими результатами по этим показателям, в частности, количество лет здоровой жизни остается ниже среднего показателя по ЕС. Более 28% общего бремени болезней в Австрии можно отнести на поведенческие факторы риска, включая курение и употребление алкоголя, а также диету и низкую физическую активность. Показатели ожирения растут как среди взрослых, так и среди подростков, хотя они все еще ниже, чем во многих других странах ЕС. Незначительный прогресс был достигнут в снижении относительно высокого уровня потребления алкоголя. Более того, в отличие от заметного снижения во многих странах ЕС, уровень курения в Австрии не снизился и остается одним из самых высоких в ЕС (это связано со сравнительно слабой политикой в отношении курения в Австрии). Несмотря на бесплатные программы вакцинации детей, в Австрии сравнительно низкий уровень вакцинации

<sup>4</sup> OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Austria: Country health profile 2017, State of health in the EU. Paris; 2017. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf)

<sup>5</sup> IHME. Austria. Vienna; 2017. URL: <http://www.healthdata.org/Austria>

<sup>6</sup> WHO. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 7. Copenhagen; 2017. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HBSC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HBSC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf)

<sup>7</sup> BMASGK. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). Vienna; 2018. URL: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Oeffentlicher-Gesundheitsdienst-\(OEGD\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Oeffentlicher-Gesundheitsdienst-(OEGD).html)

<sup>8</sup> Suchtvorbeugung Österreichische ARGE. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. Linz; 2017. URL: <https://www.suchtvorbeugung.net/>



## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

среди детей в возрасте 1 года (83% от дифтерии, столбняка и коклюша и 76% от кори). Тем не менее профилактическая медицинская помощь в Австрии по-прежнему сфокусирована на медицинских аспектах профилактики, хотя и предпринимаются усилия по включению в процесс социальных и экологических аспектов.

В Австрии в развитии информационно-коммуникационных технологий и электронного здравоохранения был достигнут значительный прогресс. Внедрены электронная медицинская карта с приложениями для выписки электронных лекарств и электронных отчетов, что привело к уменьшению организационных барьеров, улучшению координации медицинской помощи и расширению возможностей пациентов [1]. Разработка надежной медицинской информации с целью повышения грамотности населения в вопросах здоровья включена в список австрийских целевых показателей в области здравоохранения<sup>9</sup>. Важной инициативой является создание австрийской платформы медицинской грамотности, основными направлениями которой являются улучшение качества коммуникации в сфере здравоохранения и информации о здоровье. Информация о здоровье в Австрии предоставляется различными надежными онлайн-платформами медицинской информации, которые поддерживаются финансируемыми государством институтами, например, Австрийским порталом здравоохранения. Он предоставляет информацию о профилактике, заболеваниях и медицинских услугах, больницах, реабилитационных учреждениях, в том числе занимающихся лечением наркомании, об организациях, занимающихся скринингом рака молочной железы. В 2016 г. две трети населения Австрии использовали интернет для поиска информации, связанной со здоровьем<sup>10</sup>. В Австрии введены электронные записи о вакцинации<sup>11</sup>, которые повышают прозрачность вакцинации и снижают ее неэффективность в виде избыточных прививок, повышают доступность документации о вакцинации.

### Общественное здоровье и распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Бельгии

В 2018 г. в Бельгии ОПЖ при рождении составила 79,2 года для мужчин и 83,7 года для женщин. Основными причинами смерти являются цереброваскулярные и ишемические болезни сердца. В 2017 г.

<sup>9</sup> ÖPGK. Toolbox 2015 zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen. Vienna; 2017. URL: [https://oepgk.at/\\_wissenscenter/toolbox-2015-wkgkko](https://oepgk.at/_wissenscenter/toolbox-2015-wkgkko); BMGF. Austrian health targets. Vienna; 2017. URL: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/english-summary/>

<sup>10</sup> Statistics Austria. Personen mit Internetnutzung für private Zwecke 2016. Vienna; 2016. URL: [http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET\\_NATIVE\\_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=024571](http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=024571)

<sup>11</sup> BMGF. E-Impfpass: Bund, Länder und Sozialversicherung bringen Zukunftsprojekt auf den Weg. Vienna; 2017. URL: [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20170630\\_OTS0181/e-impfpass-bund-laender-und-sozialversicherung-bringen-ukunftsprojekt-auf-den-weg](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170630_OTS0181/e-impfpass-bund-laender-und-sozialversicherung-bringen-ukunftsprojekt-auf-den-weg)

число госпитализаций с астмой среди взрослых (старше 15 лет) составило 29 на 100 тыс. населения, что аналогично среднему показателю по ЕС (34 на 100 тыс.<sup>12</sup>). Число осложнений при госпитализации с диабетом у взрослых в Бельгии было выше, чем в ЕС-15 (Бельгия: 139 на 100 тыс. населения; ЕС-15: 105 на 100 тыс.) в 2017<sup>13</sup> г. Уровень смертности после геморрагического инсульта в 2015 г. составил 28,1 случая смерти на 100 пациентов, что является самым высоким показателем смертности среди стран ЕС-15. Пятилетняя относительная выживаемость после постановки диагноза рака молочной железы составила 89,9% у пациентов, которым был поставлен диагноз в 2012 г.

В Бельгии по отчетам за 2018 г. ежедневно курящих было 18,7% взрослого населения, потребление алкоголя составило 11,1 литра в год на одного жителя, 60,5% населения имели избыточный вес, а ожирение 24,0%. При этом физической активностью (не менее 150 мин в неделю) занимаются 36,2% жителей<sup>14</sup>.

В Бельгии пациенты могут получить информацию из таких источников, как фонды помощи больным, ассоциации пациентов (на французском, голландском и немецком языках), федеральные организации, а также различные цифровые платформы здравоохранения<sup>15</sup>.

### Общественное здоровье и распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Германии

ОПЖ при рождении в Германии увеличилась и достигла 81 года в 2018 г. Женщины, родившиеся в 2018 г., проживут в среднем на 4,7 года дольше мужчин. Гендерный разрыв в ОПЖ сократился на 1,4 года с 2000 г.

Различия в ОПЖ в Германии больше не следуют строгому разделению между востоком и западом; однако региональные различия все же существуют<sup>16</sup>.

В Германии диетические риски, включающие 14 компонентов, такие как низкое потребление фруктов и овощей, высокое потребление подслащенных напитков и др., были отмечены у 19% населения, ежедневное курение — у 15%, алкоголизм —

<sup>12</sup> OECD. Health at a Glance 2019: OECD indicators. Paris; 2019. URL: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)

<sup>13</sup> Ostbelgien. Das Konzept zur Gesundheitsförderung. Eupen; 2019. URL: [http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-5743/9828\\_read-52697](http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-5743/9828_read-52697); Devos C., Cordon A., Lefèvre M. et al. Performance of the Belgian health system — Report 2019. Brussels; 2019. URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_313C\\_Performance\\_Belgian\\_health\\_system\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf)

<sup>14</sup> WHO. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). 2016. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>

<sup>15</sup> LUSS. Informer. Bruxelles; 2019. URL: <https://www.luss.be/informer>; PRT. Unsere Kampagnen. Eupen; 2019. URL: <https://www.patiententrat.be/kampagnen>; VPP. Thema's. Heverlee; 2019. URL: <http://vlaamspatientenplatform.be/lijst/themas>

<sup>16</sup> Statistisches Bundesamt. GENESIS — Online Datenbank. Wiesbaden; 2020. URL: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online>

у 5%, низкая физическая активность — у 3%. Общее число смертей, связанных с этими факторами риска (364 000), ниже, чем сумма каждого из них, взятых по отдельности (402 000), поскольку одна и та же смерть может быть связана с более чем одним фактором риска<sup>17</sup>.

### Общественное здоровье и распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Эстонии

ОПЖ в Эстонии в 2016 г. достигла 77,8 года: 73,2 — для мужчин, 81,9 — для женщин<sup>18</sup>. Скорее всего прирост ОПЖ может быть обусловлен быстрым снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. За 2009—2015 гг. преждевременная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 24%, а смертность от внешних причин — примерно на 30%. Второй по величине причиной смерти является рак (25,3% смертей в 2016 г.), в то время как травмы и внешние причины являются третьей по величине причиной (5,7% в 2016 г.)<sup>19</sup>. Однако темпы роста ОПЖ замедлились<sup>20</sup>. Средняя продолжительность жизни в Эстонии росла быстрее, чем в любой другой стране ЕС, увеличившись более чем на 6,5 года в период с 2000 по 2016 г. ОПЖ эстонцев с высшим образованием более чем на 14 лет выше, чем у людей с неполным средним образованием, что является самым большим разрывом среди государств — членов ЕС с такими данными<sup>21</sup>.

Данные за 2009—2015 гг. указывают на значительное снижение стандартизированной смертности от травм (—31%) и сердечно-сосудистых заболеваний (—23%), что отражает значительные улучшения в двух основных группах смертности<sup>22</sup>. Однако показатели смертности от острого инфаркта миокарда и инсульта в течение 30 дней являются одними из худших в ЕС<sup>23</sup>. Стоит отметить, что ОПЖ мужчин в 2015 г. (73,3 года) была на 9 лет короче таковой у женщин (82,3 года)<sup>24</sup>.

<sup>17</sup> OECD. Health at a Glance 2019: OECD indicators. Paris; 2019. URL: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)

<sup>18</sup> NIHD. Health Statistics Database. Tallinn; 2018. URL: <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>

<sup>19</sup> NIHD and Health Board. HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000—2016. Tallinn; 2017. URL: [https://intra.tai.ee/images/prints/documents/151843800072\\_HIV\\_nakkuse\\_ja\\_kasuvate\\_infektsioonide\\_epidemioloogiline\\_olukord\\_Eestis\\_2016\\_.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/151843800072_HIV_nakkuse_ja_kasuvate_infektsioonide_epidemioloogiline_olukord_Eestis_2016_.pdf)

<sup>20</sup> PRAXIS. Rahvastiku tervise arengukava 2009—2020 vahehindamine. Uuringu koondaruanne. Tallinn; 2017. URL: [http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport\\_Praxis.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport_Praxis.pdf)

<sup>21</sup> European Commission. Eurostat Online Database. Brussels; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<sup>22</sup> PRAXIS. Rahvastiku tervise arengukava 2009—2020 vahehindamine. Uuringu koondaruanne. Tallinn; 2017. URL: [http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport\\_Praxis.pdf](http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport_Praxis.pdf)

<sup>23</sup> OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Estonia: Country health profile 2017, State of Health in the EU. Brussels; 2017. URL: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283350-en>

<sup>24</sup> WHO Regional Office for Europe (2018). European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen; 2018. URL: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database>

В Эстонии потребление чистого алкоголя на душу населения равно 9,9 л на душу населения (возраст 15+). Количество курящих ежедневно (в возрасте 15+) снизилось с 33,5% в 2000 г. до 21,3% в 2016 г. В 2016 г. 29,9% мужчин и 15,5% женщин ежедневно курили, при этом общее снижение распространенности курения в основном относилось к мужчинам<sup>25</sup>. Доля взрослых в возрасте 18 лет и старше, занимающихся физической активностью средней интенсивности не менее 150 мин в неделю, составляет 72,9%. Около 52% людей в возрасте 16 лет и старше имели избыточный вес или страдали ожирением в 2016 г. по сравнению с 40,8% в 1998 г. Среди мужчин в возрасте 16—24 лет доля избыточного веса и ожирения удвоилась с середины 1990-х гг. и достигла 31% в 2016 г. В стране на постоянной основе осуществляется регламентированная определенными стандартами программа скрининга, включающая набор тестов и консультаций.

Услуги электронного здравоохранения в Эстонии включают возможность получения электронных рецептов, электронных консультаций, электронной скорой помощи, цифровых медицинских карт, общенациональных систем архивирования изображений и связи и т. д. Эстонский фонд медицинского страхования оплачивает новые инновационные электронные консультации, в рамках которых семейные врачи консультируются со своими коллегами через информационную систему здравоохранения, не направляя пациента к специалисту. Это снизило спрос на специализированную помощь, сократило период оказания медицинской помощи и длительность ожидания консультаций у специалистов. В течение года 603 семейных врача провели 5597 электронных консультаций в 7 больницах<sup>26</sup>. Более 96% населения Эстонии имеют ID-карту, которая позволяет им проходить аутентификацию через интернет, а также пользоваться электронными услугами, совершать электронные платежи и транзакции, предоставлять цифровые подписи и участвовать в электронном голосовании. Законодательство обязывает учреждения государственного сектора принимать документы с цифровой подписью с такими же полномочиями, как и рукописные. Альтернативой цифровой идентификации и авторизации является привязанный к мобильному телефону Mobile-ID. Почти все медицинские работники оснащены компьютером и имеют доступ в Интернет. Частные лица могут получить доступ к собственным медицинским данным через национальный портал пациента. Пациенты могут войти в систему с помощью ID-карты или мобильного идентификатора и просмотреть информацию о результатах диагностических тестов, рецептах, а также о своих амбулаторных посещениях и пребывании в больни-

<sup>25</sup> NIHD. Health Statistics Database. Tallinn; 2018. URL: <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>

<sup>26</sup> EHIF. Estonian Health Insurance Fund annual report 2016. Tallinn; 2017. URL: [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud\\_aruanded/haigekassa\\_eng\\_loplik.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/haigekassa_eng_loplik.pdf)

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

це. Пациенты также могут увидеть, кто имел доступ к их документам. Кроме того, пациенты могут получить информацию о стоимости своих медицинских счетов, возмещаемых фондом медицинского страхования. В 2016 г. 57% респондентов, участвовавших в опросе общественного мнения о здоровье и здравоохранении, знали о портале, а 24% заявили, что посетили портал<sup>27</sup>.

В Эстонии создан цифровой архив изображений — платформа, управляемая эстонской системой архивирования и связи изображений. Это позволяет поставщикам медицинских услуг, включая семейных врачей, получать доступ к цифровым изображениям, чтобы отслеживать изменения в состоянии здоровья пациента на протяжении многих лет, и позволяет экспертам давать второе мнение в сложных случаях. Теперь врачи могут получить доступ к полной истории рецептов пациента онлайн и использовать эту легкодоступную информацию для предотвращения полипрагмазии. Кроме того, была введена база данных о лекарственных взаимодействиях.

### Заключение

Таким образом, при общих довольно высоких значениях показателей общественного здоровья стоит отметить, что в некоторых странах сохраняется относительно высокий уровень смертности после инсультов (Бельгия), однако ОПЖ растет во всех странах, особенно быстро в Эстонии за счет снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Сохраняется разница в продолжительности жизни: между мужчинами и женщинами в 5 и более лет (Австрия), между мужчинами с высшим и базовым образованием (Австрия), 14 лет между людьми с высшим образованием, чем у людей с непол-

ным средним образованием (Эстония). Отмечено сглаживание различий в продолжительности жизни жителей западных и восточных районов в Германии.

Следует отметить высокую распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний, например, курения и потребления алкоголя (Австрия), что делает рак легких третьей по значимости причиной смерти в Австрии. При этом 70% австрийцев отмечают у себя хорошее здоровье, причем частота этих оценок выше в группе респондентов с самым высоким доходом, чем в группе с самым низким доходом. Население описываемых стран отличается своей высокой физической активностью (Австрия, Германия, Эстония).

В сфере общественного здоровья данные страны финансируют программы скрининга, создают платформы по улучшению грамотности в вопросах здоровья.

