

РЕМЕДИУМ

18+

3
2023
Том 27

**Национальный НИИ
общественного здоровья
имени Н. А. Семашко**

Журнал основан в 1997 г.

www.remedium-journal.ru

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.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 1561-5936. Ремедиум. 2023.
Т. 27. № 3. 193—288.

 Издатель:
Акционерное
общество «Шико»

ОГРН 1027739732822

Корректор *О. В. Устинкова*

Сдано в набор 08.08.2023.

Подписано в печать 13.09.2023.

Формат 60 × 88 $\frac{1}{8}$. Печать офсетная. Печ. л. 12. Усл. печ. л. 11,73. Уч.-изд. л. 15,13.

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

Главный редактор

ХАБРИЕВ Рамил Усманович, академик РАН, д. ф. н., д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Ответственный секретарь

ШЕРСТНЕВА Елена Владимировна, к. и. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Редакционная коллегия

АВКСЕНТЬЕВА Мария Владимировна, д. м. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

АКСЕНОВА Елена Ивановна, д. э. н., Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

АНАНЧЕНКОВА Полина Игоревна, к. с. н., к. э. н., доцент, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ДЕНИСОВА Мария Николаевна, д. ф. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович, д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ЗУДИН Александр Борисович, д. м. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ИШМУХАМЕТОВ Айдар Айратович, чл.-корр. РАН, д. м. н., профессор, Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М. П. Чумакова

КРАШЕНИННИКОВ Анатолий Евгеньевич, д. ф. н., Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова

КУЛИКОВ Андрей Юрьевич, д. э. н., Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ШЕСТАКОВ Владислав Николаевич, Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик

Редакционный совет

АЛЕКСАНДРОВА Ольга Аркадьевна, д. э. н., Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН

АМОНОВА Дильбар Субхонова, д. э. н., профессор, Российско-Таджикский (Славянский) университет

БЕРЕГОВЫХ Валерий Васильевич, академик РАН, д. т. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

БОБКОВА Елена Михайловна, д. с. н., профессор, Тираспольский государственный университет им. Т. Шевченко

ВИНТЕР Десмонд, доктор медицины, профессор, Университетская больница св. Винсента

ГУСЬКОВА Ирина Владимировна, д. э. н., профессор, Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского

ДОЛЖЕНКОВА Юлия Вениаминовна, д. э. н., Финансовый университет при Правительстве РФ

ДРЫНОВ Георгий Игоревич, д. м. н., профессор, Болонский университет

ЗИГАНШИНА Лилия Евгеньевна, д. м. н., профессор, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования

ЗУРДИНОВА Аида Аширалиевна, д. м. н., профессор, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина

ИФАНТОПУЛОС Джон, доктор философии, профессор, Афинский национальный университет им. Каподистрии

КАМИЛОВА Роза Толановна, д. м. н., профессор, Национальный исследовательский институт санита-

рии, гигиены и профессиональных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

КОПЫТОВ Александр Александрович, к. с. н., д. м. н., Национальный исследовательский Белгородский государственный университет

КУДАЙБЕРГЕНОВА Индира Орозбаевна, д. м. н., профессор, Киргизская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

МИНГАЗОВА Эльмира Нурисламовна, д. м. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ Виталий Владимирович, д. м. н., профессор, Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи

МОРОЗ Ирина Николаевна, д. м. н., профессор, Белорусский государственный медицинский университет

ПЯТИГОРСКАЯ Наталия Валерьевна, д. ф. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

РЕШЕТНИКОВ Владимир Анатольевич, д. м. н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

ЧЖАН Фэнминь, MD, профессор, Харбинский медицинский университет

ТАНГ Минке, доктор философии, профессор, Пекинский университет китайской медицины

ЯГУДИНА Роза Исмаиловна, д. ф. н., профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко

РАТМАНОВ Павел Эдуардович, д. м. н., доцент, Дальневосточный государственный медицинский университет

REMEDIUM

18+

3
2023
Vol. 27

**N. A. Semashko National
Research Institute of Public
Health**

Founded in 1997.

www.remedium-journal.ru

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

Subscription via the Internet:
www.pochta.ru

Subscription to the electronic
version of the journal:
www.elibrary.ru

Editor-in-chief

KHABRIEV Ramil Usmanovich, academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Pharmacy, Doctor of Medicine, Semashko National Research Institute of Public Health

Executive editor

SHERSTNEVA Elena Vladimirovna, Candidate of History, Semashko National Research Institute of Public Health

Editorial board

AVXENTYEVA Maria Vladimirovna, Doctor of Medicine, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

AKSENOVA Elena Ivanovna, Doctor of Economics, Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management

ANANCHENKOVA Polina Igorevna, Candidate of Sociology, Candidate of Economics, docent, Semashko National Research Institute of Public Health

DENISOVA Maria Nikolaevna, Doctor of Pharmacy, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

ZATRAVKIN Sergey Narkizovich, Doctor of Medicine, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

ZUDIN Aleksandr Borisovich, Doctor of Medicine, Semashko National Research Institute of Public Health

ISHMUKHAMETOV Aydar Ajratovich, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, professor, Chumakov Federal Research Center for Research and Development of Immunobiological Preparations

KRASHENINNIKOV Anatoly Evgen'evich, Doctor of Pharmacy, Pirogov Russian National Research Medical University

KULIKOV Andrej Jur'evich, Doctor of Economics, Semashko National Research Institute of Public Health

SHESTAKOV Vladislav Nikolaevich, State Institute of Drugs and Good Practices

Editorial Council

ALEKSANDROVA Olga Arkadyevna, Doctor of Economics, The Federal State Budgetary Scientific Institution Institute of Socio-Economic Studies of Population of the Russian Academy of Sciences (ISESP RAS)

AMONOVA Dilbar Subhonovna, Doctor of Economics, professor, Russian-Tajik (Slavic) University

BEREGOVYKH Valery Vasil'evich, academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Technology, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

BOBKOVA Elena Mikhaylovna, Doctor of Sociology, Taras Shevchenko State University of Tiraspol

WINTER Desmond, Doctor of Medicine, professor, St. Vincent's University Hospital

GUSKOVA Irina Vladimirovna, Doctor of Economics, professor, Lobachevsky National Research Nizhny Novgorod State University

DOLZHENKOVA Yuliya Veniaminovna, Doctor of Economics, Financial University under the Government of the Russian Federation

DRYNOV Georgij, Doctor of Medicine, professor, University of Bologna

ZIGANSHINA Lilija Evgen'evna, Doctor of Medicine, professor, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

ZURDINOVA Aida Ashiraliyevna, Doctor of Medicine, professor, Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University

YFANTOPOULOS John, Doctor of Philosophy, professor, National and Kapodistrian University of Athens

KAMILOVA Roza Tolanovna, Doctor of Medicine, professor, National Research Institute of Sanitation, Hy-

giene and Occupational Diseases of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

KOPYTOV Aleksandr Aleksandrovich, Candidate of Sociology, Doctor of Medicine, National Research Belgorod State University

KUDAJBERGENOVA Indira Orozobaevna, Doctor of Medicine, professor, Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

MINGAZOVA Elmira Nurislamovna, Doctor of Medicine, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

OMEL'JANOVSKIY Vitalij Vladimirovich, Doctor of Medicine, professor, Center for Expertise and Quality Control of Medical Care

MOROZ Irina Nikolaevna, Doctor of Medicine, professor, Belarusian State Medical University

PYATIGORSKAYA Nathalia Valer'evna, Doctor of Pharmacy, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

RESHETNIKOV Vladimir Anatol'evich, Doctor of Medicine, professor, Sechenov First Moscow State Medical University

ZHANG Fengmin, MD, professor, Harbin Medical University

TANG Minke, Doctor of Philosophy, professor, Beijing University of Chinese Medicine

YAGUDINA Roza Ismailovna, Doctor of Pharmacy, professor, Semashko National Research Institute of Public Health

RATMANOV Pavel Eduardovich, MD, associate professor, Far Eastern State Medical University