Отмечается общая тенденция цифровизации здравоохранения, что выражается в создании электронных записей о вакцинации, возможности получения электронных рецептов, электронных консультаций, электронной скорой помощи, цифровых медицинских карт, общенациональных систем архивирования изображений и связи и т. д.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Dietscher C., Pelikan J. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen // *Präv. Gesundheitsf.* 2016. Vol. 11. P. 53—62. DOI: 10.1007/s11553-015-0523-0

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Dietscher C., Pelikan J. Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. *Präv. Gesundheitsf.* 2016;11:53—62. DOI: 10.1007/s11553-015-0523-0

<sup>27</sup> Kantar EMOR. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile [Patient Evaluation of Health and Health care]. Tallinn; 2016. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/373576/Can-people-afford-to-pay-for-health-careEstonia-WHO-FP-004.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373576/Can-people-afford-to-pay-for-health-careEstonia-WHO-FP-004.pdf)

**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.****НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В АВСТРИИ, БЕЛЬГИИ, ГЕРМАНИИ И ЭСТОНИИ**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355017,  
Ставрополь, Россия

В статье, посвященной обеспечению прав пациентов и доступности медицинской помощи в Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии, отмечается опыт создания института независимых омбудсменов, играющих важную роль в данном вопросе. В основном в этих странах возможен выбор медицинской организации и врача, а в Бельгии предоставляется право выбора страховой организации. Пациенты в этих странах наделяются правом контроля процесса оказания им медицинской помощи, включая его оплату и совместное принятие с врачом решения о тактике лечения. Государство также обеспечивает право пациента на получение профилактических и восстановительных услуг, предоставляемых детям бесплатно, а взрослым компенсируемых в 80% случаев.

Большая часть граждан этих стран (до 98%) довольны оказанными им медицинскими услугами. Однако в некоторых странах имеется дисбаланс доступности медицинской помощи: высокая доступность услуг семейного врача и низкая — услуг специалистов, как в Эстонии. Тем не менее это не вызывает повышения уровня коррупции в медицинской сфере данных стран, которая находится ниже средних европейских показателей. По совокупности показателей доступности медицинской помощи лидером среди анализируемых стран является Германия.

**Ключевые слова:** системы здравоохранения; доступность медицинской помощи; права пациентов; здравоохранение за рубежом

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):908—911. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-908-911>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N.****SOME ASPECTS OF ENSURING PATIENTS' RIGHTS AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE  
IN AUSTRIA, BELGIUM, GERMANY AND ESTONIA**

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article devoted to ensuring the rights of patients and the availability of medical care in Austria, Belgium, Germany and Estonia notes the experience of creating an institute of independent ombudsmen who plays an important role in this issue. Basically, in these countries, the choice of a medical organization and a doctor is possible, and in Belgium the right to choose an insurance organization is granted. Patients in these countries are given the right to control the process of providing them with medical care, including its payment and joint decision-making with the doctor on treatment tactics. The State also ensures the patient's right to receive preventive and restorative services provided to children free of charge, and compensated for adults in 80% of cases.

It is impossible not to recognize the high percentage of citizens of these countries, reaching 98%, satisfied with the medical services provided to them. However, in some countries there is an imbalance in the availability of medical care, which is expressed by high availability of family doctor services and low availability of specialist services, as in Estonia. Nevertheless, this does not cause an increase in the level of corruption in the medical spheres of these countries, which is below the European average. According to the totality of indicators of the availability of medical care, Germany is the leader among the analyzed countries.

**Keywords:** healthcare systems; accessibility of medical care; patients' rights; healthcare abroad

**For citation:** Amlaev K. R., Mazharov V. N. Some aspects of ensuring patients' rights and accessibility of medical care in Austria, Belgium, Germany and Estonia. *Problemi socialnoi gigieni, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):908—911 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-908-911>

**For correspondence:** Karen R. Amlaev; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023**Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов  
и доступности медицинской помощи в Австрии**

Все земли в Австрии создали офисы омбудсменов по делам пациентов в статусе независимых учреждений. Эти структуры информируют пациентов об их правах и выступают в качестве посредников и защитников интересов пациентов в случае некачественного ухода или халатности. Омбудсмены по делам пациентов также представлены на платформах

здравоохранения. Застрахованные лица в Австрии не могут выбрать свой страховой фонд, поскольку они автоматически назначаются в зависимости от принадлежности к профессиональной группе и/или земли. Однако пациенты имеют право свободного выбора поставщиков медицинских услуг, что является ключевым элементом австрийской системы здравоохранения. Пациенты с дополнительным добровольным медицинским страхованием могут выбрать конкретного врача в определенной ими боль-

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

нице (хотя и с некоторыми ограничениями в государственных больницах). Во многих государственных и частных больницах, а также в Австрийской медицинской палате, фондах медицинского страхования и Австрийской палате труда есть офис омбудсмена, который занимается индивидуальными жалобами пациентов. Эти офисы, как правило, создаются как часть административного персонала больницы и часто выполняют роль менеджера по качеству. Пациенты, понесшие ущерб в результате неправильной постановки диагноза или лечения в государственной или частной некоммерческой больнице, могут получать компенсацию из Фонда компенсации пациентам. Эти фонды представляют собой дополнительную модель внесудебной компенсации, финансируемую самими пациентами, которые платят 73 цента за день пребывания в стационаре в фонды. Решения о выплатах принимаются независимыми комиссиями при активном участии уполномоченных по правам пациентов. Кроме того, существуют арбитражные комиссии для достижения внесудебного урегулирования, что избавляет пациентов и врачей от длительных и дорогостоящих судебных разбирательств. Арбитражные советы в большинстве земель либо непосредственно управляются региональной медицинской палатой, либо действуют при их сотрудничестве и участии [1].

Австрийская система здравоохранения характеризуется практически неограниченным доступом пациентов к поставщикам услуг по контракту на всех уровнях оказания медицинской помощи. Врачи общей практики являются первой точкой входа в систему здравоохранения, однако, как правило, у них нет официальной функции «медицинского диспетчера», и со специалистами можно проконсультироваться напрямую.

Австрийская система здравоохранения основана на принципах солидарности, доступности и универсальности. Практически все население охвачено социальным медицинским страхованием и пользуется широким набором льгот и хорошим доступом к медицинскому обслуживанию. Австрия сообщает о самом низком уровне неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи во всем Европейском Союзе, несмотря на относительно высокие выплаты из собственных средств и разное время ожидания для пациентов с добровольным медицинским страхованием и без него. Удовлетворены или очень довольны полученным стационарным лечением 95% пациентов, амбулаторным лечением — 98% пациентов<sup>1</sup>. Удовлетворенность была самой низкой в амбулаторных отделениях больниц (10% респондентов сообщили, что они недовольны или очень недовольны). Однако пациенты были менее удовлетворены сотрудничеством между врачами общей прак-

тики и специалистами, и качеством общения между врачом и пациентом. Только 68% и 63% респондентов соответственно оценили сотрудничество и общение между врачом и пациентом как хорошие или очень хорошие, указывая на возможности для улучшения<sup>2</sup>. Время ожидания и время работы амбулаторных специалистов являются основной проблемой для многих пациентов в Австрии, особенно при необходимости рентгенологического обследования. Почти трети пациентов приходилось ждать приема в течение 1 мес или дольше, в частности, для проведения компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)<sup>3</sup>. С 2018 г. амбулаторные клиники обязаны сократить время ожидания максимум до 10 дней для КТ-обследования и максимум до 20 дней для МРТ-обследования<sup>4</sup>.

### Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Бельгии

Все лица, имеющие право на медицинскую страховку в Бельгии, должны зарегистрироваться в любом больничном фонде<sup>5</sup>. Выбор пациента (в отношении медицинских работников, медицинских учреждений, лечения, больничного фонда) является неотъемлемой частью системы здравоохранения<sup>6</sup>. Врачи имеют возможность отказаться от лечения по профессиональным или личным причинам. При этом они должны проинформировать об этом пациента или родственников пациента, убедиться, что непрерывность лечения обеспечена, и передать любую полезную информацию врачу-преемнику.

Оказание медицинской помощи в Бельгии основано на принципах независимой медицинской практики, прямого доступа, свободного выбора врачей и медицинских учреждений. В настоящее время существует полное возмещение за большинство профилактических и восстановительных процедур для всех детей в возрасте до 18 лет; но для ортодонтического лечения возмещение остается ограниченным. Для взрослых предусмотрено возмещение 75—79% от согласованной на национальном уровне платы за профилактическое и восстановительное лече-

<sup>2</sup> TQS, HVSVT. Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger Unter Mitarbeit der Gesundheitsricht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/07/rs20180718\_1bvr167516.html

<sup>3</sup> GfK. Bevölkerungsstudie — Gesundheit 2017. Eine Studie von GfK im Auftrag vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Vienna; 2017. URL: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714042&version=1508941107>

<sup>4</sup> HVB. Ab 1. Jänner ist es fix: Jeder Kassenversicherte hat Anspruch auf kurze 239Austria Wartezeiten bei CT- und MR-Untersuchungen. Vienna; 2018. URL: [https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845450&portal=svportal&content\\_contentid=10007.693640](https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845450&portal=svportal&content_contentid=10007.693640)

<sup>5</sup> NIHDI. Joining a sickness fund (in French). Brussels; 2014. URL: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/affilier-mutualite.aspx>

<sup>6</sup> BS-MB (26 September 2002). Law of 22 August on the patients' rights. BelgischStaatsblad-Moniteur Belge. URL: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/designating\\_a\\_confidant.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/designating_a_confidant.pdf)

<sup>1</sup> Leuprecht E., Lerchner M., Neubauer S., Kern R. Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Expertenbericht 2015. Vienna; 2016. URL: [https://jasmin.goeg.at/434/13/Das%20österreichische%20Gesundheitssystem\\_2019.pdf](https://jasmin.goeg.at/434/13/Das%20österreichische%20Gesundheitssystem_2019.pdf)

ние<sup>7</sup>. В 2018 г. 48,4% пациентов были вынуждены ждать 2 или более недель, чтобы попасть на прием к специалисту<sup>8</sup>.

### **Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Германии**

Пациенты в Германии имеют право свободно выбирать своего врача и больницу; запрашивать второе мнение; получать медицинское лечение в соответствии с признанными стандартами; определять лечение и его объем; оплачивать из своих больничных фондов расходы на необходимые средства связи для взаимодействия с врачами; проводить медицинские процедуры только с их законного согласия; получить квитанцию (пациента) из своего больничного фонда, от врачей, стоматологов или больниц с перечислением расходов и полученных услуг; просматривать свои медицинские карты; обеспечивать конфиденциальность своих данных; получать компенсацию в случае врачебной ошибки, отсутствия информированного согласия или нанесения вреда, вызванного фармацевтическими препаратами или медицинскими приборами.

На государственном уровне профессиональным палатам врачей, стоматологов и фармацевтов настоятельно рекомендуется создать системы подачи жалоб и арбитражные комиссии для внесудебного разрешения исков о врачебной халатности. Омбудсмен отвечает за арбитраж споров между пациентами и компаниями, предлагающими частное медицинское страхование. Пациенты, пострадавшие в результате небрежных действий поставщиков медицинских услуг или производителей фармацевтических препаратов или медицинских изделий, имеют право на компенсацию в соответствии с гражданским законодательством. Они могут бесплатно направлять свои жалобы в вышеупомянутые арбитражные комиссии, в состав которых входят независимые врачи и юристы. Требуется, чтобы врачи, стоматологи и психотерапевты оформляли страховку ответственности или подтверждали эквивалентное покрытие [2].

В Германии хорошо развит амбулаторный сектор с высокой плотностью врачей общей практики. Для большинства населения ближайший терапевт находится менее чем в 1,5 км от места жительства. За исключением нескольких специальностей, например, радиологии или лабораторных услуг, пациенты могут напрямую обращаться к специалистам амбулаторной помощи без направления [2].

Многочисленные исследования подтверждают, что Германия является одной из лучших стран в вопросе доступа к медицинской помощи [3—6].

<sup>7</sup> NIHDI. Fee schedule for dentists. Brussels; 2019. URL: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/dentiste.aspx>

<sup>8</sup> Devos C., Cordon A., Lefèvre M. et al. Performance of the Belgian health system — Report 2019. KCE Reports 313. Brussels; 2019. URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_313C\\_Performance\\_Belgian\\_health\\_system\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf)

В 2018 г. только 0,2% населения сообщили о неудовлетворенных потребностях в медицинском обслуживании (из-за стоимости, времени ожидания или расстояния поездки). Неудовлетворенные потребности выше в группах с низким доходом, чем в группах с более высоким доходом, но разница между квинтилем с самым низким (0,4%) и самым высоким (0,0%) доходом незначительна [7].

### **Некоторые аспекты обеспечения прав пациентов и доступности медицинской помощи в Эстонии**

В Эстонии доступ населения к медицинским услугам ухудшается, что в основном можно объяснить отсутствием специализированной помощи. В то же время доступ к семейным врачам улучшился. Стоит отметить, что 94% жителей Эстонии живут в пределах 30 мин езды от больницы<sup>9</sup>. Это было достигнуто за счет резкого сокращения средней продолжительности пребывания в стационаре до 5,5 дня и повышения роли дневного ухода. Наряду с уменьшением количества коек для неотложной, туберкулезной и психиатрической помощи, количество коек для сестринского ухода и реабилитации увеличилось. С международной точки зрения средняя продолжительность пребывания в эстонских больницах является одной из самых коротких в ЕС.

Стоматологическое обслуживание детей в возрасте до 19 лет включено в пакет льгот, кроме того введены пособия на стоматологическое обслуживание в натуральной форме для взрослых. В случае острого заболевания пациент в Эстонии имеет право попасть к семейному врачу в тот же день, а в других случаях — в течение 5 рабочих дней. Исследования подтверждают, что данное положение выполняется в отношении 99% пациентов<sup>10</sup>. Служба «Горячая линия семейного врача» в Эстонии предоставляет населению круглосуточный доступ к консультациям 365 дней в году. Она направлена на обеспечение доступа к медицинской консультации, когда кабинеты семейных врачей закрыты, и на снижение нагрузки на отделения неотложной помощи и машины скорой помощи. Услуга доступна для всех, независимо от страховки или статуса проживания. Количество совершаемых звонков достигает 657 звонков в сутки<sup>11</sup>. Услуга предоставляется бесплатно в течение первых 5 мин. Доля людей, воспользовавшихся этой услугой во вне рабочее время, достигла 27% в 2015 г.<sup>12</sup> Максимальное время ожидания специализированной помощи в Эстонии составляло 6 нед для амбулаторной специализирован-

<sup>9</sup> NIHD. Health Statistics Database. Tallinn; 2018. URL: <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>

<sup>10</sup> EHIF. Estonian Health Insurance Fund annual report 2016. Tallinn; 2017. URL: [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/2018-04/%C3%9Cleriigilise\\_perearsti\\_n%C3%B5uandetelefo-ni\\_2017\\_tulemused.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/2018-04/%C3%9Cleriigilise_perearsti_n%C3%B5uandetelefo-ni_2017_tulemused.pdf)

<sup>11</sup> EHIF. Üleriigilise perearsti nõuandetelefoni teenuse tulemused 2016. aastal. [Nationwide Family Doctor Hotline service results in 2016]. Tallinn; 2018. URL: <https://www.haigekassa.ee/en>

<sup>12</sup> TNS Emor. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiaabile 2015. Tallinn; 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330201/HiT-20-1-2018-eng.pdf>

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

ной помощи и 8 мес для стационарного лечения и хирургии в условиях дневного стационара. Некоторые вмешательства требуют более длительного максимального времени ожидания: например, 1,5 года для операции по удалению катаракты, эндопротезирования крупных суставов и бариатрической хирургии. Хирургия в условиях дневного стационара в Эстонии наиболее востребована в офтальмологии, где 99% операций по удалению катаракты выполняются в выше обозначенных условиях, что делает Эстонию лидером в Европе по данному направлению. О своих неудовлетворенных потребностях в медицинской помощи из-за ее стоимости, расстояния или времени ожидания сообщили 12,7% эстонцев, что выше среднего показателя по ЕС в 3,2%<sup>13</sup>.

В отчете Европейской комиссии указывается, что уровень коррупции в Эстонии в сфере здравоохранения ниже, чем в среднем по 27 странам ЕС. Доля респондентов эстонского опроса, заявивших, что их просили или ожидали, что они дадут взятку, пользуясь услугами здравоохранения, составила 1%, что ниже среднего показателя по ЕС-27 (2%). Однако 2% пациентов признали, что платили неофициально, чтобы получить более быстрый доступ к медицинской помощи, и около 3% заплатили после получения лечения.