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Здравоохранение и фармацевтическая деятельность		Healthcare and pharmaceutical activities	
Хабриев Р. У., Коломийченко М. Е. Особенности мониторинга достижения национальных целей развития Российской Федерации	196	Khabriev R. U., Kolomiychenko M. E. Features of monitoring the achievement of national development goals of the Russian Federation	
Кустов Е. В., Суслонова Н. В., Гаранина И. А. Опыт реорганизации службы скорой медицинской и неотложной помощи Московской области	200	Kustov E. V., Suslonova N. V., Garanina I. A. Experience of reorganization of the ambulance and emergency services of the Moscow region	
Таубэ А. А. Подходы к повышению эффективности системы фармаконадзора на примере Республики Казахстан	207	Taube A. A. Approaches to evaluating the effectiveness of the pharmacovigilance system in the Republic of Kazakhstan	
Ланг А. А., Мыльникова Д. Г. Обзор и сравнение имеющихся практик реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья	214	Lang A. A., Mylnikova D. G. Review and comparison of existing practices for the implementation of municipal programs of prospective public health	
Лекарственные средства и медицинские технологии		Medicines and medical technologies	
Вольская Е. А., Врубель М. Е., Ишмухаметов А. А., Береснева С. Л. Эволюция концепции неинтервенционных клинических исследований	221	Volskaya E. A., Vrubel M. E., Ishmuhametov A. A., Beresneva S. L. The evolution of the concept of non-interventional clinical studies	
Филина Н. А., Жилиякова Е. Т., Новикова М. Ю., Писарев Д. И., Ватников Ю. А., Карамян А. С., Новиков О. О. Перспективы создания новых медикаментов для предотвращения и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости.	228	Filina N. A., Zhilyakova E. T., Novikova M. Yu., Pisarev D. I., Vatinikov Yu. A., Karamyan A. S., Novikov O. O. Prospects for the creation of new drugs for the prevention and treatment of inflammatory diseases of the oral cavity	
Медицинские и фармацевтические кадры: проблемы и пути решения		Medical and pharmaceutical personnel: problems and solutions	
Ефимова А. А. Трудовые и миграционные установки будущих выпускников с разными уровнями высшего образования в химико-фармацевтической сфере (на примере СПХФУ)	232	Efimova A. A. Labor and migration attitudes of future graduates with different levels of higher education in the chemical and pharmaceutical sphere (on the example of SPCPU)	
Смирнова Е. К., Гурицкой Л. Д. Непрерывное обучение как условие обеспечения компетентностного уровня медицинских кадров	242	Smirnova E. K., Gurtsoy L. D. Continuous training as a condition for ensuring the competence level of medical personnel	
Алахмад Ахмад, Спичак И. В., Жирова И. В., Баллул Гадир. Анализ факторов, определяющих удовлетворённость работой сотрудников в фармацевтических организациях	247	Alahmad Ahmad, Spichak I. V., Zhirova I. V., Ballul Gadir. Analysis of factors determining job satisfaction of employees in pharmaceutical organizations	
В фокусе внимания — пациент		The focus of attention is on the patient	
Ананченкова П. И. Роль монетарных и социально значимых факторов в принятии решений пациентами — медицинскими туристами	251	Ananchenkova P. I. The role of monetary and socially significant factors in decision—making by medical tourists	
Гусев А. И., Аветисян А. К. Удовлетворённость качеством медицинской помощи, оказываемой взрослому населению со стоматологическими заболеваниями по полисам ОМС и ДМС: оценка первичного приема	256	Gusev A. I., Avetisyan A. K. Satisfaction with the quality of medical care provided to the adult population with dental diseases under the policy of CHI and VMI: assessment of the initial admission	
Вопросы управления, этики, психологии		Questions of management, ethics, psychology	
Падиев Г. Б. Стратегический менеджмент в управлении медицинской организацией	261	Padiev G. B. Strategic management in the management of a medical organization	
Худяков С. О., Воронов Т. М. Влияние организационной культуры на внедрение системы управления знаниями в организации	266	Khudyakov S. O., Voronov T. M. The influence of organizational culture on the implementation of a Knowledge Management System in an organization	
Адамов Д. А. Коммуникационные барьеры как фактор снижения эффективности кампаний по детской вакцинопрофилактике	272	Adamov D. A. Communication barriers as a factor in reducing the effectiveness of campaigns for children's vaccination	
Информатика и цифровые технологии		Computer science and digital technologies	
Зудин А. Б., Введенский А. И., Мелерзанов А. В. Влияние цифровизации условий и содержания труда на здоровье работников	277	Zudin A. B., Vvedensky A. I., Melerzanov A. V. The impact of digitalization of working conditions and content on the health of workers	
История медицины и фармации		History of Medicine and pharmacy	
Нечаев В. С. К вопросу о понятии public health: черты биографии Чарльза Уинслоу (1877—1957)	282	Nechaev V. S. On the issue of concept of public health: traits of Charles Winslow biography (1877—1957)	
Знаменательные и юбилейные даты фармакологии 2023 года	286	Significant and anniversary dates of pharmacology in 2023	

Здравоохранение и фармацевтическая деятельность

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-196-199

Особенности мониторинга достижения национальных целей развития Российской Федерации

Рамил Усманович Хабриев¹, Мария Евгеньевна Коломийченко²✉

^{1,2}Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация

¹institute@nrph.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2283-376X>

²m.kolomiychenko@nrph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8572-0706>

Аннотация. Сохранение населения, здоровье и благополучие людей являются одной из национальных целей развития Российской Федерации, достижение которой характеризует в том числе целевой показатель «Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет». Показатели (индикаторы) достижения национальных целей развития по данному показателю обозначены в едином плане по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. и на плановый период до 2030 г. и в паспорте национального проекта «Здравоохранение». В настоящем исследовании были определены факторы отбора показателей (индикаторов) и проведён сравнительный анализ их значений за 2012—2024 гг. по разработанному в ходе исследования алгоритму. Детальный анализ содержания стратегических документов позволил сравнить целевые (плановые) значения с фактическими значениями и сформированной линией тренда для младенческой смертности, смертности от болезней системы кровообращения и смертности от новообразований. Предложенный алгоритм может рассматриваться в качестве методического подхода в мониторинге достижения национальных целей развития Российской Федерации при сравнительном анализе данных, получаемых из различных источников, но характеризующих один показатель.

Ключевые слова: охрана здоровья; здравоохранение; национальный проект; мониторинг; показатель; общественное здоровье

Для цитирования: Хабриев Р. У., Коломийченко М. Е. Особенности мониторинга достижения национальных целей развития Российской Федерации // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 196—199. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-196-199

Healthcare and pharmaceutical activities

Original article

Features of monitoring the achievement of national development goals of the Russian Federation

Ramil U. Khabriev¹, Mariya E. Kolomiychenko²✉

^{1,2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

¹institute@nrph.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2283-376X>

²m.kolomiychenko@nrph.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8572-0706>

Annotation. The preservation of the population, the health and well-being of people is one of the national development goals of the Russian Federation, the achievement of which is characterized, among other things, by the target indicator «Increasing life expectancy to 78 years». Indicators for achieving national development goals for this indicator are indicated in the unified plan for achieving the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2024 and for the planning period up to 2030 and in the passport of the national project «Healthcare». In this study, the factors of the selection of indicators were determined and a comparative analysis of their values for the period 2012—2024 was carried out according to the algorithm developed during the study. Thus, a detailed analysis of the content of strategic documents according to the algorithm developed during the study allowed us to compare the target (planned) values indicated in the national project «Healthcare» and the unified plan for achieving the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2024 and for the planned period up to 2030 with the actual values and the formed trend line for infant mortality, mortality from diseases of the circulatory system and mortality from neoplasms. The proposed algorithm can be considered as a methodological approach in monitoring the achievement of the national development goals of the Russian Federation with a comparative analysis of data obtained from various sources, but characterizing one indicator.

Key words: health protection; healthcare; national project; monitoring; indicator; public health

For citation: Khabriev R. U., Kolomiychenko M. E. Features of monitoring the achievement of national development goals of the Russian Federation. *Remedium*. 2023;27(3):196–199. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-196-199

Введение

В целях социально-экономического развития России повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет) было обозначено в качестве одной из национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. в Указе Президента РФ¹. В этом же документе предусмотрена разработка национальных проектов, в том числе по направлению «здравоохранение» (национальный проект «Здравоохранение»², далее — НП «Здравоохранение»), а также определены целевые показатели, на достижение которых они направлены.

Указом Президента РФ № 474 в Национальные цели развития Российской Федерации были внесены коррективы³. В частности, на период до 2030 г. национальной целью обозначено «сохранение населения, здоровье и благополучие людей», а целевыми показателями, характеризующими достижение данной национальной цели, является среди прочих «повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет». Поименованный Указ (подпункт «г» пункта 3) обязал Правительство РФ разработать единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. и на плановый период до 2030 г. (далее — Единый план), который утверждён распоряжением Правительства РФ № 2765-р⁴ и включает индикаторы факторов достижения национальных целей развития по показателю «Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет».

Таким образом, к настоящему моменту имеются следующие статистические данные:

1. фактические значения целевых показателей до 2017 г.;
2. значения целевых показателей на 31.12.2017 (которые были взяты в качестве базовых в НП «Здравоохранение»);
3. значения целевых (плановых) показателей НП «Здравоохранение» на период до 2024 г.;
4. значения индикаторов факторов достижения национальных целей развития по показателю «Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет» в Едином плане на период до 2030 г.;
5. фактические значения целевых показателей в 2017—2022 гг.

Цель исследования — определить методические подходы в мониторинге достижения национальных

целей развития Российской Федерации при сравнительном анализе данных, получаемых из различных источников.

Материалы и методы

Настоящее исследование осуществлялось в рамках плановой темы НИР «Научное сопровождение мониторинга здоровья населения Российской Федерации, среднесрочный прогноз и разработка стратегических направлений формирования общественного здоровья». Источниками информации являлись нормативные правовые акты, статистические данные. Использован комплекс методов: изучение и обобщение опыта, аналитические методы, методы монографического описания и моделирования.

На первом этапе исследования были проанализированы нормативные правовые акты, содержащие информацию о национальных целях развития, связанных с системой охраны здоровья населения. По результатам были определены целевые показатели (индикаторы) достижения национальных целей развития и их числовые значения, обозначенные в различных документах.

На втором этапе исследования были отобраны следующие показатели (индикаторы): «Младенческая смертность, на 1 тысячу родившихся живыми» (далее — МС), «Смертность населения от болезней системы кровообращения на 100 тысяч населения» (далее — смертность от БСК) и «Смертность населения от новообразований на 100 тысяч населения» (далее — смертность от ЗНО). Факторы включения данных показателей: упоминание данных показателей и их целевых значений во всех документах стратегического планирования (Указ № 204, Единый план, НП «Здравоохранение»), наличие фактических значений за исследуемый период в открытом доступе, выбранные причины (БСК, ЗНО) являются ведущими среди причин смерти населения.

На третьем этапе проводился сравнительный анализ значений определённых на втором этапе показателей (индикаторов) за 2012—2024 гг. по следующему алгоритму:

1. формирование динамического ряда фактических значений показателя за 2012—2017 гг.;
2. формирование экспоненциальной линии тренда на среднесрочный период (до 2024 г.);
3. формирование динамического ряда целевых (плановых) значений показателя в соответствии с НП «Здравоохранение» на 2017—2024 гг.;
4. сравнение базового значения показателя (на 31.12.2017) с фактически полученным, а также сопоставление линии тренда и значений целевых показателей на 2018—2024 гг.;
5. формирование динамического ряда целевых (плановых) значений показателя в соответствии с Единым планом на 2021—2024 гг.;
6. формирование динамического ряда фактических значений показателя за 2018—2022 гг.;
7. сравнительный анализ линии тренда, основанного на фактических значениях показателя за 2012—2017 гг., целевых (плановых) значений в

¹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

² Паспорт национального проекта «Здравоохранение». Утверждён президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16.

³ Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

⁴ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 01.10.2021 № 2765-р «Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года».

Таблица 1

Сравнительный анализ значений МС

Характеристика	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Фактические значения показателя (2012—2022 гг.)	8,6	8,2	7,4	6,5	6,0	5,6	5,1	4,9	4,5	4,6	4,4		
Значения показателя в НП «Здравоохранение» (2017—2024 гг.)						5,6	5,5	5,4	5,2	5,0	4,8	4,6	4,5
Значение показателя в Едином плане (2021—2024 гг.)										4,8	4,7	4,6	4,5

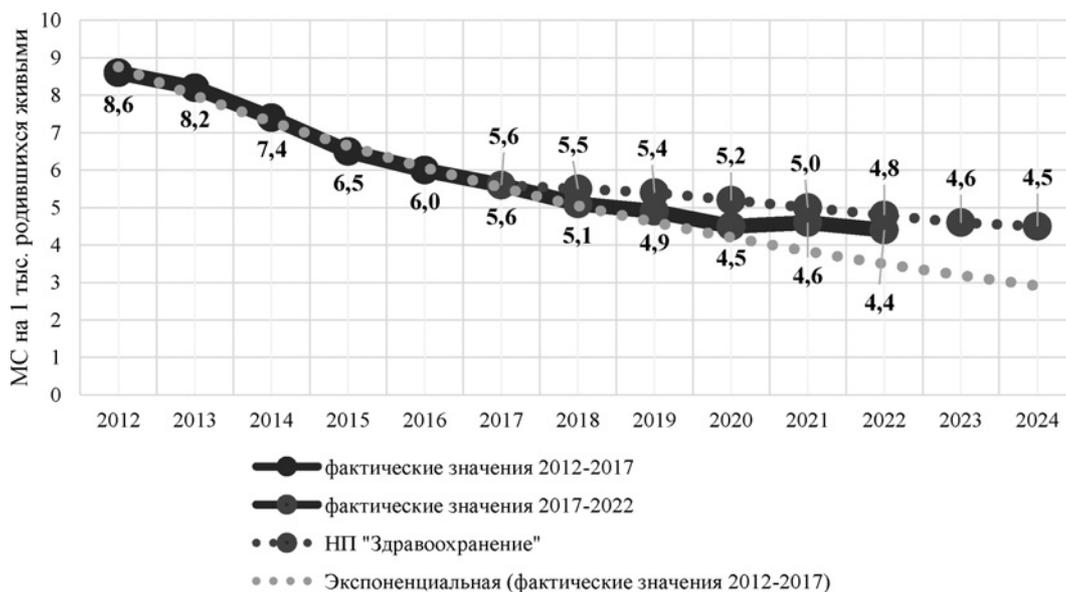


Рис. 1. Сравнительный анализ значений МС.

НП «Здравоохранение» и Едином плане, а также фактических значений показателя за 2018—2022 гг.

Результаты

Проведённый в соответствии с разработанным алгоритмом сравнительный анализ значений МС⁵ представлен в табл. 1 и на рис. 1, смертности от

Таблица 2

Сравнительный анализ значений смертности от БСК

Характеристика	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Фактические значения показателя (2012—2022 гг.)	737,1	698,1	653,9	635,3	616,4	587,6	583,1	573,2	640,8	640,3	570,6		
Значения показателя в НП «Здравоохранение» (2017—2024 гг.)						587,6	565	545	525	505	485	465	450
Значение показателя в Едином плане (2021—2024 гг.)										655,2	642,4	604,6	593,9

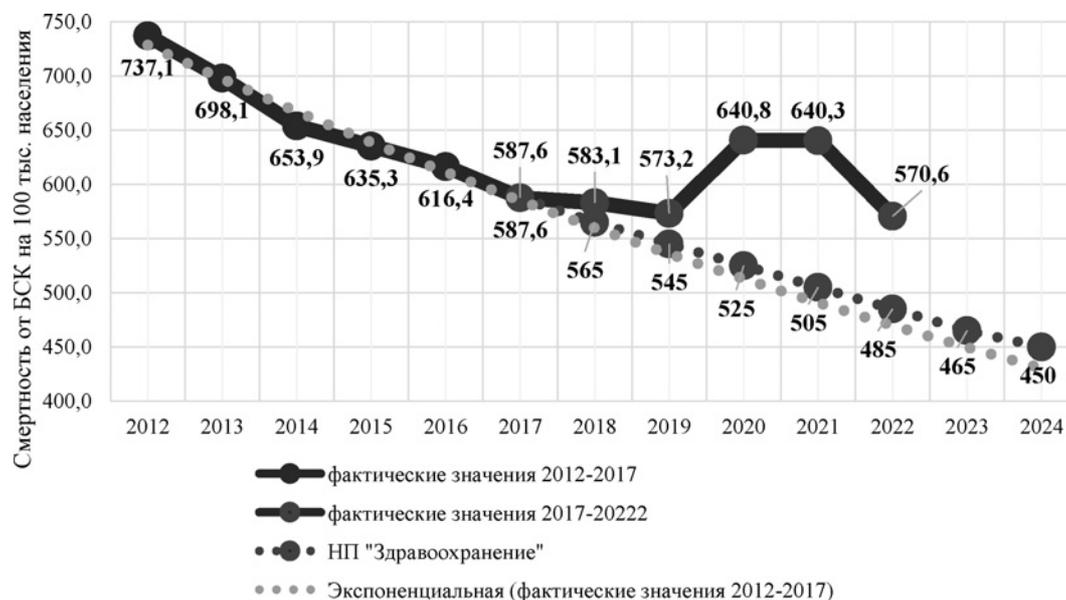


Рис. 2. Сравнительный анализ значений смертности от БСК.

Таблица 3

Сравнительный анализ значений смертности от ЗНО

Характеристика	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Фактические значения показателя (2012—2022 гг.)	203,1	203,3	201,9	205,1	204,3	200,6	203,0	203,5	202,0	192,5	190,9		
Значения показателя в НП «Здравоохранение» (2017—2024 гг.)						200,6	199,9	199,5	197,0	193,5	189,5	187	185
Значение показателя в Едином плане (2021—2024 гг.)										200,1	198,5	196,8	195,1



Рис. 3. Сравнительный анализ значений смертности от ЗНО

БСК⁶ — в табл. 2 и на рис. 2, смертности от ЗНО⁷ — в табл. 3 и на рис. 3.

Обсуждение

Для показателя МС выявлено, с одной стороны, соответствие фактических показателей в период 2017—2022 гг. значениям линии тренда, построенной на основе фактических значений показателя за период 2012—2017 гг., с другой — значительное снижение значений по сравнению с целевыми (плановыми) значениями, обозначенными в НП «Здравоохранение» и Едином плане.

Целевые (плановые) показатели смертности от БСК, обозначенные в НП «Здравоохранение», коррелируют с линией тренда, однако фактические значения показателя в 2017—2022 гг. значительно превышали запланированные показатели в НП «Здравоохранение», но в 2021 г. в Едином плане обозначен более высокий «пороговый» уровень значений данного показателя.

⁵ Младенческая смертность. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/55376>

⁶ Смертность населения от болезней системы кровообращения. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/55382>

⁷ Смертность населения от новообразований. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/55383>

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023. The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Фактические значения показателя смертности от ЗНО в 2017—2020 гг. превышали целевые (плановые) показатели, обозначенные в НП «Здравоохранение», но при этом соответствовали линии тренда на данный период, в 2021—2022 гг. достигли запланированных значений и несколько ниже целевых (плановых) значений, обозначенных в Едином плане.