### Заключение

Таким образом, в описываемых странах следует отметить тенденцию по созданию института независимых омбудсменов, призванных защитить права пациентов (Австрия), в том числе право выбора как страховой организации (Бельгия), так и поставщиков медицинских услуг (Австрия, Бельгия, Германия), что является ключевым элементом австрийской системы здравоохранения. При этом пациенты могут контролировать всю свою медицинскую информацию и доступ к ней, а также финансовые средства, которые расходуются на получение медицинских услуг (Германия).

Значительная часть профилактических и восстановительных услуг, наряду с базовыми медицинскими, полностью возмещается несовершеннолетним и до 80% объемов — взрослым (Германия).

95% пациентов сообщили, что удовлетворены или очень довольны полученным стационарным лечением, в то время как 98% пациентов были удовлетворены или очень довольны амбулаторным лечением.

Стоит отметить, что врачи в Германии обязательно страхуют свою профессиональную ответственность.

В то же время доступ к медицинской помощи в части ее специализированной части ухудшается, притом что доступ к услугам семейных врачей улучшается (Эстония). Для повышения доступности ме-

дицинской помощи внедряется службы «Горячая линия семейного врача» (Эстония). Однако на времени ожидания специализированной помощи эти меры не отражаются, в некоторых случаях период ожидания операции по удалению катаракты, эндопротезирования крупных суставов и др. может достигать 1,5 года (Эстония). Однако для объективности следует сказать, что уровень коррупции в Эстонии в сфере здравоохранения ниже, чем в среднем по 27 странам ЕС.

По совокупности показателей и в соответствии с проведенными исследованиями можно констатировать, что Германия является лидером в области обеспечения доступности медицинской помощи.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 3. P. 1—254.
2. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 6. P. 1—272.
3. Osborn R., Squires D., Doty M. M. et al. In new survey of eleven countries, US adults still struggle with access to and affordability of health care // *Health Aff. (Millwood)*. 2016. Vol. 35, N 12. P. 2327—2336. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.1088
4. Schneider E. C., Sarnak D. O., Squires D. et al. *Mirror, Mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better health care.* N.Y.; 2017. 29 p.
5. Schoen C., Osborn R., Squires D. et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated // *Health Aff. (Millwood)*. 2011. Vol. 30, N 12. P. 2437—2448. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0923
6. Schoen C., Osborn R., Squires D., Doty M. M. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries // *Health Aff. (Millwood)*. 2013. Vol. 32, N 12. P. 2205—2215. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0879
7. Röttger J., Blümel M., Köppen J., Busse R. Forgone care among chronically ill patients in Germany — results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals // *Health Policy*. 2016. Vol. 120, N 2. P. 170—178. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.01.004

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(3):1—254.
2. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(6):1—272.
3. Osborn R., Squires D., Doty M. M. et al. In new survey of eleven countries, US adults still struggle with access to and affordability of health care. *Health Aff. (Millwood)*. 2016;35(12):2327—2336. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.1088
4. Schneider E. C., Sarnak D. O., Squires D. et al. *Mirror, Mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better health care.* N.Y.; 2017. 29 p.
5. Schoen C., Osborn R., Squires D. et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff. (Millwood)*. 2011;30(12):2437—2448. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0923
6. Schoen C., Osborn R., Squires D., Doty M. M. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Aff. (Millwood)*. 2013;32(12):2205—2215. DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0879
7. Röttger J., Blümel M., Köppen J., Busse R. Forgone care among chronically ill patients in Germany — results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health Policy*. 2016;120(2):170—178. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.01.004

<sup>13</sup> European Commission. Eurostat Online Database. Brussels; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.****КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕКУЩИХ ПРОБЛЕМ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АВСТРИИ, БЕЛЬГИИ, ГЕРМАНИИ И ЭСТОНИИ**

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

*В статье сделан краткий обзор текущих проблем систем здравоохранения ряда европейских стран и мер, направленных на их решение. Отмечая высокий уровень систем здравоохранения данных стран, следует признать также их дорогую стоимость вследствие преобладания стационарной медицинской помощи. Почти все системы здравоохранения испытывают кадровый дефицит разной степени выраженности, сложности с обеспечением равного доступа к медицинской помощи. Понимание существующих проблем приводит правительства ряда стран, как, например, Австрии к формулированию целей, которых они хотят достичь в здравоохранении и их мониторингу. Среди предпринимаемых мер стоит отметить инновации в финансировании здравоохранения, наделение стационарных медицинских организаций дополнительными полномочиями и др.*

*Ключевые слова:* системы здравоохранения; реформы здравоохранения; здравоохранение за рубежом

*Для цитирования:* Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика текущих проблем систем здравоохранения Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):912—916. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-912-916>

*Для корреспонденции:* Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N.****BRIEF DESCRIPTION OF THE CURRENT PROBLEMS OF THE HEALTH SYSTEMS OF AUSTRIA, BELGIUM, GERMANY AND ESTONIA**

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

*The article provides a brief overview of the current problems of health systems in a number of European countries and measures aimed at solving them. Noting the high level of health systems in these countries, it is also necessary to recognize their expensive cost due to the predominance of inpatient medical care. Almost all health care systems are experiencing staff shortages of varying degrees of severity, difficulties with ensuring equal access to medical care. Understanding the existing problems leads the governments of a number of countries, such as Austria, to formulate the goals they want to achieve in healthcare and monitor them. Among the measures taken, it is worth noting innovations in healthcare financing, the granting of additional powers to inpatient medical organizations, and others.*

*Keywords:* healthcare systems; healthcare reforms; healthcare abroad

*For citation:* Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of the current problems of the health systems of Austria, Belgium, Germany and Estonia. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):912–916 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-912-916>

*For correspondence:* Karen R. Amlaev; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

*Source of funding.* This study was not supported by any external sources of funding.

*Conflict of interest.* The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

**Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Австрии**

Австрийская система здравоохранения обеспечивает высокое качество медицинской помощи. Низкие приемлемые показатели смертности указывают на то, что по этому показателю здравоохранение является более эффективным, чем в большинстве стран ЕС. Тем не менее число людей, умирающих от сердечно-сосудистых заболеваний и рака, велико по сравнению со средним показателем по ЕС-28. Указывается, что в Австрии имеются возможности для повышения эффективности лечения рака обеспечения равенства результатов между социально-экономическими группами и землями. Австрийская система здравоохранения является дорогостоящей и характеризуется высоким использованием стационарной помощи, большим количеством больничных коек и высокими показателями госпитализации. Значительная и все возрастающая доля

государственных расходов направляется на здравоохранение (15,6%), которая, как ожидается, еще больше увеличится в ближайшие десятилетия в результате старения населения. В ходе проводимых реформ эффективность стационарной помощи повысилась за счет постепенного сокращения средней продолжительности пребывания в больницах. Хотя австрийцы в целом очень довольны медицинским обслуживанием, остаются проблемы с точки зрения координации между амбулаторными и стационарными учреждениями, а также медицинскими учреждениями и учреждениями долгосрочного ухода.

Сообщается, что 9% респондентов в Австрии произвели своему врачу дополнительную оплату, ценный подарок или пожертвование в больницу для более быстрого лечения. Это явно выше среднего показателя по ЕС-27 в 5% и выше, чем в Болгарии, Латвии и Польше<sup>1</sup>.

В то же время австрийская система здравоохранения характеризуется сложной структурой с разде-



## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

лением управления между федеральным и региональными уровнями, что в конечном итоге приводит к фрагментации и неэффективности. В частности, ответственность за финансирование и предоставление услуг распределена между федеральными и правительствами земель в отношении стационарного лечения и фондом ОМС в отношении амбулаторного лечения. Разделение финансовых обязанностей между стационарным и амбулаторным секторами приводит к их неэффективности, особенно в больничном секторе. Страна тратит одну из самых больших долей бюджета здравоохранения на стационарное лечение (38,7% в 2015 г.) среди стран ЕС. Несмотря на недавние усилия по укреплению первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и сокращению числа больничных коек, показатели количества коек на население и выписки из больниц в Австрии остаются одними из самых высоких в ЕС. Они указывают на возможности для повышения эффективности, например, за счет переноса деятельности и ресурсов из крупного и дорогостоящего больничного сектора в амбулаторный [1].

Основной целью реформ здравоохранения в Австрии было улучшение совместного планирования, управления и финансирования различных секторов здравоохранения. Текущие реформы здравоохранения также направлены на рост расходов на общественное здравоохранение, что создает риск для финансовой устойчивости австрийской системы здравоохранения. Средний рост расходов в секторе здравоохранения неизменно превышает рост ВВП. Чтобы ограничить государственные расходы на здравоохранение, был введен глобальный бюджетный лимит для федеральных, отраслевых и региональных бюджетов здравоохранения, соответствующий росту ВВП. Одним из наиболее важных элементов реформ было создание отделений ПМСП. Его цель — улучшить условия для врачей, работающих в сфере ПМСП, чтобы привлечь достаточное количество врачей, готовых работать независимо по контракту с фондом медицинского страхования. Сильный сектор ПМСП также может способствовать сокращению числа госпитализаций, которых можно избежать. Создание подразделений ПМСП, состоящих из многопрофильных и междисциплинарных команд, является одним из важных шагов в укреплении ПМСП и снижении чрезмерной зависимости от больниц.

Многообещающей областью является дальнейшее развитие и внедрение информационных технологий и электронного здравоохранения, которые за последние несколько лет приобрели важное значение в Австрии. Предпринимаются шаги по повышению грамотности в вопросах здоровья и цифровой грамотности в вопросах здоровья во всех группах населения [2].

На основе подхода «Здоровье во всех стратегиях» в Австрии были разработаны 10 целей в области здравоохранения, достижение которых должно привести к увеличению ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения Австрии на 2 года. Были выделены 4 стратегические цели, связанные с результатами в области здравоохранения:

- увеличение продолжительности здоровой жизни и качества жизни;
- измерение и улучшение качества медицинской помощи;
- повышение безопасности пациентов и грамотности в вопросах здоровья;
- обеспечение высокого уровня удовлетворенности населения медицинской помощью.

Работа по достижению вышеперечисленных целей постоянно мониторируется по 38 показателям<sup>2</sup> [2, 3].

Австрийская система здравоохранения имеет хорошее финансовое обеспечение и достаточный доступ к медицинским услугам, о чем свидетельствует низкий уровень неудовлетворенных потребностей и высокий уровень удовлетворенности населения, несмотря на относительно высокие выплаты из собственных средств. Система здравоохранения обеспечивает практически всеобщее страховое покрытие (99,9% населения) и всестороннюю финансовую защиту уязвимых групп населения за счет многочисленных исключений из требований совместного несения расходов. Доступ к поставщикам услуг практически неограничен, без какого-либо формального контроля. Однако значительная доля расходов из собственных средств приходится на оплату медицинской помощи вне системы обязательного медицинского страхования, которая играет все более важную роль в оказании амбулаторной помощи.

### Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Бельгии

С точки зрения эффективности, система здравоохранения Бельгии была оценена как обеспечивающая в целом хороший доступ к высококачественным медицинским услугам. К проблемам бельгийского здравоохранения можно отнести чрезмерное использование антибиотиков и психотропных препаратов, снижение доступности психиатрической и стоматологической помощи из-за их высокой стоимости, социально-экономическое неравенство в состоянии здоровья, снижение доступности врачей общей практики в будущем (из-за их растущего среднего возраста), большое количество пациентов на 1 медсестру. Доля лиц, сообщающих о неудовлетворенных потребностях в медицинской помощи из-за затрат, времени ожидания или расстояния поездки, составляет 2,2—3,7% (ЕС-15 — 2,0—3,6%).

<sup>1</sup> European Commission. Corruption. Special Eurobarometer 470 Report. Brussels; 2017. URL: <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/81007>

<sup>2</sup> Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept: Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Vienna; 2022. URL: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html)

Мероприятия в рамках осуществления реформ в здравоохранении в Бельгии включают совместное финансирование федеральным правительством и субъектами федерации некоторых профилактических медицинских услуг, которые предоставляются пациентам бесплатно (например, плановая вакцинация детей и плановый скрининг рака молочной железы).

К другим мерам можно отнести: финансовую поддержку людей с высокими медицинскими расходами в форме системы фиксированных платежей; установление особого статуса для людей с хроническими заболеваниями, чтобы облегчить им доступ к медицинской помощи; создание специального фонда солидарности для предоставления дополнительной компенсации в случае редкого заболевания, требующего постоянного и комплексного ухода, инновационного медицинского устройства или вмешательства/услуги (за исключением фармацевтических препаратов), некоторых видов лечения за границей [4].

Кроме того, в Бельгии в 2018 г. была введена маркировка Nutri-Score на упаковках продуктов питания. Ее оценка выражается 5 буквами от А (лучший результат) до Е (худший результат) и 5 цветами, с зеленым и красным в качестве двух крайних значений, похожих на светофоры. В ходе крупномасштабного исследования, проведенного во Франции, было показано, что он эффективно влияет на поведение покупателей<sup>3</sup>.

#### **Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Германии**

В Германии уровень использования стационарной и амбулаторной помощи высок, имеются признаки переизбытка услуг, в том числе потребления фармацевтических препаратов. Кроме того, отмечается сильное разделение амбулаторной и стационарной помощи с точки зрения организации и оплаты, что, как правило, препятствует координации и непрерывности лечения пациентов, а также сложная система управления, которая затрудняет проведение реформ (борьба за компетенции между федеральным уровнем и землями [5]).

В Германии с 2016 по 2021 г. был принят целый ряд законов, регулирующих деятельность в сфере здравоохранения. Среди реализованных в Германии мер стоит отметить внедрение планирования, основанного на потребностях, — установление новых соотношений между врачами и пациентами с учетом региональных демографических факторов и заболеваемости; предоставление финансовых стимулов врачам, работающим в районах с недостаточным уровнем обслуживания, путем дополнительных изменений в схеме возмещения; сдерживание избыточного предложения медицинских услуг путем отказа в выдаче лицензий новым врачам амбулаторной помощи. Региональные ассоциации вра-

чей общей практики организуют горячие линии, по которым могут звонить пациенты, нуждающиеся в записи на прием, и которым централизованно назначаются встречи с поставщиками амбулаторной помощи в течение 4 нед и с учетом расстояния. Больницы теперь наделены большим количеством компетенций и обязанностей после выписки пациента. Врачам выплачивается дополнительная компенсация в случае, если они открывают практику в районах, имеющих дефицит медицинских работников [6]. Качество медицинской помощи в амбулаторном секторе измеряется по предотвратимым госпитализациям, относящимся к показаниям, которые можно было бы эффективно и своевременно лечить в амбулаторных условиях, таким как астма и диабет [6, 7]. Германия сравнительно хорошо справляется с оказанием медицинской помощи пациентам, перенесшим инсульт [8]. В 2017 г. в Германии был относительно низкий уровень летальности — 6,0% в течение 30 дней после поступления среди взрослых в возрасте 45 лет и старше, госпитализированных после ишемического инсульта (по сравнению с 7,8% в 2007 г.). После введения инсультных отделений и их включения в схему возмещения расходов на лечение ишемических инсультов уровень смертности снизился примерно на 33% в период с 2005 по 2007 г.<sup>4</sup> Онкологическую помощь можно рассматривать как лакмусовую бумажку системы здравоохранения из-за особых проблем с логистикой (например, приглашения на скрининг), использования инновационных технологий, взаимодействия команд в стационарном секторе (хирурги, психологи, медсестры) и профессионального последующего ухода в амбулаторном секторе. Относительный показатель выживаемости в Германии за пятилетний период всех видов рака был выше, чем средний показатель в ЕС-28<sup>5</sup>.

Немецкая система здравоохранения часто считается одной из лучших систем здравоохранения в мире, предлагая своему населению всеобщее медицинское страхование и полный набор льгот при сравнительно низких требованиях к совместному несению расходов. Это обеспечивает хороший доступ к медицинской помощи со свободным выбором поставщика и коротким временем ожидания, что отчасти объясняется хорошей инфраструктурой с плотной сетью врачей амбулаторной помощи и больниц, а также количественно высоким уровнем предоставления услуг. С другой стороны, это дорогостоящая система с самыми высокими расходами на душу населения в ЕС.