Заключение

Проведённое исследование определило перечень стратегических документов, содержащих целевые (плановые) показатели и их значения, что позволяет осуществлять мониторинг достижения национальных целей развития Российской Федерации. Детальный анализ содержания данных документов по разработанному в ходе исследования алгоритму позволил сравнить целевые (плановые) значения, обозначенные в НП «Здравоохранение» и Едином плане, с фактическими значениями и сформированной линией тренда для МС, смертности от БСК и ЗНО.

Предложенный алгоритм может рассматриваться в качестве методического подхода в мониторинге достижения национальных целей развития России при сравнительном анализе данных, получаемых из различных источников, но характеризующих один показатель.

Обзорная статья

УДК 614.881

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-200-206

Опыт реорганизации службы скорой медицинской и неотложной помощи Московской области

Евгений Владимирович Кустов¹, Нина Владимировна Сулонова²,
Ирина Анатольевна Гаранина³✉

¹Министерство здравоохранения Московской области, Красногорск, Россия;

²Администрация губернатора Московской области, Красногорск, Россия;

³Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, Москва, Россия

¹kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

²ckprz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4179-8202>

³i.garanina2012@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-1098-6859>

Аннотация. Скорая медицинская помощь (СМП) является самостоятельным видом медицинской помощи. Совершенствование системы организации СМП особенно актуально в крупном промышленном регионе России, поскольку на службу СМП приходится значительная доля нагрузки всей системы здравоохранения. Авторами проведён анализ оказания СМП в Московской области в динамике, который позволил выявить особенности структурно-организационного характера, проблемные зоны и разработать принципы и технологии инновационного развития скорой и неотложной медицинской помощи в регионе России.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь; бригады скорой медицинской помощи; анализ оказания скорой и неотложной медицинской помощи; проект по оптимизации службы; удовлетворённость пациентов

Для цитирования: Кустов Е. В., Сулонова Н. В., Гаранина И. А. Опыт реорганизации службы скорой медицинской и неотложной помощи Московской области // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 200—206. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-200-206

Review article

Experience in reorganizing the emergency medical and emergency services of the Moscow region

Evgeny V. Kustov¹, Nina V. Susloнова², Irina A. Garanina³*

¹Ministry of Health of the Moscow Region, Krasnogorsk, Russia

²Administration of the Governor of the Moscow region, Krasnogorsk, Russia

³M. F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia

¹kustov0202@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7989-8500>

²ckprz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4179-8202>

³i.garanina2012@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-1098-6859>

Annotation. Emergency medical care (SMP) is an independent type of medical care. The improvement of the NSR organization system is especially relevant in a large industrial region of the Russian Federation (RF), since the NSR service accounts for a significant share of the load of the entire healthcare system. The authors conducted an analysis of the provision of emergency medical services in the Moscow region in dynamics, which allowed to identify structural and organizational features, problem areas, and to develop principles and technologies of innovative development of emergency and emergency medical care in the region of the Russian Federation.

Key words: emergency medical care; emergency medical teams; analysis of the provision of emergency and emergency medical care; project to optimize the service; patient satisfaction

For citation: Kustov E. V., Susloнова N. V., Garanina I. A. Experience of reorganization of the ambulance and emergency services of the Moscow region. *Remedium*. 2023;27(3):200–206. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-200-206

Введение

Численность населения Подмосковья в 2023 г. по данным Росстата, составляет 8 594 454 человек. Губернатор Московской области А. Ю. Воробьев доложил: «как изменилось население Подмосковья — за 10 лет нас стало на 1,5 млн больше. Мы лидируем по приросту числа жителей»¹. В период летнего отдыха население региона увеличивается ещё на 5—6 млн человек за счёт отдыхающих на своих загородных участках. Это подтверждает значимость организации и оказания в Московском регионе такого

вида медицинской помощи, как скорая медицинская помощь (СМП).

В «Концепции развития скорой медицинской помощи в Московской области», утверждённой приказом Министерства здравоохранения Московской области от 01.10.2015 № 1385, представлено обоснование особой роли данной службы, на которую при-

¹ Андрей Воробьев. Доложил Президенту, как изменилось население... // ВКонтакте. URL: https://vk.com/wall327815124_380361?z=video327815124_456241174%2F6e61a3aef0c3c82af7%2Fpl_post_327815124_380361

ходится значительная нагрузка, поскольку «в службу СМП по поводу экстренных и неотложных состояний ежегодно обращается каждый третий житель Московской области; каждый пятый пациент, обратившийся за скорой медицинской помощью, госпитализируется по экстренным показаниям; ...ослабление медицинской профилактики, снижение доступности медицинской помощи в целом способствует росту обращаемости за скорой медицинской помощью».

Необходимо отметить, что «реализация национальных проектов и государственных программ совершенствования отечественного здравоохранения привела к существенным изменениям в системе оказания скорой медицинской помощи. Анализ работы скорой медицинской помощи показал её позитивное развитие на основании нормализации показателей деятельности вне медицинской организации и в стационарных условиях» [1]. Однако остаются актуальными проблемы эффективности деятельности сложившейся системы организации оказания СМП, которые характерны для ряда регионов России.

Анализ проблем, сохраняющихся в службе СМП Московской области, необходимость поиска возможностей их решения предопределили **цель** настоящего исследования: обосновать необходимость разработки и внедрить в регионе России инновационные организационно-функциональные технологии повышения эффективности управления системой оказания СМП, основанные на применении медицинских информационных систем.

Для достижения цели исследования поставлены и решены задачи:

1. Провести анализ и оценку показателей деятельности медицинских организаций Московской области, оказывающих СМП, на соответствие современным требованиям.
2. Изучить структуру службы СМП, выявить проблемные зоны, требующие решения, и обосновать необходимость её совершенствования.
3. Разработать и внедрить инновационные организационно-функциональные технологии повышения эффективности управления СМП с применением медицинских информационных систем.

Материалы и методы

При проведении исследования использован библиографический, статистический, аналитический, нормативно-правовой методы. Авторами осуществлены анализ и систематизация публикаций по вопросам оказания СМП, выявлен ряд проблем, связанных с организацией оказания этого вида помощи и обосновывающих необходимость повышения её доступности и качества.

Проведённый анализ позволил распределить полученные данные по нескольким ключевым направлениям:

- экскурс в историю;
- проект по оптимизации структуры СМП и внедрению инновационных организационно-функциональных технологий, направленных

на совершенствование управления системой СМП Московской области;

- первые результаты реализации проекта, направленные на повышение доступности и качества оказания СМП.

Результаты

В Приказе Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» дано определение «скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства».

В «Концепции развития скорой медицинской помощи в Московской области» проведён анализ службы СМП в муниципальных образованиях Московской области, которая по состоянию на 01.07.2015 состояла из 26 самостоятельных станций и 45 структурных подразделений, входящих в состав центральных районных и городских больниц. Изложены сформировавшиеся на тот период времени на территории Московской области проблемы службы СМП, которые в основном были связаны «с отсутствием единой системы управления и координации всех учреждений здравоохранения, оказывающих экстренную медицинскую помощь жителям». Бригады СМП муниципальных образований оказывали помощь «по принципу территориальной принадлежности», а не направлялись с более близко расположенной станции (подстанции). Неоднородность структуры и раздробленность службы СМП реально снижала возможность координации действий станций (подстанций), а взаимодействие структур СМП соседних районов было затруднено из-за отсутствия единой системы учёта и контроля за передвижением машин СМП. Зачастую машины СМП выполняли «несвойственные им функции (перевозка специалистов — консультантов, препаратов крови, пациентов на проведение гемодиализа и т. д.)», что приводило к снижению оперативности работы бригад СМП.

В работах С. Ф. Багненко; А. Г. Мирошниченко и соавт.; О. Л. Нестерова; В. И. Горбунова и соавт.; Никитиной Е. И. и др. представлены проблемы развития СМП, подчёркнута мысль о том, что система оказания СМП требует совершенствования с целью повышения качества оказываемой помощи и эффективности управления службой СМП России [2—6].

Недоукомплектованность бригад СМП, наличие высокого коэффициента совместительства врачей и фельдшеров существенно сказывались на оперативности и качестве оказания СМП [7, 8].

Проведённый рядом авторов анализ структуры вызовов бригад СМП, выполненных в 2015 г., обострил ещё одну проблему: удельный вес экстренных вызовов существенно сократился по сравнению с 2010 г. (с 41,4% до 34,6% соответственно). Основная доля вызовов бригад СМП приходилась именно на неотложные вызовы, и бригады СМП зачастую вы-

нуждены выполнять несвойственные ей функции, подменяя обязанности врачей первичного звена по оказанию медицинской помощи на дому. По мнению авторов, это «доказывало необходимость разработки эффективного механизма передачи вызовов в отделения неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинических учреждений и надлежащей организации их работы» и свидетельствовало о назревшей необходимости модернизации службы [9—11].

Разработанная в Московской области комплексная стратегия развития СМП должна была привести к серьёзному улучшению работы всей системы оказания медицинской помощи населению, поскольку ставила своей целью формирование условий для повышения качества, доступности и эффективности СМП на всех этапах её оказания, выравнивание условий её предоставления. В рамках реализации постановления Правительства Московской области от 01.07.2015 № 512/25 «О реорганизации государственных учреждений здравоохранения Московской области службы скорой медицинской помощи» Министерством здравоохранения области был утверждён «План мероприятий по реорганизации государственных учреждений здравоохранения Московской области службы СМП». Приказом Министерства здравоохранения Московской области от 01.02.2016 № 174 «О совершенствовании организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в неотложной форме» утверждён «Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме в государственных учреждениях здравоохранения Московской области, в том числе на дому».