#### **Краткая характеристика текущих проблем здравоохранения Эстония**

В сфере здравоохранения Эстонии можно отметить следующие проблемы:

<sup>4</sup> OECD. Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2018—19 Indicator definitions. Paris; 2018. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf>

<sup>5</sup> OECD. OECD Statistics. Paris; 2020. URL: <https://stats.oecd.org/>

<sup>3</sup> FASFC. About FASFC. Brussels; 2020. URL: <https://www.fasfc.be/about-fasfc>

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

- большую общую долю случаев госпитализации в стационары и визитов к специалистам, которых можно было избежать. Эстония занимает 3-е место по количеству стандартизированных случаев госпитализации, которых можно избежать, например, в 2013 г. 68% посещений специалистов по поводу гипертонии в Эстонии были признаны предотвратимыми;
- ограничения доступности сестринского ухода, реабилитации и социальной помощи, которые приводят к высокому уровню неудовлетворенных потребностей и ухудшению состояния пациентов;
- недостатки в ведении пациентов (с хроническими заболеваниями) на уровне ПМСП, включая отсутствие адекватных профилактических услуг;
- слабую координацию медицинской помощи до и после обострения заболевания, что отражается в значительной доле госпитализированных пациентов, которые получают ненужные предоперационные диагностические процедуры, выписываются без соответствующих лекарств и не получают последующую помощь в надлежащие сроки;
- мало больниц имеют комплексные системы мониторинга показателей качества, и нет необходимости отчитываться перед назначенным органом. Распространенность хронических заболеваний у жителей Эстонии растет из-за структурных изменений в населении, таких как увеличение среднего возраста и связанного с этим роста заболеваемости, имеющие неодинаковые последствия для разных социально-экономических групп.

Значимой проблемой является ухудшающееся соотношение медицинских кадров и пациентов [9]. Это результат увеличения среднего возраста медицинских работников, профессиональной миграции и недостаточных объемов обучения в прошлом, несмотря на недавнее увеличение числа поступающих в медицинские вузы и сокращение миграции за границу. Наибольшую тревогу вызывает нехватка семейных врачей и медсестер, а также диетологов, чья доступность становится все более важной в условиях растущего числа людей с избыточным весом. Несмотря на то что эстонская система здравоохранения сравнительно эффективна, с высоким уровнем распространения дженериков и широким использованием хирургии в условиях дневного стационара, некоторые показатели результативности деятельности стационаров указывают на то, что есть значительные возможности для улучшения<sup>6</sup>.

### Заключение

Все описанные страны отличаются достаточно высоким уровнем систем здравоохранения. При

этом они одновременно являются и избыточно дорогостоящими (Австрия, Германия), что в значительной мере связано с доминированием стационарных медицинских услуг и высоким уровнем страхового покрытия. Разделение финансовых обязанностей между стационарным и амбулаторным секторами приводит к их неэффективности, особенно в больничном секторе.

Среди проблем здравоохранения данных стран общими являются проблемы кадрового обеспечения в силу старения персонала и его миграции в наиболее развитые регионы (Бельгия, Эстония), неравный доступ к медицинской помощи, обусловленный социально-экономическими причинами (Бельгия). Правительства данных стран последовательно проводят ряд мероприятий, имеющих характер реформ, но при этом зачастую бюджет отрасли только возрастает (Австрия), что вынуждает их устанавливать бюджетный лимит.

Следует отметить, что определение целей в области здравоохранения и мониторинг прогресса в этом направлении делает предпринимаемые меры более эффективными (Австрия). К важным мерам можно отнести внедрение новых финансовых механизмов финансирования медицинских услуг для некоторых категорий граждан и маркирование продуктов с позиции их вреда и пользы для потребителя (Бельгия), наделение стационаров целым пакетом компетенций и обязанностей в отношении выписанных ими пациентов (Германия).

Подводя общий итог, можно охарактеризовать систему здравоохранения описанных выше стран как преимущественно дорогостоящие, но обеспечивающие высокий уровень доступности и качества медицинской помощи.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 3. P. 1—254.
2. Leuprecht E., Lerchner M., Neubauer S., Kern R. Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Expertenbericht 2015. Vienna; 2016.
3. Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Wien; 2018.
4. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 5. P. 1—237.
5. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 6. P. 1—272.
6. Busse R., Blümel M. Germany: health system review // *Health Syst. Transit.* 2014. Vol. 16, N 2. P. 1—296.
7. Burgdorf F., Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations // *Dtsch. Arztebl. Int.* 2014. Vol. 111, N 13. P. 215—223. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215
8. Nimptsch U., Mansky T. Stroke unit care and trends of in-hospital mortality for stroke in Germany 2005—2010 // *Int. J. Stroke.* 2014. Vol. 9, N 3. P. 260—265. DOI: 10.1111/ij.s.12193
9. Habicht T., Reinap M., Kasekamp K. et al. Estonia: health system review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 1. P. 1—189.

<sup>6</sup> Eurostat. Database — Eurostat. Luxembourg; 2020. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>

## REFERENCES

1. Bachner F, Bobek J, Habimana K. et al. Austria: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(3):1—254.
2. Leuprecht E., Lerchner M., Neubauer S., Kern R. Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Expertenbericht 2015. Vienna; 2016.
3. Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyserrelevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Wien; 2018.
4. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(5):1—237.
5. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al. Germany: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(6):1—272.
6. Busse R., Blümel M. Germany: health system review. *Health Syst. Transit.* 2014;16(2):1—296.
7. Burgdorf F, Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2014;111(13):215—223. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215
8. Nimptsch U., Mansky T. Stroke unit care and trends of in-hospital mortality for stroke in Germany 2005—2010. *Int. J. Stroke.* 2014;9(3):260—265. DOI: 10.1111/ij.s.12193
9. Habicht T., Reinap M., Kasekamp K. et al. Estonia: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(1):1—189.

**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.**

## **КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕКУЩИХ ПРОБЛЕМ И ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ РЕФОРМ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРЕЦИИ, БОЛГАРИИ И ИСПАНИИ**

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 355017, Ставрополь, Россия

*В статье описаны проблемы и реформы систем здравоохранения Греции, Болгарии, Испании. Спектр существующих проблем включает несовершенство управления и финансирования здравоохранения данных стран, что приводит к высокому уровню софинансирования медицинской помощи самим населением, дефициту медицинских кадров и их неравномерному распределению внутри стран, преобладанию стационарных медицинских услуг, снижению доступности (длительность ожидания медицинской помощи). Кроме того, в Греции и Болгарии отмечается высокий уровень распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний при слабости или отсутствии скрининговых программ. Рассматриваемые страны реализуют ряд реформ, касающихся управления и финансирования здравоохранения, доступности медицинской помощи. Однако значимых результатов реформирования, за исключением Испании, в этих странах не наблюдается, в том числе из-за отсутствия политического согласия в отношении проведения необходимых реформ.*

*Ключевые слова:* проблемы и реформы здравоохранения; здравоохранение за рубежом

*Для цитирования:* Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика текущих проблем и осуществляемых реформ систем здравоохранения Греции, Болгарии и Испании. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):917–922. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-917-922>

*Для корреспонденции:* Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N.**

## **BRIEF DESCRIPTION OF CURRENT PROBLEMS AND ONGOING REFORMS OF HEALTHCARE SYSTEMS IN GREECE, BULGARIA AND SPAIN**

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

*The article is a description of the problems and reforms of the healthcare systems of Greece, Bulgaria, Spain. The range of existing problems includes the imperfection of management and financing of healthcare in these countries, which leads to a high level of co-financing of medical care by the population itself, a shortage of medical personnel and their uneven distribution within countries, the predominance of inpatient medical services, reduced availability (waiting time for medical care). In addition, Greece and Bulgaria have a high prevalence of risk factors for non-communicable diseases with weak or no screening programs. The countries listed above are implementing a number of reforms related to the management and financing of healthcare, and the availability of medical care. However, significant results of reform, with the exception of Spain, are not observed in these countries, including due to the lack of political agreement on the implementation of the necessary reforms.*

*Keywords:* problems and reforms of healthcare; healthcare abroad

*For citation:* Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of current problems and ongoing reforms of healthcare systems in Greece, Bulgaria and Spain. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoohranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):917–922 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-917-922>

*For correspondence:* Karen R. Amlaev; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

*Source of funding.* This study was not supported by any external sources of funding.

*Conflict of interest.* The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

### **Греция**

Несмотря на предпринятые к настоящему времени значительные усилия, исследователи отмечают, что в Греции сохраняются признаки неэффективности системы здравоохранения: неразвитая первичная медицинская помощь, отсутствие планирования и координации, недостаток финансирования, отсутствие административного потенциала для проведения управленческих реформ и доведения их до конца. Греция сталкивается с социально-экономическим неравенством в отношении здоровья, высокой распространенностью курения и высокими показателями избыточного веса и ожирения, ухудшением психического здоровья, необходимостью удовлетворять потребности в физическом и психическом здоровье мигрантов и беженцев, прибывающих в

Европу. Пациенты в Греции сталкиваются с проблемами доступа, непрерывности ухода и координации, а также полноты предоставляемых услуг. В настоящее время не функционирует механизм управления системой выдачи направлений пациентам на исследование или консультации. Специализированная амбулаторная помощь характеризуется неравномерным географическим распределением врачей и дефицитом врачей некоторых специальностей [1].

В греческой системе здравоохранения в значительной степени оказание медицинской помощи осуществляется преимущественно в больницах. Механизмов, позволяющих заменить стационарное лечение менее дорогостоящим амбулаторным, домашним или дневным уходом, в основном не существует, а степень интеграции между поставщиками первичной и вторичной медицинской помощи низкая.

Кроме того, отсутствуют национальная инфраструктура управления качеством, стимулы у поставщиков медицинских услуг для улучшения качества медицинской помощи, растут частные официальные и неофициальные платежи, врачи общей практики и медсестры неравномерно распределены по регионам [2]. Потолок государственных расходов на здравоохранение установлен на уровне 6% ВВП, что привело к значительному сокращению расходов на фармацевтику, медицинское обслуживание, заработную плату персонала и т. д.

Эффективность греческой системы здравоохранения можно было бы повысить, учитывая, что ее показатели значительно отстают от других стран ЕС в борьбе с конкретными заболеваниями, такими как поддающиеся лечению виды рака (молочной железы, шейки матки, предстательной железы). В Греции нет популяционных или систематических программ скрининга рака, поэтому охват профилактическим скринингом довольно низок, например, менее 60% пациентов делается тест Папаниколау по сравнению с 80% в Финляндии или Соединенном Королевстве, менее 50% пациенток делают маммографию по сравнению с необходимыми 75% [3].

Коррупция в сфере здравоохранения является еще одной проблемой, препятствующей доступу, широко распространены неофициальные платежи. Опрос жителей показал, что неофициальные платежи осуществляли почти две трети респондентов, которые пользовались услугами здравоохранения в течение последних 12 мес, и за каждую третью госпитализацию в государственную больницу [4].

Многочисленные опросы показывают высокий уровень неудовлетворенности пациентов качеством медицинского обслуживания в Греции. Только 26% респондентов в Греции оценили качество больницы в стране как хорошее, в то время как 73% считали, что оно хуже, чем в других государствах — членах ЕС. Более того, 78% опрошенных полагают, что состояние здоровья пациентов, находящихся на стационарном лечении, может ухудшиться<sup>1</sup>. Среди ключевых причин недовольства граждан — недостаток информации для пациентов, длинные списки ожидания, неэффективные управленческие структуры, слабые системы управления информацией, ограниченные административные возможности, отсутствие процессов мониторинга и механизмов надзора, низкая заработная плата медицинских работников<sup>2</sup>. Несмотря на проведенные реформы, уровень интеграции системы здравоохранения остается довольно низким [5], особенно в сфере общественного здравоохранения [6, 7].

Важнейшей проблемой Греции являются разные подходы лиц, принимающих решения, к направле-

ниям реформирования здравоохранения, что еще больше усложняет их реализацию [8].

Перечень реформы здравоохранения включает план создания двухуровневой системы первичной медико-санитарной помощи с функцией гейткингов. Расходы на фармацевтику были сокращены до 1% ВВП, главным образом за счет снижения цен на лекарства, увеличения скидок и контроля объема их потребления. Предприняты значимые действия, улучшившие доступ к медицинской помощи безработным и недостаточно застрахованным. Внедрена система обязательного электронного выписывания рецептов, обязательное назначение лекарств по международному непатентованному наименованию, пропаганда использования дженериков, обязательная замена дженериков аптеками, введение списков препаратов, стоимость которых компенсируется государством [8]. Ведение заболеваний в Греции было улучшено путем внедрения клинических рекомендаций в обычную медицинскую практику [9].

В августе 2017 г. правительство приняло новый закон о реформе первичной медико-санитарной помощи (Закон № 4486/2017). Согласно предложениям, первичная медицинская помощь должна быть бесплатной, с равным доступом, и она должна работать по 12 ч в сутки в районах, где имеется достаточный охват больницами, и 24 ч в сутки, где такие больничные услуги отсутствуют<sup>3</sup>.

На первом уровне местные медицинские подразделения будут действовать как подразделения семейной медицины, предоставляя своим зарегистрированным пациентам услуги, включая санитарное просвещение и пропаганду, профилактику, оценку и управление рисками инфекционных и неинфекционных заболеваний, систематический мониторинг и скрининг, решение острых проблем со здоровьем и направление в медицинские центры или больницы, мониторинг и лечение хронических заболеваний, уход на дому, консультирование и поддержку отдельных лиц и семей, выявление психических заболеваний, сбор и использование данных эпидемиологического надзора. В них будут работать медицинские бригады, состоящие из врачей общей практики, специалистов по внутренним болезням, педиатров, медсестер, медсестер по общественному здоровью, социальных работников и административного персонала.

В качестве второго уровня новой системы целью медицинских центров является оказание специализированной амбулаторной помощи всем пациентам, которые направляются местными подразделениями здравоохранения: службы неотложной помощи; лабораторные анализы и услуги по диагностике изображений; стоматологическая помощь взрослым и детям; уход за матерью и ребенком; уход за подростками; специализированная профилактика; физиотерапия, эрготерапия и логотерапия; медицина труда; социальная медицина и общественное здравоохра-

<sup>1</sup> European Commission. Patient safety and quality of healthcare: report. 2014. URL: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4129/download>

<sup>2</sup> Avgoustatos S., Economou C. (2013). Greece. In: Study on corruption in the healthcare sector. URL: [https://www.stt.lt/documents/soc\\_tyrimai/20131219\\_study\\_on\\_corruption\\_in\\_the\\_healthcare\\_sector\\_en.pdf](https://www.stt.lt/documents/soc_tyrimai/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf)

<sup>3</sup> Benos A. et al. Proposal for the development of primary health care. Athens; 2015.

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

нение. Центры будут укомплектованы медицинскими специалистами в области общей/внутренней медицины, педиатрии, стоматологии, медицины труда, социальной медицины и общественного здравоохранения, лучевой диагностики, кардиологии, гинекологии, общей хирургии, ортопедии, офтальмологии, пульмонологии, урологии, отоларингологии, дерматологии, неврологии, гастроэнтерологии, эндокринологии и ревматологии и т. д. Штатное расписание подразделений будет определяться исходя из численности населения — например, 1 терапевт или специалист по внутренним болезням на 2000—2500 взрослых, 1 педиатр на 1000—1500 детей, 1 стоматолог на 10 000 жителей и 2 специалиста по лучевой диагностике, 1 патолог и 1 кардиолог на 25 000—30 000 жителей. Для укомплектования этих объектов персоналом в августе 2017 г. был начат набор персонала на 3000 вакансий. Однако только половина приглашенных врачей (600 из 1200) подали заявки. Медицинские ассоциации объясняют нежелание врачей укомплектовывать местные медицинские учреждения действующими правилами работы (сотрудники должны работать исключительно в своем подразделении и не заниматься частной практикой), в то время как Министерство здравоохранения связывает ситуацию с утечкой мозгов и эмиграцией врачей. Реформы, которые проводятся в греческой системе здравоохранения, в основном сосредоточены на финансовых и организационных аспектах, частично решая долгосрочные структурные проблемы системы здравоохранения. Наиболее существенной структурной реформой стало административное объединение основных фондов ОМС в единый национальный фонд медицинского страхования.

### Испания

Здравоохранению Испании пока не удается в полной мере решить ряд проблем: рост распространенности ожирения, сохраняющийся разрыв в самооценке здоровья между социально-экономическими группами, длительное время ожидания в хирургии и консультаций специалистов; необходимость совместного несения расходов на высокоэффективные лекарства и применение необходимых методов лечения. Необходимы структурные меры для улучшения распределения ресурсов и технической эффективности, участия пациентов в принятии решений об их лечении [10]. К проблемам также можно отнести низкий процент медсестер на душу населения в Испании. Соотношение медсестер и врачей составляет 1,4, что намного ниже среднего показателя по странам ОЭСР (2,5) <sup>4</sup>.

Нецелевое использование ресурсов в виде ненужных госпитализаций при хронических заболеваниях, использования методов или процедур, которые имеют более экономичные альтернативы, не-

правильное использование лекарств часто встречаются в системе здравоохранения Испании.

Существуют также большие различия в качестве и безопасности в разных больницах. Например, госпитальная смертность после аортокоронарного шунтирования варьируется в 2,2 раза, а госпитальная смертность после чрескожного коронарного вмешательства варьируется в 3,5 раза <sup>5</sup>.

Реформы, проводимые в Испании, касались управления национальной системой здравоохранения Испании, широты охвата (регулирование условий предоставления льгот), глубины охвата (классификация пакета льгот), совместного несения расходов (изменение финансового участия пациентов), процедур ценообразования на лекарства и сокращения производственных затрат (например, сокращение персонала здравоохранения, заработной платы или цены, централизации закупок). В результате только нелегальные мигранты оказались исключенными из охвата медицинской помощью, что сделало охват национальной системой здравоохранения Испании практически универсальным.

Другими инициативами являются расширение антитабачных мер; принятие национальной стратегии борьбы с хроническими заболеваниями, внедрение оценки технологий и выгод, рекомендаций по сокращению использования устаревших методов [10]. Кроме того, был одобрен безрецептурный доступ к так называемым «таблеткам на следующий день» и принят закон о декриминализации абортотворения в первые 14 нед беременности, что привело к сокращению числа абортотворения на 1000 женщин <sup>6</sup>.

В рамках реализации межсекторального подхода к здравоохранению был принят закон об общественном здравоохранении, который продемонстрировал недвусмысленную приверженность принципу «здоровье во всех стратегиях» и использованию оценки воздействия на здоровье в качестве инструмента для оценки законов и политики в этих заинтересованных секторах. Четкую приверженность здоровому образу жизни и снижению ожирения, основанную на Стратегии в области питания, физической активности и ожирения, продемонстрировал Закон № 17/2011 о безопасности пищевых продуктов и питания <sup>7</sup>. Благодаря этому в школах были запрещены торговые автоматы с солеными закусками, сладкими напитками и продуктами, содержащими жиры животного происхождения. Было сокращено использование соли, сахара и насыщенных жиров при производстве пищевых продуктов.

<sup>5</sup> Comendheiro-Mälloe M. et al., on behalf of the Atlas VPM team. Variation in excess cases of adverse events amenable to health care: low value care with budgetary impact. London; 2015. URL: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/pdf/REVISION\\_SISTEMA\\_SANITARIO\\_ESPANOL\\_2018.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf)

<sup>6</sup> MSSSI. Voluntary Abortions Registry. Madrid<sup>3</sup> 2016. URL: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

<sup>7</sup> MSSSI. Strategy on nutrition, physical activity and obesity. Madrid; 2017. URL: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/accion/estrategia\\_naos.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/accion/estrategia_naos.htm)

<sup>4</sup> OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. Paris; 2016. URL: <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>

К достижениям реформ здравоохранения Испании можно отнести рост производительности больниц, растущую ориентацию больниц на дневной уход и политику, регулирующую среднюю цену лекарств [11]. Референтные цены, отпуск по рецепту с указанием активного ингредиента и отпуск дженериков были тремя стратегиями, направленными на повышение эффективности фармацевтической помощи. Таким образом, как только определена максимальная цена, по которой лекарство может финансироваться государственным сектором, и установлены однородные группы лекарств, к которым применима эта справочная цена, врачи должны назначать лечение с указанием действующего вещества, а розничные фармацевты должны отпускать самый дешевый препарат в группе — как правило, универсальный<sup>8</sup>.

### Болгария

К проблемам системы здравоохранения Болгарии можно отнести предоставление в больницах услуг, которые могут быть оказаны в амбулаторных условиях. Показатель количества контактов пациентов в рамках первичной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в Болгарии составил 5,9, что ниже среднего показателя новых государств-членов (7,54 в 2014 г.), а также ниже среднегодового показателя ЕС-28 — 7,03 на человека<sup>9</sup>. Некоторые пациенты с несколькими хроническими заболеваниями неоднократно госпитализируются в больницу, получая лечение только от того заболевания, о котором в основном сообщается в соответствующем клиническом направлении<sup>10</sup>. Около 15% населенных пунктов имеют время доступа для оказания неотложной медицинской помощи более 30 мин. Отделения неотложной помощи некоторых больниц переполнены пациентами (часто незастрахованными) по сравнению с другими больницами, которые обычно проводят плановую госпитализацию. Это приводит к неприемлемым ситуациям, когда пациентов перевозят из одного медицинского учреждения в другое, прежде чем они попадут в больницу, где им будет оказана необходимая медицинская помощь. При этом неотложная помощь характеризуется недостаточным количеством персонала при общей нехватке врачей и среднего медицинского персонала и низкой заработной платой. Болгария по-прежнему полагается на традиционные психиатрические службы, и 90% бюджета на охрану психического здоровья расходуется на стационарное лечение<sup>11</sup>.

Растущий процент частных платежей за медицинские услуги в Болгарии намного превышает средний показатель по ЕС, свидетельствует о недостаточной финансовой защите, предоставляемой гражданам службами медицинского страхования. Частные расходы граждан на здравоохранение выросли более чем в 3 раза и составили 47,7% общего объема расходов на здравоохранение в 2015 г. Это подвергает многие группы населения, находящиеся в неблагоприятном положении (малообеспеченные, жители сельской местности, этнические меньшинства, лица, страдающие хроническими заболеваниями, пожилые люди) высокому риску обнищания и отказа от медицинской помощи. Значительная часть людей, нуждающихся в медицинской помощи, сообщили об отказе от посещения амбулаторного специалиста (40,4%) и стационарного лечения (29,1%) по финансовым причинам. Большинство пациентов платили непосредственно за амбулаторные визиты к специалистам (72,4%) и стационарное лечение (61%), некоторые из которых занимали деньги или продавали активы для оплаты медицинских услуг (5,6% за амбулаторные визиты и 18,5% за стационарное лечение) [12]. Граждане указывают на неудовлетворенность национальной системой здравоохранения из-за низкого качества медицинских услуг, высоких расходов на них, труднодоступности, коррупции, низкого уровня отзывчивости врачей, отсутствия выбора фондов медицинского страхования [13].

Ожидаемая продолжительность жизни в Болгарии в 2015 г. была уже на 4 года меньше, чем в Чешской Республике (74,7 против 78,7 года), и на 0,3 года меньше, чем ожидаемая продолжительность жизни в Румынии (75 лет). Разрыв со средним показателем по ЕС-28 (80,6 года) за последнее десятилетие увеличивалась и в 2015 г. разница в ожидаемой продолжительности жизни составила 5,9 года<sup>12</sup>. Хотя смертность от сердечно-сосудистых заболеваний за последнее десятилетие в Болгарии снизилась, она по-прежнему остается самой высокой в ЕС и в несколько раз превышает средний показатель по ЕС. Показатели, характеризующие общественное здоровье в Болгарии, не демонстрируют устойчивого улучшения, как в других государствах — членах ЕС, а имеют тенденцию к колебаниям [14]. Существуют значительные региональные различия в качестве медицинской помощи и многочисленные факторы, препятствующие безопасности пациентов, такие как отсутствие системы отчетности о врачебных ошибках и системы управления рисками, нехватка медицинского персонала и недостаточная компетентность в области безопасности пациентов<sup>13</sup>.

<sup>8</sup> MSSSI. Medical Prescription Billing Information System [online dataset]. Madrid; 2017. URL: <https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/datos/home.htm>

<sup>9</sup> WHO. Global Health Expenditure Database. Geneva; 2018. URL: <https://apps.who.int/nha/database>

<sup>10</sup> National Centre of Public Health and Analyses/NCPHA. Annual report on health of the citizens in Republic of Bulgaria and the implementation of the National Health Strategy 2015. Sofia; 2015. URL: [https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/NCPHA\\_WP%20%20Kick-off\\_05062014.pdf](https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/NCPHA_WP%20%20Kick-off_05062014.pdf)

<sup>11</sup> Ministry of Health/MoH. Concept "Objectives for Health 2020". Sofia; 2015. URL: <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategi-iikontseptsii/koncepcii/koncepciya-celi-za-zdrave-2020/>

<sup>12</sup> Eurostat. Eurostat database. Luxembourg; 2018. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<sup>13</sup> Executive Agency Medical Audit/EAMA. Report on activity of the EAMA 2016. Sofia; 2016. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf)



## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

С момента введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) расходы на здравоохранение увеличились более чем в 4 раза, однако результаты остаются неудовлетворительными. Система по-прежнему остается финансово нестабильной, испытывает нехватку финансовых ресурсов, ухудшается ее способность обеспечивать финансовую защиту населения. Увеличение расходов общественного здравоохранения на стационарное лечение и фармацевтические препараты в Болгарии намного выше, чем на амбулаторное лечение, доля которого остается самой малой в ЕС. Государственные расходы на профилактику составили всего 2,3% от общих текущих расходов на здравоохранение в 2015 г.<sup>14</sup> Кроме того, существуют огромные региональные различия в средних выплатах за стационарное лечение на одного застрахованного лица. В 2015 г. они варьировались в разных районах от 42,9 евро до 2208,80 евро на одного застрахованного лица<sup>15</sup>.

Болгарская система здравоохранения характеризуется более высокой степенью централизации, чем во многих других европейских странах. Отсутствие политики и инструментов для эффективного распределения государственных средств на здравоохранение негативно отражается на поведении поставщиков услуг на рынке. Это, в свою очередь, определяется методами финансирования, которые стимулируют количество предоставляемых услуг и товаров, т. е. потребление финансовых ресурсов. Большое количество физических лиц не охвачено ОМС, в то время как рынок добровольного медицинского страхования по-прежнему остается недостаточно развитым.

Несмотря на то что электронное здравоохранение является приоритетом, в Болгарии отсутствует интегрированная информационная система здравоохранения. Данные по ключевым показателям отсутствуют, особенно в области качества медицинских услуг. Необходимость улучшения коммуникаций с гражданами и профессионалами представляется крайне важной для дальнейших реформ. Система здравоохранения требует некоторых радикальных изменений, которые могут произойти только при наличии политической воли и общественной поддержки.

Большинство болгар оценили качество медицинского обслуживания в стране как плохое (68%), и только 29% — как хорошее. Есть несколько других государств — членов ЕС, которые имели такой же низкий рейтинг (например, Румыния с 25%; средний показатель по ЕС составил 71%). Семь (72%) из 10 респондентов в Болгарии указали, что качество медицинского обслуживания в стране хуже, чем в других странах — членах ЕС, а 10% считают, что качество медицинского обслуживания такое же, как и

в других государствах-членах<sup>16</sup>. Анализ результатов медицинского обслуживания и качества медицинской помощи в Болгарии затруднен из-за отсутствия данных по ключевым показателям как на национальном, так и на организационном уровнях. Указывается, что у 11% болгар произошло неблагоприятное событие при получении медицинской помощи, большинство из которых не сообщили об этом.

Несмотря на амбициозные намерения реформировать систему здравоохранения, с середины 2000-х гг. не было внесено никаких существенных изменений в структуру и функции системы. Улучшение стратегического планирования после 2015 г., отраженное в новой Национальной стратегии здравоохранения 2020, совпало с нестабильной политической ситуацией. Заинтересованные стороны в системе здравоохранения встретили сопротивление инициативам по реформированию и многообещающим законодательным идеям и изменениям, которые, как ожидалось, будут направлены на решение наиболее насущных проблем системы здравоохранения, таких как эффективность и результативность системы, финансовая стабильность, охват населения и равенство. Вместо этого большинство недавних изменений направлены на усиление контроля над государственными расходами и сдерживание расходов и включают регулирование цен на лекарства, введение предельных уровней госпитализации в каждой больнице и клинических протоколов, стандартов финансового управления государственными больницами. Было успешно внедрено лишь несколько изменений, направленных на повышение эффективности, таких как использование оценки технологий здравоохранения в 2015 г. Другие изменения, направленные на повышение эффективности, например, реорганизация пакета льгот на базовую и дополнительную части и преобразование некоторых стационарных услуг в амбулаторные были отменены в судах. В 2017—2018 гг. были запланированы реформы, направленные на улучшение профилактики заболеваний и повышение доступности фармацевтических препаратов, обеспечение финансовой стабильности и повышение эффективности национальной системы здравоохранения Болгарии, но данных по их эффективности пока нет.

## Заключение

Для описанных в данной статье систем здравоохранения характерен широкий круг проблем, большинство которых являются общими для трех стран. К ним можно отнести высокую степень централизации управления системой (Болгария), дефицит финансирования (Греция, Болгария), низкий и неравномерный доступ к медицинской помощи (Греция, Болгария), дефицит кадров (Греция, Болгария, Испания: медицинские сестры) при низкой зарплате медицинских работников (Греция), длительный пе-

<sup>14</sup> Eurostat. Eurostat database. Luxembourg; 2018. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<sup>15</sup> National Health Insurance Fund/NHIF. Report of budget execution for 2015. 2016. URL: <https://www.nhif.bg/en/privacy>

<sup>16</sup> European Commission. Patient safety and quality of healthcare: report. 2014. URL: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4129/download>

риод ожидания (Греция, Испания), преобладание медицинских услуг, оказываемых в стационарах (Греция, Болгария). Серьезной проблемой является распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний — табакокурения, ожирения и т. д. (Греция, Болгария), при этом отсутствуют программы скрининга (Греция). Трудности при проведении реформ в здравоохранении усугубляются несогласованностью их видения политическими группами. Неадекватное финансирование здравоохранения приводит к росту частных платежей и коррупции (Болгария, Греция).