К концу 2016 г. 26 разрозненных станций СМП объединили в 12, а затем к ним присоединили 62 отделения СМП центральных районных и городских больниц. На базе Московской областной станции СМП была сформирована служба СМП, в которой существовало 43 диспетчерских пункта по распределению назначения вызовов на бригады СМП, однако вызовы по-прежнему назначались только в рамках одного прикрепленного городского округа. Была создана единая диспетчерская служба СМП Московской области с использованием спутниковой навигационной системы ГЛОНАСС [12].

В последующие годы в целях оптимальной маршрутизации выездных бригад в деятельность службы СМП была внедрена единая система вызова экстренных служб «112» и «103», проведён комплекс мероприятий по передаче диспетчерской службой вызовов неотложной помощи в амбулаторные учреждения. На базе Московской областной станции СМП создан Центр мониторинга 3-го уровня и 14 центров 2-го уровня (по одному в каждом территориальном управлении) [9].

С. Ф. Багненко и соавт. в начале 2020-х гг. провели оценку состояния службы СМП в России в разных условиях её оказания, которая «показала, что за последние 6 лет произошло сокращение числа станций (отделений) скорой медицинской помощи за счёт их объединения и централизации их управле-

ния при увеличении числа выездных бригад... отмечено увеличение доли фельдшерских бригад за счёт уменьшения врачебных и специализированных» [13]. Авторы пришли к выводу, что «уменьшение частоты выездов бригад СМП, приблизившейся к нормативным значениям» произошло за счёт перераспределения вызовов от населения от СМП к кабинетам «неотложной помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Проанализировав нормативные правовые акты, результаты научных исследований [14—16], а также результаты практической деятельности станции СМП региона, Министерство здравоохранения Московской области обобщило технологии, которые способствуют эффективному функционированию региональной системы здравоохранения, и сделало вывод о том, что совершенствование деятельности всей системы в значительной степени связано с системой догоспитальной помощи. При этом важнейшим резервом этой работы признана дальнейшая «оптимизация объёмов и структуры оказания скорой и неотложной медицинской помощи» [11]. Внедрение инновационных организационно-функциональных технологий в деятельность службы СМП позволит обеспечить оказание бесплатной, доступной и качественной СМП при максимально эффективном использовании ресурсов всей системы здравоохранения, что особенно важно, поскольку оказание СМП осуществляется в рамках территориальной программы государственных гарантий.

С 2022 г. в здравоохранении Московской области реализуется проект «Эффективная скорая медицинская помощь» (Проект)². Цель Проекта — развитие системы оказания СМП с целью повышения доступности и качества скорой и неотложной медицинской помощи, основанной на рациональном использовании имеющихся ресурсов СМП и обеспечения соблюдения основных временных нормативов деятельности службы СМП.

Основные направления Проекта как этапа развития системы оказания СМП в Московской области:

- проведение структурной реорганизации службы СМП;
- оптимизация ресурсного обеспечения и повышение эффективности работы службы СМП на основе системного и процессного подходов;
- создание инновационной модели управления качеством СМП, основанной на стандартизации, применении цифровых технологий и многоуровневом порядке контроля с использованием утверждённых критериев качества.

На этапе проведения **структурной реорганизации службы СМП** каждые 4—5 городских диспетчерских были объединены в один центр распределения вызовов, и таким образом в составе ГБУЗ МО «Московская областная станция скорой медицинской помощи» (ГБУЗ МО «МОССМП») созданы 13

² URL: <https://smarteka.com/contest/practice/effektivnaa-skoraia-medicskaa-pomos-moskovskoj-oblasti?ysclid=lmccqkgusj971334865> (дата обращения: 19.06.2023).

региональных центров по распределению вызовов на бригады СМП, а назначение вызова передавалось на ближайшую к месту вызова бригаду, без учета её принадлежности к подстанции. Это стало возможным в результате разработки и внедрения алгоритма автоматического подбора бригад СМП на вызов с учётом времени и расстояния до места вызова и профиля вызова. Такая схема работы позволила сократить общее время назначения бригады СМП на вызов в среднем на 10 мин и повысить интенсивность использования бригад СМП. Кроме того, назначение вызова бригаде без учёта её принадлежности к подстанции обеспечило возможность оперативной передислокации бригад СМП в случае ухудшения эпидемиологической обстановки и повышения нагрузки на бригады СМП в конкретном городском округе.

В рамках Проекта предложена и реализована инновационная **организационно-функциональная технология повышения эффективности управления системой оказания скорой и неотложной медицинской помощи**, которая была необходима в сложившихся экономических условиях такого необычного региона России, как Московская область. Навигационным оборудованием были оснащены 84% (791 из 944) автомобилей неотложной медицинской помощи при медицинских организациях Московской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Это позволило задействовать существующие в Министерстве здравоохранения и подведомственных медицинских организациях медицинские информационные системы, и с их помощью не только совершенствовать анализ работы бригад, задействованных в оказании неотложной медицинской помощи, но и улучшить взаимодействие и координацию действий подстанций СМП соседних районов.

Назначение вызова на ближайшую к месту вызова бригаду неотложной помощи поликлиник, сокращение времени выполнения вызовов, потенциальная возможность выполнения большего количества вызовов в день позволила повысить коэффициент полезного использования бригад неотложной помощи при медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с 31 до 91%. Процент выполнения вызовов в регламентированные сроки увеличился с 84 до 91%.

Среди мероприятий по **оптимизация ресурсного обеспечения** подразделений медицинских организаций, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь, можно особо выделить перевод диспетчерской службы ГБУЗ МО «МОССМП» на работу с цифровой телефонией станцией (IP-телефония). К цифровой телефонной связи подключены 100% диспетчерских пунктов по приёму вызовов, что позволило организовать контроль за передвижением, пробегом и коэффициентом полезного использования автомобилей.

На базе Красногорской подстанции СМП создан единый диспетчерский центр по приёму вызовов (ЕДС-103). Первично звонок поступает на диспетчерский пункт по приёму вызова, в случае длитель-

ного ожидания ответа диспетчера СМП (более 20 с) звонок переводится на ЕДС-103 с последующим приёмом. Подобная схема позволила снизить время ответа диспетчера и исключить потери звонков. Суммарно ЕДС-103 принимает до 1500 звонков в сутки.

Ещё одним мероприятием этого раздела стратегии стало строительство новых подстанций и постов СМП на территориях с длинным рукавом доезда, что позволит повысить долю экстренных вызовов с временем доезда до 20 мин. Места строительства новых объектов СМП определяются по 2 методикам: отображение на карте точек с доездом на экстренные вызовы более 20 мин; аналитика проводится с помощью региональной геоинформационной системы.

К мероприятиям, направленным на **повышение эффективности управления системой оказания СМП**, можно отнести организационно-функциональную технологию — оснащение бригад СМП кардиографами. Цель этого мероприятия — увеличение профильности медицинской эвакуации при остром коронарном синдроме и снижение смертности на догоспитальном этапе от сердечно-сосудистых катастроф. Все бригады СМП оснащены кардиографами с дистанционной передачей ЭКГ на кардиопульт для дальнейшей расшифровки на централизованном кардиологическом пульте (в смену работают 5 врачей-кардиологов, всего на кардиопульте 22 врача. Бригада СМП снимает пациенту ЭКГ, информация передаётся на кардиопульт. Врач-кардиолог расшифровывает ЭКГ и при обнаружении состояния, требующего немедленной госпитализации, в течение 6 мин передаёт информацию бригаде СМП. Увеличена профильность медицинской эвакуации при остром коронарном синдроме до и после создания кардиопульта — с 96,2 до 100%, а также сокращено количество летальных случаев этих пациентов в стационаре с 7,82 до 5,99%.

Ещё одна значимая организационно-функциональная технология — **организация процесса взаимодействия СМП со стационарами** и отработка передачи пациента от бригады СМП сотрудникам приёмного отделения (преемственность оказания медицинской помощи). До реализации Проекта бригада СМП находилась в приёмном отделении в отдельных случаях до 40 мин, поскольку процесс передачи пациента не был регламентирован. В 2022 г. разработан **регламент по передаче клинической ответственности** между сотрудниками бригады СМП и приёмным отделением стационара. В зависимости от тяжести состояния регламентировано время передачи больного от бригады СМП в стационар: в тяжёлом состоянии — 10 мин, в состоянии средней тяжести — 15 мин, а также определены зоны ответственности этих категорий персонала. Введено оповещение стационара о планируемой госпитализации пациента в тяжёлом состоянии.

С целью отслеживания нарушений со стороны бригад СМП была разработана и внедрена ведомость дефектов бригад СМП, которую заполняют сотрудники приёмных отделений стационаров, раз-

бор нарушений проводится на заседаниях региональных врачебных подкомиссий. Утверждён автоматизированный (в «Системе 103») алгоритм ежедневного анализа случаев превышения регламентированного времени нахождения бригад СМП в приёмном отделении [22]. Реализация этого направления позволила сократить время нахождения бригад СМП в приёмном отделении до регламентированного норматива (10 или 15 мин) и снизить долю случаев задержки бригад СМП в стационаре с 20 до 1%.

Стандартизация процесса взаимодействия СМП со стационарами и передачи пациента, регламентация действий персонала, статистический контроль («мониторинг в контрольных точках») и анализ соблюдения требований этих инструментов «планирования высокого качества» позволили сократить время нахождения бригады СМП в приёмном отделении стационара и обеспечить соблюдение норматива в 99% случаев.

При создании **инновационной модели управления качеством СМП** ведущее место отведено стандартизации медицинских и управленческих процессов с применением медицинских информационных систем. Цифровизация системы управления позволила сформировать многоуровневый порядок контроля с использованием утверждённых критериев качества.

Так, созданный на базе ГБУЗ МО «МОССМП» единый отдел медицинской эвакуации позволил реализовать:

- централизованный приём от стационаров и систематизацию ежедневных сводок по движению пациентов;
- круглосуточный мониторинг загруженности отделений стационаров по всем основным профилям;
- оперативное направление выездных бригад СМП для медицинской эвакуации больных и пострадавших с учётом установленной маршрутизации, загруженности стационаров, транспортной удалённости и дорожной ситуации;
- мониторинг маршрутизации пациентов по всем медицинским профилям;
- организацию перевода больных и пострадавших в плановом порядке и по экстренным показаниям между стационарами;
- организацию маршрутизации пострадавших при массовых катастрофах и чрезвычайных ситуациях.

Сформирован отдел консультационной помощи в структуре диспетчерской службы ГБУЗ МО «МОССМП». При поступлении обращения с поводом «консультация» диспетчеру по приёму звонков доступен перевод обращения на консультанта. В смене консультационного отдела работает до 5 человек. В зависимости от эпидемиологической обстановки количество консультаций колеблется от 360 до 600 в сутки. По итогам проведённых консультаций от 48% до 60% случаев закрывается без выезда бригады СМП.

Развитие информационной «Системы 103» позволило внедрить оповещение стационара о предстоящей госпитализации пациента в тяжёлом состоянии и бронирование отделом госпитализации койки в стационаре, а запрашивать место на госпитализацию стало возможно с планшета бригады СМП. Разработан и внедрен алгоритм «Системы 103» «автоматическая маршрутизация», который позволяет осуществлять маршрутизацию идентифицированного пациента с учётом разрешенного основного и сопутствующих диагнозов без непосредственного участия пользователя «Системы 103».

Доработан дашборд по анализу работы СМП, в котором аккумулируется оперативная информация по работе службы СМП с визуализацией рейтингов по подразделениям, в том числе время доезда на вызовы по экстренным и неотложным поводам, нагрузка на бригады, общее количество вызовов по городским округам.

В результате аккумулирования всей информации, касающейся наличия коечного фонда в одном месте, появилась возможность равномерно распределять нагрузку и рационально использовать коечный фонд медицинских организаций. Контроль по утверждённым критериям качества наглядно выявил такие тенденции, как снижение непрофильной госпитализации на 80%, улучшение маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения от 94% до 99,5%, сокращение времени ожидания бригадами СМП наряда на госпитализацию пациента с 10 до 5 мин.

К числу организационно-функциональных технологий развития здравоохранения Московской области можно отнести и голосового помощника пациента — работа «Светлану». В основе его работы лежат технологии искусственного интеллекта, синтеза и распознавания речи. Если первоначально с его помощью можно вызвать врача на дом, записаться на приём к специалисту или вакцинацию, то в настоящее время его функционал расширяется и, в рамках мониторинга качества оказания СМП и внедрения системы рейтингования подстанций СМП, запущен обзвон пациентов роботом «Светлана», цель опроса — оценка качества услуг, оказанных бригадами СМП.

В стадии внедрения находится функционал информирования заявителя о этапах выполнения вызова СМС. При регистрации вызова в системе заявителю отправляется СМС сообщение о регистрации вызова и разъяснение по категории вызова: экстренный или неотложный. При назначении бригады на вызов отправляется второе СМС с ориентировочным временем доезда с учётом дорожной обстановки. Третье СМС о прибытии бригады на вызов формируется на основе данных навигационного оборудования, установленного в автомобиле СМП (при нахождении бригады в зоне обслуживания вызова). В дополнение к СМС-информированию в мобильном приложении службы «112» Московской области реализован функционал отслеживания перемещения бригады СМП в режиме реального вре-

Анализ деятельности службы СМП Московской области по ключевым показателям в динамике (2015—2022 гг.)

Показатель деятельности СМП	2015 г.		2021 г.		2022 г.	
	факт	целевой уровень	факт	целевой уровень	факт	целевой уровень
Доля доезда на экстренные вызовы в течение 20 мин, %	79,2	90	88,7	98	98	98
Доля доезда на неотложные вызовы в течение 120 мин, %	0	100	69	100	92	100
Количество вызовов на 1 тыс. населения в год	308,4	309,5	296,1	311,4	277,8	311,4
Среднесуточная загруженность 1 бригады в году	14	11	12,9	11	11,4	11
Количество диспетчерских пунктов по распределению вызовов на бригады СМП	111	43	43	43	13	13
Количество обращений (жалоб) на длительное ожидание СМП	2674	—	1147	—	499	—

мени. Данные мероприятия суммарно позволили сократить количество повторных звонков с уточнением времени прибытия бригады ещё на 10%. Внедрение этих организационно-функциональных технологий позволило снизить количество жалоб на длительное ожидание бригады СМП в 2,3 раза (с 1147 до 499).

Обсуждение

Первые результаты реализации проекта, направленные на повышение доступности и качества оказания СМП, представлены в таблице.

Результаты проведённого исследования подтверждают, что внедрение инновационной модели управления службой СМП позволило достичь в 2022 г.:

- повышения качества и доступности экстренной медицинской помощи для населения (сокращение времени доезда бригад СМП Московской области до места вызова до 20 мин в 98% вызовов, потенциально увеличить на 202 бригады ежедневное количество бригад на линии без вывода дополнительных бригад и выполнить на 2324 вызова в день больше, чем в начале года) [22];
- снизить объёмы СМП за счёт сокращения числа случаев необоснованных вызовов и передачи вызовов к пациентам, нуждающимся в неотложной помощи, на ближайшую к месту вызова бригаду неотложной помощи поликлиник без учёта её принадлежности к подстанции;
- усилить контроль работы выездных бригад за счёт инновационной технологии — алгоритма автоматического подбора бригад СМП на вызов с учётом времени и расстояния до места вызова и профиля вызова с использованием медицинских информационных систем;
- максимально удовлетворить потребности населения в скорой и неотложной медицинской помощи, при этом рационально использовать все виды ресурсов системы здравоохранения региона, и, таким образом, снизить число обращений и жалоб от пациентов.

Заключение

Структурная реорганизация службы скорой и неотложной медицинской помощи по принципу централизации; развитие инфраструктуры и оптимизация ресурсного обеспечения медицинских организаций, оказывающих эти виды помощи, включаю-

щая их финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение; повышение эффективности деятельности службы СМП на основе инновационных технологий управления, стандартизации медицинских и управленческих процессов и цифровизации деятельности; стратегическое и оперативное управление службой СМП с уровня органа управления здравоохранением региона и многоуровневый порядок контроля с использованием утверждённых критериев качества — это далеко не полный перечень инновационных организационно-функциональных технологий, доказавших свою эффективность при модернизации службы СМП Московской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф., Мирошниченко А. Г., Алимов Р. Р., Шляфер С. И. Оценка состояния скорой медицинской помощи в разных условиях ее оказания в Российской Федерации // *Анестезиология и реаниматология*. 2021. № 2. С. 124—130. DOI: 10.17116/anaesthesiology2021021124
2. Багненко С. Ф. Модернизация службы скорой медицинской помощи в Российской Федерации // *Справочник врача общей практики*. 2010. № 7. С. 5—15.
3. Мирошниченко А. Г., Барсукова И. М. Время реформ скорой медицинской помощи // *Вестник Башкирского государственного медицинского университета*. 2012. Т. 1, № 1. С. 26—31.
4. Нестеров О. Л. Актуальные вопросы совершенствования оказания скорой медицинской помощи // *Главный врач*. 2014. № 11. С. 58—66.
5. Горбунов В. И., Возженникова Г. В., Артеменко Ю. И., Камардин С. В. Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению (литературный обзор) // *Врач скорой помощи*. 2017. № 10. С. 49—75.
6. Никитина Е. И. Направления совершенствования эффективности работы скорой и неотложной помощи // *Врач скорой помощи*. 2019. № 6. С. 61—65.
7. Мирошниченко А. Г. Отношение некоторых статей закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к настоящему и будущему скорой медицинской помощи // *Скорая медицинская помощь*. 2012. Т. 13, № 1. С. 3—11.
8. Багдасарьян А. С., Верткин А. Л., Герашенко Е. В., Камардин Ж. А. Оптимизация деятельности диспетчерской службы скорой помощи в рамках модернизации здравоохранения РФ // *Врач скорой помощи*. 2011. № 10. С. 3—7.
9. Колесников А. В., Шичанин В. В., Бреусов А. В. Анализ основных показателей деятельности и медико-организационные аспекты совершенствования службы скорой медицинской помощи в крупном промышленном регионе // *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. 2016. № 3. С. 106—113.
10. Фиалко В. А. Модернизация службы скорой медицинской помощи РФ: спорные вопросы // *Врач скорой помощи*. 2010. № 7. С. 10—17.
11. Фатыхов А. М. Пути совершенствования организации и управления скорой медицинской помощью в условиях модернизации здравоохранения (на примере города Казани): автореф. дисс. ... к. м. н. М., 2015.
12. Суслонина Н. В. В Подмосковье будет выстроена трехуровневая система оказания помощи // *Медицина целевые проекты*. 2013. № 15. С. 56—58.