Для решения описанных выше проблем страны проводят реформы систем здравоохранения. Они включают создание двухуровневой системы первичной медико-санитарной помощи в Греции (1 уровень — медицинские бригады, оказывающие первичную медико-санитарную помощь; 2 уровень — медицинские центры, оказывающие специализированную амбулаторную помощь); реформирование управления (Испания), финансирования (Испания, Болгария), объединение фондов ОМС в единый национальный фонд медицинского страхования (Греция), создание и реализацию национальных стратегий борьбы с хроническими заболеваниями, включая запрет или ограничение продажи фаст-фуда в торговых автоматах (Испания), применение оценки используемых технологий (Болгария). Тем не менее значимых успехов в результате проведения реформ здравоохранения смогла достичь только Испания.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Berwick D. M., Hackbarth A. D. Eliminating waste in US health care // *JAMA*. 2012. Vol. 307, 14. P. 1513—1516. doi: 10.1001/jama.2012.362
- Groenewegen P. P., Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population // *Qual. Prim. Care*. 2013. Vol. 21, N 6. P. 369—378.
- Tsounis A., Sarafis P., Alexopoulos E. C. Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. *Lancet*. 2014. Vol. 384, N 9960. P. 2110. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62373-4
- Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... // *Eur. J. Health Econ*. 2016. Vol. 17, N 2. P. 159—170. doi: 10.1007/s10198-015-0666-0
- Sifaki-Pistolla D., Chatzea V. E., Markaki A. et al. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows // *BMC Health Serv. Res*. 2017. Vol. 17, N 1. P. 788. doi: 10.1186/s12913-017-2702-5
- Dresios C., Rachiotis G., Symvoulakis E. K. et al. Nationwide Epidemiological study of knowledge, attitudes, and practices study of greek general practitioners related to screening // *Int. J. Prev. Med*. 2019. Vol. 10. P. 199. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_46\_17
- Sbarouni V., Petelos E., Kamekis A. et al. Discussing issues of health promotion and research in the context of primary care during the ongoing austerity period: an exploratory analysis from two regions in Greece // *Med. Pharm. Rep*. 2020. Vol. 93, N 1. P. 69—74. doi: 10.15386/mpr-1346
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: health system review // *Health Syst. Transit*. 2017. Vol. 19, N 5. P. 1—166.
- Vrachnis N., Loufopoulos A., Tarlatzis V. Greek-language clinical guidelines and consent forms in obstetrics and gynecology developed by the HSOG // *Hellenic J. Obstet. Gynecol*. 2015. Vol. 14, N 1. P. 1—4.
- Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J. et al. Spain: health system review // *Health Syst. Transit*. 2018. Vol. 20, N 2. P. 1—179.
- Ridao-López M., Comendiro-Maaløe M., Martínez-Lizaga N., Bernal-Delgado E. Evolution of public hospitals expenditure by healthcare area in the Spanish National Health System: the determinants to pay attention to // *BMC Health Serv. Res*. 2018. Vol. 18, N 1. P. 696. doi: 10.1186/s12913-018-3445-7
- Tambor M., Pavlova M., Rechel B. et al. The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries // *Eur. J. Public Health*. 2014. Vol. 24, N 3. P. 378—385. doi: 10.1093/eurpub/ckt118
- Petrova D. A comparative analysis of social satisfaction with health care systems in Bulgaria, England, Germany and the Czech Republic // *Med. Rev*. 2013. Vol. 49, N 1. P. 65—69.
- Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: health system review // *Health Syst. Transit*. 2018. Vol. 20, N 4. P. 1—230.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

#### REFERENCES

- Berwick D. M., Hackbarth A. D. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012;307(14):1513—1516. doi: 10.1001/jama.2012.362
- Groenewegen P. P., Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population. *Qual. Prim. Care*. 2013;21(6):369—378.
- Tsounis A., Sarafis P., Alexopoulos E. C. Austerity and its consequences on cancer screening in Greece. *Lancet*. 2014;384(9960):2110. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62373-4
- Souliotis K., Golna C., Tountas Y. et al. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *Eur. J. Health Econ*. 2016;17(2):159—170. doi: 10.1007/s10198-015-0666-0
- Sifaki-Pistolla D., Chatzea V. E., Markaki A. et al. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Serv. Res*. 2017;17(1):788. doi: 10.1186/s12913-017-2702-5
- Dresios C., Rachiotis G., Symvoulakis E. K. et al. Nationwide Epidemiological study of knowledge, attitudes, and practices study of greek general practitioners related to screening. *Int. J. Prev. Med*. 2019;10:199. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_46\_17
- Sbarouni V., Petelos E., Kamekis A. et al. Discussing issues of health promotion and research in the context of primary care during the ongoing austerity period: an exploratory analysis from two regions in Greece. *Med. Pharm. Rep*. 2020;93(1):69—74. doi: 10.15386/mpr-1346
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: health system review. *Health Syst. Transit*. 2017;19(5):1—166.
- Vrachnis N., Loufopoulos A., Tarlatzis V. Greek-language clinical guidelines and consent forms in obstetrics and gynecology developed by the HSOG. *Hellenic J. Obstet. Gynecol*. 2015;14(1):1—4.
- Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J. et al. Spain: health system review. *Health Syst. Transit*. 2018;20(2):1—179.
- Ridao-López M., Comendiro-Maaløe M., Martínez-Lizaga N., Bernal-Delgado E. Evolution of public hospitals expenditure by healthcare area in the Spanish National Health System: the determinants to pay attention to. *BMC Health Serv. Res*. 2018;18(1):696. doi: 10.1186/s12913-018-3445-7
- Tambor M., Pavlova M., Rechel B. et al. The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries. *Eur. J. Public Health*. 2014;24(3):378—385. doi: 10.1093/eurpub/ckt118
- Petrova D. A comparative analysis of social satisfaction with health care systems in Bulgaria, England, Germany and the Czech Republic. *Med. Rev*. 2013;49(1):65—69.
- Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: health system review. *Health Syst. Transit*. 2018;20(4):1—230.

**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.**

## КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В РЯДЕ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН: АВСТРИИ, БЕЛЬГИИ, ГЕРМАНИИ И ЭСТОНИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

*В статье, посвященной описанию некоторых аспектов стационарной помощи населению ряда европейских стран, представлены данные о количестве госпитализаций, обеспеченности населения стационарными койками, финансировании стационарных услуг. Отмечаются различные подходы в организации стационарной помощи и ее управлении, регистрируются низкие показатели заполненности стационарных коек, что свидетельствует об избыточном предложении медицинских услуг. В качестве интересного опыта приводятся факты привлечения в Австрии обученных волонтеров к оказанию неотложной помощи. Отмечается, что необходимо продолжить переориентировать оказание медицинской помощи со стационарного сектора на амбулаторный.*

*Ключевые слова:* здравоохранение за рубежом; стационарная помощь; больницы

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика стационарной помощи в ряде европейских стран: Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):923—926. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-923-926>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N.**

## BRIEF DESCRIPTION OF INPATIENT CARE IN A NUMBER OF EUROPEAN COUNTRIES: AUSTRIA, BELGIUM, GERMANY AND ESTONIA

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

*The article devoted to the description of some aspects of inpatient care for the population of a number of European countries presents data on the number of hospitalizations, provision of inpatient beds for the population, financing of inpatient services. There are different approaches in the organization of inpatient care and its management, low rates of occupancy of inpatient beds are recorded, which indicates an oversupply of medical services. As an interesting experience, the facts of attracting trained volunteers in Austria to provide emergency care are given. It is noted that it is necessary to continue to reorient the provision of medical care from the inpatient sector to the outpatient one.*

*Keywords:* healthcare abroad; inpatient care; hospitals

**For citation:** Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of inpatient care in a number of European countries: Austria, Belgium, Germany and Estonia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):923—926 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-923-926>

**For correspondence:** Karen R. Amlaev; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023  
Accepted 28.04.2023

### Введение

Стационарная медицинская помощь — вид помощи, который оказывается населению на госпитальном этапе. Это наиболее дорогой вид медицинской помощи, в разы дороже амбулаторной, тем не менее его относят к наиболее эффективным. Существует огромное разнообразие видов и форм оказания стационарной помощи, которая в разных странах может отличаться по организации таковой, ее финансированию и эффективности.

**Целью** данной работы было изучить некоторые аспекты оказания медицинской помощи в стационарах Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Выбор стран, вошедших в перечень изучаемых, связан с территориальной близостью их друг к другу и наличием описательных материалов по этим странам, вошедших в течение 2018—2022 гг.

### Стационарная помощь в Австрии

Австрия по-прежнему занимает 2-е место в ЕС по количеству госпитализаций на душу населения

(после Болгарии). Текущий процесс реформ здравоохранения в стране направлен на перенос предоставления услуг из стационарных и амбулаторных отделений больницы в сторону увеличения предоставления услуг в амбулаторном секторе с особым упором на укрепление первичной медико-санитарной помощи. Для пациентов в Австрии доступна исчерпывающая информация о предоставлении услуг и их финансировании в стационарах. Больницы обязаны предоставлять минимальный базовый набор данных для каждой госпитализации, включая информацию о возрасте, поле, процедурах и диагнозах. Кроме того, больницы обязаны сообщать общую информацию, например, количество коек, количество и квалификация персонала, наличие оборудования, количество госпитализаций, а также данные о затратах в соответствии с определенными стандартами. Данные интегрируются в закрытую базу данных, которая доступна для основных заинтересованных сторон (правительство земель, фонды обязательного медицинского страхо-

вания и др.)<sup>1</sup>. Соотношение коек к населению Австрии (5,84 койки неотложной помощи на 1000 населения) было третьим по величине (после Германии и Болгарии) в ЕС (в среднем по ЕС 3,94)<sup>2</sup>. Неотложную помощь охватывают государственные догоспитальные службы неотложной медицинской помощи, включая скорую помощь, и неотложную помощь в больнице. В Австрии добровольческая работа играет важную роль в оказании неотложной помощи. Более 39 тыс. добровольцев работали в секторе неотложной помощи и транспортировки пациентов для Австрийского Красного Креста<sup>3</sup>. Мужчины, которые отказываются от военной службы и поступают на гражданскую службу, также часто привлекаются к работе в экстренных службах. Подготовка парамедиков относительно короткая по международным стандартам (100 ч теоретического и 160 ч практического обучения)<sup>4</sup>. После этого парамедики несут ответственность за транспортируемых пациентов, нуждающихся в неотложной помощи невысокого уровня, если врач скорой помощи не требуется.

В 2015 г. показатели госпитальной летальности после острого инфаркта миокарда в Австрии (7,4 случая смерти на 100 выписки из больницы) были немного выше среднего показателя по ЕС (6,8). Уровень летальности после ишемического инсульта (6,8 смертей на 100 выписок) снизился и был ниже среднего показателя по ЕС (8,5) и в среднем по ОЭСР 32 (8,2) в 2015 г.<sup>5</sup> Несмотря на снижение средней продолжительности пребывания (на 5,8% за 2006—2015 гг.) и соотношения количества коек к численности населения (на 12,5% за 2007—2016 гг.) в секторе неотложных стационаров, Австрия по-прежнему занимает одно из первых мест в ОЭСР по обоим показателям. В то же время уровень заполнения коек в австрийских больницах в 2015 г. (74,3%) был ниже среднего показателя по ЕС-22 (76,5%)<sup>6</sup>.

### Стационарная помощь в Бельгии

Больницы в Бельгии являются частными некоммерческими (77,6% в 2018 г.) или государственными (22,4%, в 2018 г.) учреждениями. Государственные

больницы по большей части принадлежат муниципалитету, провинции, общине или межмуниципальной ассоциации<sup>7</sup>.

Финансирование больниц в Бельгии зависит от вида предоставляемых услуг. Сестринская и медицинская деятельность финансируются за счет национального бюджета, который устанавливается ежегодно и распределяется между больницами в соответствии с большим набором критериев и параметров. Основная часть клинических операционных расходов распределяется на основе продолжительности лечения с учетом нозологии. Медицинские и медико-технические действия (консультации, лаборатории, медицинская визуализация и технические процедуры) и парамедицинские мероприятия (физиотерапия) в основном оплачиваются «за услуги». Правительство Бельгии установило правило фиксированного количества лицензированных коек для всех больниц общего профиля. В соответствии с этим правилом создание новой койки обязательно сопровождается закрытием другой<sup>8</sup>.

Больницы могут загружать отдельные отчеты через веб-портал Министерства здравоохранения, например, данные о больнице и ее рейтинге по сравнению с другими больницами<sup>9</sup>.

Медицинские и медико-технические действия (консультации, лаборатории, медицинская визуализация и технические процедуры) и парамедицинские услуги (физиотерапия) в основном оплачиваются поставщику услуг, которые отдают часть своих сборов больнице для оплаты части расходов (на больничные помещения, оборудование, персонал). Сумма и механизмы оплаты поставщиками этих больничных расходов различаются в зависимости от больницы и специальности. Дополнительные средства стационары получают от реализации лекарств и сопутствующих товаров, а также за дневной уход за пациентами, диализ и реабилитационные услуги, комфортное пребывание в палатах, прибыль от работы кафетерия и киосков, частные пожертвования и гранты [1].

В период с 2000 по 2017 г. показатель средней продолжительности пребывания на стационарных койках в Бельгии сократился с 8,2 до 6,6 дня, что соответствует показателям соседних стран<sup>10</sup>.

<sup>1</sup> BMGF. Krankenanstalten in Zahlen. Medizinische. Medizinische Dokumentation in Krankenanstalten. Vienna; 2017. URL: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/medizinische-dokumentation.html>

<sup>2</sup> WHO. Austria: the health system and policy monitor: regulation. Geneva; 2017. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf)

<sup>3</sup> Austrian Red Cross. Bilanz der Menschlichkeit. Jahresbericht des Österreichischen Roten Kreuzes 2016. Vienna; 2017. URL: <https://www.apollo.io/companies/Austrian-Red-Cross/5d09ab0b80f93ee-defc8a897?chart=count>

<sup>4</sup> Reisinger A. Rettungsdienst in Österreich. Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle Entwicklung. Linz; 2012. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Masterthesis-Reisinger-Armin-Rettungsdienst-in-Österreich.pdf>

<sup>5</sup> OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Austria: Country health profile 2017, State of health in the EU. Paris; 2017. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf)

<sup>6</sup> OECD. OECD database. Health care utilisation. Paris; 2018. URL: [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_proc](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_proc)

<sup>7</sup> Justel (7 November 2008). Coordinated law of 10 July 2008 on hospitals and other care facilities. Justel, Belgian legislation. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf;BS-MB> (5 August 1976). Law of 8 July 1976 concerning the public centers for social welfare. Belgsich Staatsblad-Moniteur Belge. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016D2327&rid=10>

<sup>8</sup> Van de Voorde C., Van den Heede K., Beguin C. et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalization of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. KCE Reports 289. Brussels; 2017. URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20\(550%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20(550%20p.).pdf)

<sup>9</sup> Cour des comptes. Résumé hospitalier minimum et systèmes d'enregistrement apparentés. Brussels; 2017. URL: [https://www.ccrek.be/Docs/2017\\_06\\_ResumeHospitalierMinimum.pdf](https://www.ccrek.be/Docs/2017_06_ResumeHospitalierMinimum.pdf)

### Стационарная помощь в Германии

В Германии интересы стационаров представляет Немецкая федерация больниц. Планирование и регулирование больниц осуществляются министерствами здравоохранения земель, а в случае университетских больниц — министерствами науки земель. Законодательство Германии требует, чтобы больницы ежегодно публиковали стандартизированные отчеты о качестве своей деятельности. Федеральный объединенный комитет определяет содержание и объем этих отчетов. Отчеты о качестве содержат основную информацию, такую как количество коек, штатное расписание, тип и объем предоставляемых услуг, а также медицинское оборудование. Кроме того, приводятся заявления о соответствии юридическим требованиям к качеству, а также результаты межведомственного измерения качества. Помимо этих предусмотренных законом мер по обеспечению качества, больницы могут также участвовать в добровольных проверках качества и процедурах сертификации, а также в добровольных инициативах по измерению качества. Цены на предоставление услуг в частных учреждениях устанавливаются неодинаково в медицинских учреждениях. Однако ассоциации, представляющие отдельные медицинские профессии, например, физиотерапевтов дают рекомендации относительно цен. Больницы Германии получают двойное финансирование: инвестиции осуществляют земли, а операционные расходы оплачивают больничные фонды, а также частные медицинские организации страховщиков и пациентов. В среднем в Германии имеется одна больница на 68 тыс. населения, что обеспечивает высокий уровень доступности стационарной помощи. Более того, почти 90% населения могут добраться до больницы общего профиля менее чем за 20 мин [2]. Однако больничная помощь не всегда и не везде соразмерна потребностям. Например, средний уровень заполнения коек по всей стране составляет менее 80%. С 602 больничными койками на 100 тыс. населения Германия занимала 2-е место по количеству больничных коек на 1 жителя (после Болгарии) в ЕС в 2017 г.<sup>11</sup>

### Стационарная помощь в Эстонии

В Эстонии действует двухуровневая модель управления больницами (наблюдательный совет и правление). Владельцы или учредители больниц назначают членов наблюдательного совета. Роль наблюдательного совета заключается в защите общественных интересов, он отвечает за стратегическое планирование и надзор за деятельностью

правления. В наблюдательный совет каждой больницы часто входят активные политики, представляющие местные и центральные органы власти, а также технические специалисты. Главный исполнительный директор правления назначается наблюдательным советом, в то время как члены правления назначаются либо главным исполнительным директором, либо наблюдательным советом. Правление отвечает за управление больницей в соответствии с указаниями наблюдательного совета [3].