13. Бagnенко С. Ф., Мирошниченко А. Г., Алимов Р. Р., Шляфер С. И. Оценка состояния скорой медицинской помощи в разных условиях ее оказания в Российской Федерации // *Анестезиология и реаниматология*. 2021. № 2. С. 124—130. DOI: 10.17116/anaesthesiology2021021124
14. Боровинских С. В. Оптимизация работы службы скорой медицинской помощи в городе с миллионным населением // *Вестник Челябинского государственного университета*. 2012. № 3, Вып. 7. С. 125—129.
15. Руденко М. В., Круглова Л. П. Оказание скорой и неотложной медицинской помощи в Московской области. Состояние проблемы, перспективы развития // *Скорая медицинская помощь*. 2002. Т. 3, № 2. С. 40—41.
16. Барсукова И. М. Перспективы создания системы менеджмента качества в службе скорой медицинской помощи // *Неотложная медицинская помощь*. Журнал им. Н. В. Склифосовского. 2015. № 2. С. 42—47.
7. Miroshnichenko A. G. Relation of some articles of the law «On the basics of public health protection in the Russian Federation» to the present and future provision of emergency medical care. *Emergency medical care*. 2012;13(1):3—11. (In Russ.)
8. Bagdasaryan A. S., Vertkin A. L., Gerashchenko E. V., Kamalyan Zh. A. Optimization of the ambulance dispatching service within the framework of the modernization of healthcare of the Russian Federation. *Emergency physician*. 2011;(10):3—7. (In Russ.)
9. Kolesnikov A. V., Shichanin V. V., Breusov A. V. Analysis of the main performance indicators and medical and organizational aspects of the functioning of the ambulance service in a large industrial region. *Bulletin of the RUDN. Series: Medicine*. 2016;(3):106—113. (In Russ.)
10. Fialko V. A. Modernization of the ambulance service of the Russian Federation: controversial issues. *Emergency physician*. 2010;(7):10—17. (In Russ.)
11. Fatykhov A. M. Ways of improving the organization and management of emergency medical care in the context of healthcare modernization (on the example of the city of Kazan): Abstract. diss. ... Cand. Med. Sci. Moscow, 2015. (In Russ.)
12. Suslova N. V. A three-level system of assistance will be built in the Moscow region. *Medical target projects*. 2013;(15):56—58. (In Russ.)
13. Bagnenko S. F., Miroshnichenko A. G., Alimov R. R., Shlyafers S. I. Assessment of the state of emergency medical care in various conditions is carried out in the Russian Federation. *Anesthesiology and resuscitation*. 2021;(2):124—130. (In Russ.) DOI: 10.17116/anaesthesiology2021021124
14. Bagnenko S. F. Modernization of the ambulance service in the Russian Federation. *handbook of a general practitioner*. 2010;(7):5—15. (In Russ.)
15. Miroshnichenko A. G., Barsukova I. M. Time of reforms of emergency medical care. *Bulletin of the Bashkir State University Medical University*. 2012; 1(1): 26—31. (In Russ.)
16. Nesterov O. L. Actual issues of improving the provision of emergency medical care. *Chief physician*. 2014;(11):58—66. (In Russ.)
17. Gorbunov V. I., Vozzhennikova G. V., Artemenko Yu. I., Kamaridin S. V. Organization of emergency and emergency medical care to the population (literary review). *Emergency physician*. 2017;(10):49—75. (In Russ.)
18. Nikitina E. I. Directions of improving the efficiency of the work of ambulance and emergency care. *Emergency physician*. 2019;(6):61—65. (In Russ.)

REFERENCES

1. Bagnenko S. F., Miroshnichenko A. G., Alimov R. R., Shlyafers S. I. Assessment of the state of emergency medical care in various conditions is carried out in the Russian Federation. *Anesthesiology and resuscitation*. 2021;(2):124—130. (In Russ.) DOI: 10.17116/anaesthesiology2021021124
2. Bagnenko S. F. Modernization of the ambulance service in the Russian Federation. *handbook of a general practitioner*. 2010;(7):5—15. (In Russ.)
3. Miroshnichenko A. G., Barsukova I. M. Time of reforms of emergency medical care. *Bulletin of the Bashkir State University Medical University*. 2012; 1(1): 26—31. (In Russ.)
4. Nesterov O. L. Actual issues of improving the provision of emergency medical care. *Chief physician*. 2014;(11):58—66. (In Russ.)
5. Gorbunov V. I., Vozzhennikova G. V., Artemenko Yu. I., Kamaridin S. V. Organization of emergency and emergency medical care to the population (literary review). *Emergency physician*. 2017;(10):49—75. (In Russ.)
6. Nikitina E. I. Directions of improving the efficiency of the work of ambulance and emergency care. *Emergency physician*. 2019;(6):61—65. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023. The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Научная статья

УДК 615.1

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-207-213

Подходы к повышению эффективности системы фармаконадзора на примере Республики Казахстан

Александра Альбертовна Таубэ^{1, 2}

¹Санкт-Петербургский химико-фармацевтический университет, Санкт-Петербург, Россия;

²Научный центр экспертизы средств медицинского применения, Москва, Россия

taubeaa@expmed.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5594-4859>

Аннотация. Цель исследования: на основе анализа данных официального сайта действующей системы сбора спонтанных сообщений о побочных реакциях на лекарственные препараты (ЛП) в Республике Казахстан сформулировать подходы к эффективному функционированию системы фармаконадзора.

Материалы и методы. Использованы методы контент-анализа, синтеза и анализа, структурно-логические, статистические. Материалы — открытые данные официального сайта Республики Казахстан о поданных спонтанных сообщениях за 2018—2022 гг.

Результаты. Анализ динамики количества полученных спонтанных сообщений показал отсутствие линейной тенденции в развитии данного вида деятельности в системе фармаконадзора. Наибольшее количество извещений было подано на первичном этапе развития фармаконадзора в 2018—2019 гг. Лидерами по подаче извещений являются Павлодарская область (29 на 100 тыс.), г. Алматы (21 на 100 тыс.), Актыбинская область (16 на 100 тыс.) и г. Шымкент (15 на 100 тыс.). Наименьшее количество сообщений получено из Туркестанской области (1 на 100 тыс.). На первом месте по количеству поданных извещений в 2022 г. — ТОО «ГСК Казахстан» — 18%. Анализ структуры полученных сообщений по производителям в общем виде характеризуется преобладанием сообщений о побочных реакциях на ЛП импортного производства стран дальнего зарубежья. Выявлено, что система фармаконадзора Республики Казахстан характеризуется гармонизацией с международными системами фармаконадзора, нестабильностью в количестве поступивших спонтанных сообщений. Ежемесячно результаты выявленных нежелательных реакций появляются в открытом доступе на официальном сайте. Определено, что информация о поданных «жёлтых картах» от аптечных работников и пациентов отсутствует или эти субъекты обращения ЛС не принимают участия в системе спонтанных сообщений.

Заключение. Наибольший вклад в системы спонтанного репортирования вносят медицинские организации Республики Казахстан. Необходимо создание институциональных механизмов для усиления работы системы спонтанного репортирования. Требуется организационные и нормативные решения.

Ключевые слова: фармаконадзор; безопасность лекарственных средств; спонтанные сообщения; карта-извещение; нежелательная лекарственная реакция; отчёты по нежелательным реакциям

Для цитирования: Таубэ А. А. Подходы к повышению эффективности системы фармаконадзора на примере Республики Казахстан // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 207—213. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-207-213

Original article

Approaches to evaluating the effectiveness of the pharmacovigilance system in the Republic of Kazakhstan

Aleksandra A. Taube^{1, 2}

¹Saint-Petersburg State Chemical Pharmaceutical University, Saint-Petersburg, Russian Federation;

²Scientific Centre for Expert Evaluation of Medicinal Products, Moscow, Russian Federation

taubeaa@expmed.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5594-4859>

Annotation. The aim: based on the analysis of data from the official website of the current system for collecting spontaneous reports of adverse events in the Republic of Kazakhstan, to formulate approaches to the effective functioning of the pharmacovigilance system.

Materials and methods. Methods of content analysis, synthesis and analysis, structural-logical, statistical. Materials open data of the official website of the Republic of Kazakhstan on spontaneous reports submitted for the period 2018—2022.