Средняя продолжительность пребывания в больнице в Эстонии сократилась с 9,2 дня в 2000 г. до 7,6 в 2015 г., что немного ниже среднего европейского показателя в 8 дней, хотя в некоторых странах средние показатели заметно ниже. Параллельно с этим сократилось и общее количество больничных коек. За тот же период уровень заполнения коек увеличился с 66% до 69,1%, что является одним из самых низких показателей среди тех европейских стран, по которым имеются данные<sup>12</sup>.

### Заключение

В изучаемых странах отмечаются различия в управлении больниц. Планирование и регулирование государственных больниц может осуществляться министерствами здравоохранения (Германия, Эстония), университетских больниц — министерствами науки (Германия), а частных больниц ее собственниками. Распространено также двухуровневое управление больницами, представленное в виде наблюдательного совета и правления (Эстония). Практически во всех странах отмечается высокая доступность стационарной помощи, в том числе территориальная (Германия). В то же время регистрируется низкий уровень заполнения стационарных коек даже после предпринятых мер по их сокращению (Эстония, Германия). Для сдерживания роста числа стационарных коек на них устанавливаются фиксированные лимиты (Бельгия).

Стационары размещают полную информацию, интересующую потенциальных пациентов, на своих сайтах (Австрия).

В качестве интересного опыта стоит отметить большую роль обученных волонтеров в оказании неотложной помощи (Австрия). Общей задачей здравоохранения европейских стран является переориентирование оказания медицинской помощи в условиях стационара на предоставление первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

<sup>10</sup> Van de Voorde C., Van den Heede K., Beguin C. et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalization of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. KCE Reports 289. Brussels; 2017. URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20\(550%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20(550%20p.).pdf)

<sup>11</sup> Eurostat, 2020a. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11348978/KS-HA-20-001-EN-N.pdf>

<sup>12</sup> European Commission. Statistical Office of the European Communities. Eurostat Online Database. Brussels; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

## ЛИТЕРАТУРА

1. Gerkens S., Merkur S. Belgium: Health System Review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 5. P. 1—237.
2. Geraedts K., Wasem F. (Hrsg.). Schwerpunktthema „Strukturwandel“. Stuttgart; 2015. 569 s.
3. Habicht T., Habicht J., Jesse M. Estonia: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 1. P. 1—189.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

## REFERENCES

1. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(5):1—237.
2. Geraedts K., Wasem F. (Hrsg.). Schwerpunktthema „Strukturwandel“. Stuttgart; 2015. 569 s.
3. Habicht T., Habicht J., Jesse M. Estonia: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(1):1—189.

**Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.**

## КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРЕЦИИ, ИСПАНИИ И БОЛГАРИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

*Обзор систем здравоохранения, представленный в статье, отмечает разнообразие управления здравоохранением Греции, Испании, Болгарии. Все указанные системы имеют более или менее выраженные государственные подсистемы с различной централизацией управления, максимальный уровень которой представлен в Болгарии. Медицинская помощь оказывается на нескольких уровнях, при этом оказание первичной медико-санитарной помощи все еще требует улучшения в Греции и Болгарии. Довольно высокий процент внутреннего валового продукта, расходуемый в данных странах на здравоохранение, не препятствует финансированию медицинских услуг за счет личных средств граждан, в том числе с помощью неформальных платежей. При этом во всех трех странах еще преобладает оказание медицинской помощи в стационарах над амбулаторной помощью.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** системы здравоохранения; здравоохранение за рубежом; стационарная медицинская помощь

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика систем здравоохранения Греции, Испании и Болгарии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):927–932. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-927-932>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Amlaev K. R., Mazharov V. N.**

## BRIEF DESCRIPTION OF THE HEALTHCARE SYSTEMS OF GREECE, SPAIN AND BULGARIA

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

*The review of healthcare systems presented in the article notes the diversity of healthcare management in Greece, Spain, and Bulgaria. All these systems have more or less pronounced state subsystems with different centralization of management, the maximum level of which is represented in Bulgaria. Medical care is provided at several levels, while the provision of primary health care still requires improvement in Greece and Bulgaria. A fairly high percentage of GDP spent in these countries on healthcare does not prevent the co-financing of medical services at the expense of personal funds of citizens, including through informal payments. At the same time, in all three countries, the provision of medical care in hospitals still prevails over outpatient care.*

**К е y w o r d s:** healthcare systems, healthcare abroad, inpatient medical care

**For citation:** Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of the healthcare systems of Greece, Spain and Bulgaria. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):927–932 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-927-932>

**For correspondence:** Karen R. Amlaev; e-mail: [kum672002@mail.ru](mailto:kum672002@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023

Accepted 28.04.2023

## Краткая характеристика систем здравоохранения Греции

Система здравоохранения Греции представлена как государственной, так и частной подсистемами. Национальная организация по предоставлению медицинских услуг (НОПМУ) является в Греции единственным покупателем медицинских услуг для пациентов, финансируемых государством. В свою очередь частный сектор включает в себя больницы, диагностические центры и независимые клиники. Их значительная часть заключает контракты с НОПМУ на оказание преимущественно первичной амбулаторной помощи.

Система первичной медико-санитарной помощи в Греции развита не в полной мере, и пациенты сталкиваются с проблемами доступа, непрерывности ухода и координации, а также полноты предоставляемых услуг. Специализированная амбулаторная помощь характеризуется неравномерным географическим распределением врачей, работающих

по контракту с НОПМУ с высокой концентрацией в крупных городах. Для каждого врача, заключившего контракт с НОПМУ, установлен лимит в 200 посещений в месяц и ежемесячный предел стоимости выписываемых рецептов на лекарства (в зависимости от специализации врача, количества назначенных пациентов, региона и месяца года) [1].

Министерство здравоохранения принимает решения по политике в области здравоохранения и несет ответственность за обеспечение общих целей и основополагающих принципов национальной системы здравоохранения, таких как свободный и равный доступ к качественным медицинским услугам для всех граждан. Оно устанавливает приоритеты на национальном уровне, определяет финансирование предлагаемых мероприятий и выделяет соответствующие ресурсы, предлагает изменения в законодательной базе и осуществляет реализацию законов и реформ. Министерство также отвечает за медицинских работников и координирует найм нового медицинского персонала. НОПМУ также нахо-

дится в ведении Министерства здравоохранения [1]. Каждый медицинский центр покрывает медицинские потребности от 10 000 до 30 000 человек, работает круглосуточно и включает в себя консультационные кабинеты, комнаты для однодневного лечения. Он оснащен базовым диагностическим оборудованием, радиологической и микробиологической лабораторией, отделением септических операций, стоматологической клиникой и службой скорой помощи. Эта инфраструктура способствует предоставлению широкого спектра услуг, которые включают профилактику (в основном иммунизацию) и укрепление здоровья, работу экстренных служб (первую помощь и транспортировку, диагностику, лечение), стоматологические и аптечные услуги, реабилитацию и социальную помощь; а также эпидемиологические исследования и обучение медицинского персонала. Медицинские центры также оказывают услуги по школьной гигиене, охране труда, планированию семьи и дородовому уходу. Кроме того, центры обеспечивают кратковременную госпитализацию и последующее наблюдение за выздоравливающими пациентами. Посещение медицинских центров бесплатное. Кроме того, в Греции функционирует сеть из 40 общественных клиник по всей стране, предлагая в основном лекарства и первичные медицинские услуги бесплатно людям, которые не могут или не имеют права пользоваться государственными медицинскими учреждениями [1].

Специализированная амбулаторная помощь оказывается в частных индивидуальных или групповых клиниках и амбулаторных отделениях государственных больниц. Многие специалисты, работающие в частных кабинетах или диагностических центрах, заключили контракт с НОПМУ, предоставляя услуги на платной основе (10 евро за посещение) с верхним пределом 200 посещений в месяц для каждого специалиста [2]. Трехуровневая система оказания медицинской помощи в Греции выглядит следующим образом. Первый уровень включает существующие сельские индивидуальные практики, семейных врачей по контракту и местные подразделения здравоохранения, в которых работают многопрофильные медицинские бригады, состоящие из семейных врачей, медсестер, медицинских посетителей, социальных работников и административного персонала, и их целью является решение основных проблем, связанных со здоровьем, на уровне сообщества, сокращение числа госпитализаций, которых можно избежать, обеспечение ухода за пациентами как можно ближе к их дому и решение проблем общественного здравоохранения, например снижение распространенности факторов риска. Второй уровень медицинской помощи включает в себя специализированные медицинские центры, предоставляющие первичную, амбулаторную, диагностическую, неотложную и неотложную помощь во внеурочное время<sup>1</sup>, а также контрактные специализированные и диагностические частные услуги. Незастрахованному населению был предоставлен доступ к услугам общественного здравоохранения<sup>2</sup>, чтобы вернуть

медицинскую помощь сообществу, уделяя особое внимание профилактике, укреплению здоровья и комплексному уходу [3, 4], а также предоставляя бесплатную медицинскую помощь тем, у кого нет страховки.

Принятые из-за экономического кризиса широкомасштабные меры жесткой экономии повлекли за собой существенное сокращение государственных расходов, в том числе в секторе здравоохранения. Расходы на здравоохранение в 2015 г. составили 8,4% ВВП (по сравнению со средним показателем по ЕС в 9,5%); однако в условиях резкого сокращения ВВП с начала экономического кризиса расходы существенно сократились (на одну пятую) с 2010 г. Эти расходы выражаются в 2204 долл. США на душу населения, что является самым низким показателем среди государств — членов ЕС до 2004 г. и составляет примерно две трети от среднего показателя для 28 государств-членов в 2018 г. Доля государственных расходов на здравоохранение в 2015 г. в Греции составила 59% (четвертый самый низкий показатель в ЕС), а остальные 41% приходятся на частные платежи. Доля частного финансирования медицинских услуг в Греции является одной из самых высоких в ЕС и осуществляется в основном в форме платежей из собственных средств. Эти платежи состоят из совместной оплаты лекарств, прямых платежей за услуги, не охватываемые обязательным медицинским страхованием, а также платежей за услуги, охватываемые частной системой медицинского страхования, но приобретаемые за пределами государственной системы для улучшения доступа и качества<sup>3</sup>. Кроме того, в Греции широко распространены неформальные платежи отчасти из-за недостаточного финансирования системы, а отчасти из-за отсутствия механизмов контроля. Добровольное медицинское страхование не превышает 3,9% от расходов на здравоохранение [1].

Национальная система здравоохранения финансируется из государственного бюджета за счет прямых и косвенных налоговых поступлений и взносов на социальное страхование. Она предоставляет собой неотложную доврачебную, первичную/амбулаторную и стационарную медицинскую помощь в сельских хирургических отделениях, медицинских центрах и государственных больницах. Врачи, работающие в государственных больницах и медицинских центрах, являются штатными работниками, которым не разрешается заниматься частной практикой и которым выплачивается заработная плата.

Стационарное лечение является главной статьей расходов, на него приходится 40,5% текущих расхо-

<sup>1</sup> Economou C., Panteli D. Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece. Copenhagen; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346262/WHO-EURO-2019-3599-43358-60823-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>2</sup> Hellenic Republic. Law 4486: Reform of Primary Health Care, urgent regulations of the Ministry of Health and other provisions, 2017. URL: <https://www.statistics.gr/documents/20181/a4d681a4-f8e2-df6f-95b9-3569321f0ce8>

<sup>3</sup> Eurostat. Statistics database. Luxembourg; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat>



## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

дов на здравоохранение (самая высокая доля в ЕС), что является следствием очень ориентированной на больницы системы здравоохранения. Еще 26% тратится на фармацевтические препараты и медицинские товары, в то время как 21% текущих расходов на здравоохранение направляется на амбулаторное лечение. Нехватка средств на первичную медицинскую помощь, которая на практике не в состоянии покрыть потребности населения в своевременном доступе к высококачественным медицинским услугам, в сочетании с переизбытком врачей, которые стимулируют спрос, способствует высокому уровню прямых платежей [5].

Примерно 65% коек в стационарах в Греции приходится на государственный сектор и 35% — на частный [6]. Греция имеет самую низкую среднюю продолжительность пребывания для лечения (5,2 дня) в ЕС, а уровень заполняемости коек (74%) аналогичен среднему показателю по ЕС. Однако больницы сталкиваются с рядом проблем управления, среди которых — отсутствие клинических рекомендаций и случаи субъективного принятия медицинских решений врачами, что иногда приводит к чрезмерному потреблению услуг, повышению затрат и неэффективности. Имеются также данные о том, что около трети случаев экстренной госпитализации в больницы общего профиля по поводу хирургических заболеваний, заболеваний ушей, носа и горла, офтальмологии и гинекологии, а также 40% случаев ортопедических заболеваний могли быть пролечены службами первичной медико-санитарной помощи [7, 8].

### Краткая характеристика систем здравоохранения Испании

Национальная система здравоохранения Испании основана на принципах универсальности, свободного доступа, справедливости финансирования в основном за счет налогов. Она представлена на двух уровнях: национальном и региональном. Компетенция в области здравоохранения передается 17 автономным сообществам, при этом на национальном уровне определяются стратегии, а также проводится общая координация системы здравоохранения, национальный мониторинг эффективности системы здравоохранения.

Частный сектор системы здравоохранения Испании предоставляет частным лицам программы добровольного медицинского страхования. Он предлагает стоматологическую и офтальмологическую помощь, не охватываемые национальной системой здравоохранения, и тесно переплетен с государственным сектором [9]. Финансирование системы здравоохранения находится в ведении Совета по налогово-бюджетной политике и финансам — коллегиального органа, состоящего из министров финансов Испании и автономных сообществ, чьи решения превращаются в закон под ответственностью Министерства финансов. Департаменты здравоохранения действуют в качестве как государственных страховщиков (т. е. гарантируют доступ к пакету льгот,

покрываемых государственной системой), так и спонсоров услуг (т. е. распределяют долю регионального государственного бюджета, выделяемого на здравоохранение, заключая контракты на услуги с государственными и частными провайдерами). В общих чертах, медицинские услуги — за исключением фармацевтической помощи — полностью регулируются автономными сообществами — планирование, аккредитация, обеспечение качества, финансирование и ценообразование. Законодательство является общим для центрального правительства и правительств автономных сообществ. В случае фармацевтической помощи, за исключением лицензирования и ценообразования, за которые полностью отвечает центральное правительство, остальные функции регулируются автономными сообществами с учетом национальной нормативно-правовой базы. Законодательство и аккредитация высшего образования медицинских работников являются полной ответственностью центрального правительства (Министерства образования).

Национальная система здравоохранения Испании предоставляет три различных пакета льгот: базовый пакет для всех застрахованных лиц и их иждивенцев, который включает в себя «основные услуги», включая посещение врача и госпитализацию; «дополнительный» пакет, расходы на который разделяют пациенты, включая фармацевтические льготы (на практике доплата распространяется в основном на амбулаторные фармацевтические рецепты и специальные ортезы и ортопедические протезы, «вспомогательный» пакет, который включает в себя «второстепенные» виды деятельности, еще не четко определенные.

Все региональные службы здравоохранения, помимо государственной сети поставщиков медицинских услуг, используют частные больницы для оказания определенных, обычно хирургических процедур, специальных диагностических тестов, долгосрочного и паллиативного ухода [9]. Как правило, департаменты здравоохранения каждого автономного сообщества закупают услуги у региональной службы здравоохранения — административной структуры, которая управляет всеми стационарными и амбулаторными медицинскими центрами. Они также могут заключать контракты на оказание услуг с частными поставщиками, преимущественно больницами.

Текущие расходы на здравоохранение на душу населения в Испании достигли 3182,50 долл. США, что составляет 9,2% ВВП в 2015 г. Государственная часть составляет 71,1%, а частная — 28,9% общих расходов на здравоохранение<sup>4</sup>.

Доля государственного сектора в текущих расходах на здравоохранение в 2015 г. (71%) была ниже, чем в Швеции, Соединенном Королевстве и Италии (84, 80 и 75% соответственно) в том же году. Самой высокой отдельной статьёй расходов является стационарное лечение, которое в 2015 г. составило

<sup>4</sup> MSSSI (2017). Spanish Health Accounts System, 2015. URL: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_es\\_english.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_es_english.pdf)

54,5% общих расходов на здравоохранение. Амбулаторная помощь занимает вторую по величине статью расходов, составив 15,4% в 2015 г., а фармацевтические препараты находятся на третьем месте с показателем 14,1%. В рамках государственной службы здравоохранения предоставление медицинской помощи в автономных сообществах финансируется за счет общего налогообложения, составляющего до 94,5% от государственных ресурсов<sup>5</sup>. Амбулаторное назначение лекарств и некоторые дополнительные услуги в рамках пакета льгот являются единственными медицинскими услугами, расходы на которые разделяют пациенты [9].

Количество больничных коек в Испании сократилось на одну пятую — с 368 коек на 100 000 жителей в 2000 г. до 298 коек на 100 000 жителей в 2015 г. (средний показатель ЕС — 340). Тем не менее доля государственных коек остается стабильной и в 2015 г. составила 79,5%. Количество больниц в Испании сократилось за 15 лет с 19,2 больниц в 2000 г. до 16,5 в 2015 г. на 1 млн жителей. Этот показатель намного ниже среднего показателя по ОЭСР: в 2015 г. на 1 млн жителей приходилось 29,4 больницы<sup>6</sup>.

### Краткая характеристика систем здравоохранения Болгарии

Система здравоохранения в Болгарии сильно централизована, Министерство здравоохранения отвечает за общую организацию и функционирование системы здравоохранения (за законодательство в области здравоохранения, координацию и надзор за различными подчиненными органами, планирование и регулирование деятельности поставщиков медицинских услуг, а также финансирование конкретных видов медицинских услуг, например предоставление и финансирование услуг общественного здравоохранения, неотложной помощи, трансплантаций, трансфузионной гематологии, лечения туберкулеза и стационарной психиатрической помощи). Министерство здравоохранения также отвечает за планирование и обеспечение кадровыми ресурсами системы здравоохранения, развитие медицинской науки, сбор и хранение данных о состоянии здоровья населения и др.

Государству принадлежат университетские больницы и национальные центры, специализированные больницы национального уровня, центры неотложной медицинской помощи, психиатрические больницы и центры трансфузионной гематологии и диализа, а также 51% капитала районных больниц.

Муниципалитеты являются владельцами значительной доли поставщиков медицинских услуг, большинство из которых предназначены для оказания специализированной амбулаторной помощи, а также многопрофильных и некоторых специализированных больниц. Все реформы по децентрали-

зации системы здравоохранения были направлены на передачу ответственности на более низкие уровни как в географическом, так и в организационном плане (т. е. в регионы или подчиненные органы), но без соответствующих делегирующих прав. Это привело к провалу реформы и сохранению относительно высокой степени централизации [10].

В Болгарии действует смешанная государственно-частная система финансирования здравоохранения. Здравоохранение финансируется за счет обязательных взносов на медицинское страхование, налогов, платежей из собственных средств, взносов по добровольному медицинскому страхованию, корпоративных платежей, пожертвований и внешнего финансирования. Общие расходы на здравоохранение в процентах от внутреннего валового продукта за 2015 г. составили 8,2%. Частные расходы на здравоохранение достигли значения 48,9% от общих расходов на данные цели в 2015 г. в Болгарии. Государственное финансирование в основном осуществляется за счет взносов на здравоохранение, управляемых через Национальный фонд здравоохранения, которые составили 41,9% общего объема расходов на здравоохранение. По закону все граждане Болгарии должны быть застрахованы в Национальном фонде медицинского страхования, однако значительная часть населения (до 12%) де-факто не была застрахована. Поставщики услуг в основном получают вознаграждение за услуги, которые они предоставляют населению, на основе платы за обслуживание и на душу населения [10]. Растущий процент платежей в Болгарии, который уже намного превышает средний показатель по ЕС, подчеркивает недостаточную финансовую защиту, предоставляемую гражданам системой медицинского страхования. За исключением Словении, Болгария потратила на здравоохранение в процентах от внутреннего валового продукта больше, чем все государства — новые члены ЕС. Хотя как государственные, так и частные расходы на здравоохранение способствовали увеличению общего расхода на здравоохранение, темпы роста частных расходов опережали темпы роста государственных расходов.

Национальный фонд здравоохранения выступает в качестве основного покупателя медицинских услуг. Поставщики услуг в основном получают вознаграждение в перспективе за услуги, которые они предоставляют населению, на основе платы за обслуживание и на душу населения. Службы общественного здравоохранения, неотложной помощи и государственные психиатрические больницы финансируются из бюджетов Министерства здравоохранения. Примерно половина текущих расходов на здравоохранение расходуется на лечебные и реабилитационные услуги. Несмотря на усилия по реформированию, направленные на сдерживание общей активности больниц за счет сокращения числа государственных больниц и коек, введения ограничений на стационарные процедуры и др., на стационарное лечение приходится наибольшая доля расходов<sup>7</sup>. В Болгарии существует фиксированная абонентская

<sup>5</sup> WHO (2017). Global Health Observatory data repository [online database]. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>

<sup>6</sup> OECD. OECD Health Data [online database]. Paris; 2016. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

## Организация здравоохранения: зарубежный обзор

плата в размере 2,90 лева (1,50 евро) за визит к терапевту, при этом 13 групп пациентов, включая детей, хронических больных, беременных женщин и др., освобождаются от уплаты абонентской платы. Аналогично предусмотрена фиксированная плата за пребывание в стационаре в размере 5,80 левов (2,96 евро) за каждый день пребывания (до 10 дней в году). Возможна дополнительная оплата за услуги больницы класса люкс (например, выбор врача или бригады). Однако люди часто сталкиваются с административными и другими препятствиями в получении необходимых им услуг, следуя стандартному пути пациента (например, врач общей практики отказывается выдавать или откладывает направление к специалисту, в лабораторию или больницу из-за исчерпания месячных лимитов, установленных Национальным фондом медицинского страхования). Так, 8% болгарских респондентов, которые имели контакты с сектором общественного здравоохранения за последние 12 мес, сообщили о неофициальных платежах. Это шестой по величине показатель (разделяемый с Латвией) после Румынии (19%), Венгрии (17%), Греции (13%), Литвы (12%) и Австрии (9%)<sup>8</sup>.

Первичная медицинская помощь в Болгарии финансируется в основном на душу населения (за услуги, предоставляемые врачами общей практики) и на платной основе (за услуги, предоставляемые стоматологами). Ставки подушевого сбора различаются в зависимости от возрастной группы. Врач общей практики получает 1,37 лева (0,70 евро) ежемесячно за пациента в возрастной группе 0—18 лет; 1,05 лева (0,54 евро) за пациента в возрастной группе 18—65 лет и 1,47 лева (0,75 евро) для пациента старше 65 лет. Национальный фонд здравоохранения платит дополнительно 0,11 лева (0,06 евро) за каждого пациента за обеспечение доступа к первичной медицинской помощи сверх заявленного графика работы клиники. В свою очередь, врачи общей практики платят другим поставщикам медицинских услуг, которые оказывают неотложную первичную медицинскую помощь своим пациентам в нерабочее время врачей общей практики и в выходные дни на основании индивидуальных контрактов.

Больничной сектор в Болгарии традиционно характеризуется избыточными производственными мощностями и при этом продолжает расти. Увеличение как числа больниц, так и количества коек в основном обусловлено частным сектором, в то время как количество государственных больниц (находящихся в государственной и муниципальной собственности) остается сравнительно стабильным. В Болгарии относительно высокий уровень госпитализации, что отражает недостаточное использование амбулаторных медицинских услуг и отсутствие

интеграции и координации различных уровней медицинской помощи.

Министерство здравоохранения перерегистрировало все больницы, присвоив им определенный уровень компетенции. Уровень компетентности оценивается на основе требований медицинских стандартов, касающихся количества и квалификации специалистов, а также доступного оборудования, и показывает способность больницы соблюдать клинические рекомендации. Уровень компетентности используется для определения диапазона и объема деятельности, которые может предоставить данная больница, и направлен на то, чтобы гарантировать определенный уровень качества медицинских услуг. Больницы получают финансирование в основном в соответствии с «клиническими путями», клиническими и амбулаторными процедурами. Клинические и амбулаторные процедуры были введены в качестве попытки оптимизировать деятельность больницы. Существуют 4 различных клинических процедуры, которые требуют пребывания до 24 ч (например, лечение диализом при острых состояниях и интенсивное лечение новорожденных с помощью искусственного дыхания) и 42 амбулаторных процедуры (перитонеальный диализ, химиотерапия, операция по удалению катаракты и др.), которые не требуют госпитализации. Врачи общей практики являются владельцами своей практики по закону, и их доход складывается из ежемесячных выплат от Национального фонда медицинского страхования за вычетом расходов на поддержание их практики. Расходы врачей общей практики в основном идут на аренду офисов и помещений, медицинского оборудования, материалов и сестринского персонала. Наибольшая доля выплат врачам общей практики приходится на подушевую оплату (50,4%), выплаты по программе диспансеризации (22,8%), профилактические осмотры пациентов старше 18 лет (12,4%) и программу охраны здоровья детей (11,8%)<sup>9</sup>.

В Болгарии зарегистрировано гораздо больше коек на 1000 населения, чем в среднем по ЕС13 (4,61 койки), в среднем по ЕС15 (3,77 койки) и в среднем по ЕС28 (3,94 койки). В немногих европейских странах зарегистрировано больше коек неотложной помощи на 1000 населения, чем в Болгарии: Литва (6,34 койки) и Германия (6,21 койки). Средняя продолжительность пребывания в больницах неотложной помощи в Болгарии равна 5,4 дня, что ниже среднего показателя по ЕС в 8 дней<sup>10</sup>. При этом 33% общего количества коек в стране не используются. Уровень заполнения коек был самым низким в частных больницах (60%), в то время как уровень заполнения в многопрофильных больницах и специализированных больницах для активного лечения в 2015 г. составил 70%<sup>11</sup>. Стационарное лечение оста-

<sup>7</sup> Executive Agency Medical Audit/EAMA. Annual Report on Condition and Overall Activity of the Health Insurance in Republic of Bulgaria for 2016. Sofia; 2017. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf)

<sup>8</sup> European Commission (2017), Special Eurobarometer 470 — October 2017 “Corruption”. Report. URL: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2176>

<sup>9</sup> National Health Insurance Fund/NHIF (2017). Report of budget execution for 2016. URL: <https://ligoniukasa.lrv.lt/en/administrative-information/regulations/national-health-insurance-fund>

<sup>10</sup> National Statistical Institute/NSI. Healthcare 2017. Sofia; 2018. URL: [http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane\\_2017.pdf](http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2017.pdf)

ется доминирующим сектором и фиксирует самые высокие показатели госпитализации по поводу сердечной недостаточности (1334,9 на 100 тыс. населения), сахарного диабета (721,2 на 100 тыс. населения) и астмы (183,0 на 100 тыс. населения) среди всех стран ЕС в 2015 г. В Болгарии на сегодняшний день самый высокий уровень госпитализации в ЕС. В основном это связано с расширением частного сектора. В отличие от государственных больниц и коек, которые сократилось на 16,7% и 32,6% соответственно в 2016 г. по сравнению с 2000 г., количество частных больниц увеличилось в 6 раз, а количество коек увеличилось в 36 раз<sup>12</sup>.

### Заключение

Таким образом, системы здравоохранения представленных стран имеют как государственную, так и частную составляющие. При этом наибольшей централизацией отличается система здравоохранения Болгарии, а двухуровневым управлением (национальным и региональным) — здравоохранение Испании. В соответствии с данным разделением на центральный уровень отнесено законодательство в сфере здравоохранения и аккредитация высшего образования, а на региональный — все остальные полномочия.

Несмотря на сеть общественных клиник и трехуровневую систему оказания медицинской помощи, система первичной медико-санитарной помощи в Греции требует улучшения. Следует проанализировать эффективность принятой в Испании программы предоставления 3 различных пакетов льгот при получении медицинской помощи.

В указанных странах расходуется достаточно весомый процент средств по отношению к ВВП страны — например, в Греции он равен 8,4%, однако это не препятствует росту доли платежей из собственных средств граждан, что свидетельствует о неэффективности механизмов финансирования здравоохранения. При этом 12% населения Греции не были охвачены страхованием, а 8% производили неформальные платежи.

Во всех описанных странах стационарная помощь является наиболее дорогостоящей статьей расходов, например, в Испании она обошлась в сумму, равную 54,5% всех расходов на здравоохранение.

Страны идут по пути сокращения средней продолжительности пребывания в стационаре. Например, в Греции она равна 5,2 дня, что, в свою очередь, усугубляет проблему заполнения стационарных коек, которая в силу несовершенства медицинских алгоритмов (Греция) и неэффективности амбулаторного сектора (Болгария) способствует излишне высокой госпитализации, но даже в этом случае треть больничных коек в Болгарии не используется.

<sup>11</sup> National Centre of Public Health and Analyses/NCPHA. Annual Report on the National Status of the Bulgarian Citizens and the Implementation of the National Health Strategy, 2015. Sofia; 2018. URL: [https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/NCPHA\\_WP%207%20Kick-off\\_05062014.pdf](https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/NCPHA_WP%207%20Kick-off_05062014.pdf)

<sup>12</sup> Там же.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: Health System Review // *Health Syst. Transit.* 2017. Vol. 19, N 5. P. 1—166.
2. Karakolias S., Polyzos N. The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece // *Health.* 2014. N 6. P. 809—821. DOI: 10.4236/health.2014.69103
3. Benos A., Lionis C., Koutis A. et al. Basic principles, positions and proposals for the development of primary health care in Greece. 2015.
4. Platis C., Kyritsi N. Institutional and organizational efforts to establish primary health care in Greece // *Strategic Innovative Marketing and Tourism* / eds. A. Kavoura et al. Cham; 2019. P. 497—503. DOI: 10.1007/978-3-030-12453-3\_56
5. Goranitis I., Siskou O., Liaropoulos L. Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece // *Health Policy.* 2014. Vol. 117, N 3. P. 279—284. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.012
6. Kondilis E., Gavana M., Giannakopoulos S. et al. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece // *BMC Health Serv. Res.* 2011. Vol. 11. P. 234. DOI: 10.1186/1472-6963-11-234
7. Marinos G., Vasileiou I., Katsargyris A. et al. Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice // *Rural Remote Health.* 2009. Vol. 9, N 4. P. 1019.
8. Vasileiou I., Giannopoulos A., Klonaris C. et al. The potential role of primary care in the management of common ear, nose or throat disorders presenting to the emergency department in Greece // *Qual. Prim. Care.* 2009. Vol. 17, N 2. P. 145—148.
9. Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J. et al. Spain: Health System Review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 2. P. 1—179.
10. Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: Health System Review // *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 4. P. 1—230.

Поступила 27.02.2023  
Принята в печать 28.04.2023

### REFERENCES

1. Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: Health System Review. *Health Syst. Transit.* 2017;19(5):1—166.
2. Karakolias S., Polyzos N. The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece. *Health.* 2014;(6):809—821. DOI: 10.4236/health.2014.69103
3. Benos A., Lionis C., Koutis A. et al. Basic principles, positions and proposals for the development of primary health care in Greece. 2015.
4. Platis C., Kyritsi N. Institutional and organizational efforts to establish primary health care in Greece. In: Kavoura A. et al. (eds.) *Strategic Innovative Marketing and Tourism.* Cham; 2019:497—503. DOI: 10.1007/978-3-030-12453-3\_56
5. Goranitis I., Siskou O., Liaropoulos L. Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy.* 2014;117(3):279—284. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.012
6. Kondilis E., Gavana M., Giannakopoulos S. et al. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Serv. Res.* 2011;11:234. DOI: 10.1186/1472-6963-11-234
7. Marinos G., Vasileiou I., Katsargyris A. et al. Management of minor medical problems and trauma: the role of general practice. *Rural Remote Health.* 2009;9(4):1019.
8. Vasileiou I., Giannopoulos A., Klonaris C. et al. The potential role of primary care in the management of common ear, nose or throat disorders presenting to the emergency department in Greece. *Qual. Prim. Care.* 2009;17(2):145—148.
9. Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J. et al. Spain: Health System Review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(2):1—179.
10. Dimova A., Rohova M., Koeva S. et al. Bulgaria: Health System Review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(4):1—230.