Results. An analysis of the dynamics of the number of received spontaneous messages showed the absence of a linear trend in the development of this type of activity in the pharmacovigilance system. The largest number of notifications were submitted at the initial stage of pharmacovigilance development in 2018—2019. The leaders in filing notifications are: Pavlodar region (29 per 100 thousand), Almaty city (21 per 100 thousand), Aktobe region (16 per 100 thousand) and Shymkent city (15 per 100 thousand). The smallest number of messages was received from the Turkestan region (1 per 100 thousand). In first place in terms of the number of notifications submitted in 2022—GSK Kazakhstan LLP — 18%. Analysis of the structure of reports received by manufacturers in general terms is characterized by the pre-dominance of reports of ADRs on drugs imported from non-CIS countries. It was revealed that the pharmacovigilance system of the Republic of Kazakhstan is characterized by harmonization with international pharmacovigilance systems, instability in the number of spontaneous reports received. Every month, the results of identified ARs appear in the public domain on the official website. It was determined that there is no information about submitted yellow cards from pharmacy workers and patients, or these subjects of drug circulation do not participate in the spontaneous reporting system.

Conclusion. The greatest contribution to spontaneous reporting systems is made by medical organizations of the Republic of Kazakhstan. It is necessary to create institutional mechanisms to strengthen the work of the system of spontaneous reporting.

Key words: pharmacovigilance; drug safety; spontaneous reports; yellow card; adverse drug reaction; ADR reporting

© А. А. Таубэ, 2023

For citation: Taube A. A. Approaches to evaluating the effectiveness of the pharmacovigilance system in the Republic of Kazakhstan. *Remedium*. 2023;27(3):207–213. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-207–213

Введение

Нежелательные реакции на лекарственные препараты (НЛР) являются важной причиной заболеваемости и смертности во всём мире. Они связаны с расходами на здравоохранение в связи с госпитализацией или длительным пребыванием в больнице, а также повышают стоимость терапии [1]. В Германии более 5% госпитальных эпизодов вызваны или осложнены непредвиденными НЛР [2]; 8-летнее наблюдение в Швейцарии показало, что 2,3%, или примерно 32 000 госпитализаций в год были вызваны НЛР [3]. Страны ЕАЭС объединили рынки лекарственных препаратов (ЛП), находятся на пути к полной гармонизации национальных законодательств в области обращения ЛП, в том числе действует Решение ЕАК № 87 «Надлежащая практика фармаконадзора», которая предусматривает функционирование системы фармаконадзора на территории всех стран ЕАЭС, в том числе сбора информации о возникающих НЛР методом спонтанных сообщений (СпС). В соответствии с действующим законодательством все субъекты обращения ЛП участвуют в системе подачи извещений о выявленных НЛР.

Цель исследования: на основе анализа данных официального сайта действующей системы сбора СпС о НЛР в Республике Казахстан (РК) сформулировать подходы к эффективному функционированию системы фармаконадзора.

Материалы и методы

В исследовании применяли методы контент-анализа, синтеза и анализа, структурно-логические, статистические. Материалами исследования послужили открытые данные официального сайта регуляторного органа РК о поданных СпС за 2018—2022 гг.

Результаты

Современная история сбора информации о нежелательных явлениях и недостаточности терапевтического эффекта ЛП в РК началась с утверждения Приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.05.2015 № 421 «Об утверждении Правил проведения фармаконадзора и мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий» (утратил силу). В настоящий момент в РК действуют следующие нормативные документы:

1) национальные нормативные документы о системе фармаконадзора:

- Приказ Министра здравоохранения РК от 23.12.2020 № КР ДСМ-320/2020 «Об утверждении правил проведения фармаконадзора и мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий» (в ред. от 02.06.2023 № 99);

- Приказ Министра здравоохранения РК от 10.09.2020 № КР ДСМ-101/2020 «Об утверждении Правил составления и оформления инструкции по медицинскому применению лекарственных средств и медицинских изделий и общей характеристики лекарственного средства»;
- Приказ Министра здравоохранения РК от 27.01.2021 № КР ДСМ-9 «Об утверждении правил проведения фармацевтических инспекций по надлежащим фармацевтическим практикам» (в ред. от 17.01.2023 № 8);
- Приказ Министра здравоохранения РК от 27.01.2021 № КР ДСМ-10 «Об утверждении правил проведения экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий»;
- Кодекс РК от 07.07.2020 «О здоровье народа и системе здравоохранения» (п. 3 ст. 261);
- 2) наднациональные нормативные документы:
 - Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 № 87 «Об утверждении Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза» (в ред. от 19.05.2022);
 - Решение Совета ЕАК от 03.11.2016 № 78 «О Правилах регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения» (в ред. от 23.09.2022).

В 2016 г. была создана новая организационная государственная структура — Центр по фармаконадзору и мониторингу побочных действий лекарственных средств и медицинских изделий в составе Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (НЦЭЛС, ИМН и МТ). НЦЭЛС, ИМН и МТ является экспертной организацией, уполномоченной на осуществление функций по фармакологической безопасности в РК, и выполняет в области фармаконадзора те же функции на территории РК, что и Федеральная служба Росздравнадзора на территории России. В РК спонтанное репортирование осуществляется через заполнение извещения в форме «жёлтой карты». Алгоритм заполнения «жёлтой карты» подробно представлен на официальном сайте НЦЭЛС, ИМН и МТ. Извещение может быть заполнено в личном кабинете на официальном сайте в онлайн-режиме, подано в Центр по фармаконадзору по электронной почте или бумажный вариант отправляется почтой.

На официальном сайте НЦЭЛС, ИМН и МТ по результатам полученных от субъектов обращения карт-сообщений ежемесячно в открытом доступе публикуется следующая информация: количество карт-сообщений о побочных действиях ЛП, поступивших от медицинских организаций в разрезе регионов, фармацевтических компаний; распределение карт-сообщений о побочных действиях ЛП по

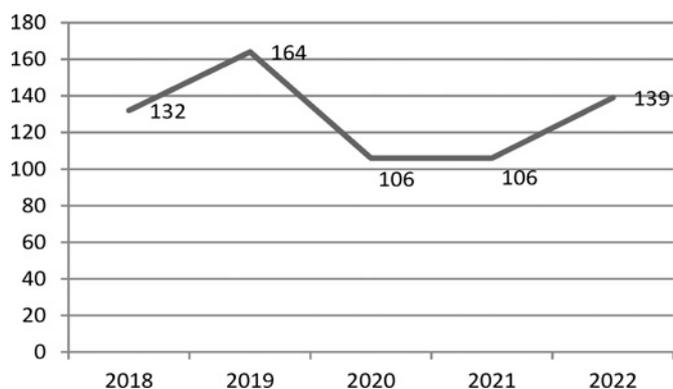


Рис. 1. Количество поданных извещений на 1 млн жителей в 2018—2022 гг.

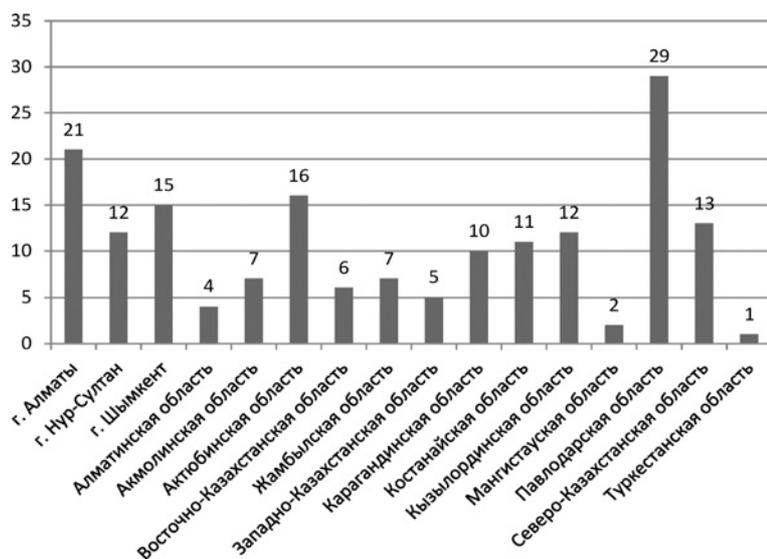


Рис. 2. Средние значения количества сообщений по регионам Республики Казахстан в 2018—2022 гг., на 100 тыс. человек.

международному непатентованному названию, анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ), производителям ЛП, а также количественный отчет НЛР по их исходам.

Анализ динамики количества полученных СпС о НЛР в 2018—2022 гг. (рис. 1) показал отсутствие линейной тенденции в развитии данного вида деятельности в системе фармаконадзора. Наибольшее количество извещений было подано на первом этапе развития фармаконадзора в 2018—2019 гг.

Изучение количества СпС о НЛР, поступивших от медицинских организаций по отдельным регионам РК (рис. 2), показало, что лидерами по подаче извещений о НЛР на 100 тыс. жителей являются Павлодарская область (29 извещения), г. Алматы (21), Актюбинская область (16) и г. Шымкент (15). Наименьшее количество сообщений получено из Туркестанской области (1). В анализ не включены регионы, в которых количество сообщений на 100 тыс. жителей меньше 1.

Структура СпС, поступивших от фармацевтических компаний, представлена на рис. 3. На первом месте по количеству поданных извещений в 2022 г. — ТОО «ГСК Казахстан» (18%), далее филиал компании «Новартис Фарма Сервисэз АГ» в РК (13,8%), «Байер КАЗ» (10,8%), ТОО «Абботт Казахстан» (9,8%). В 2021 г. — ТОО «ГСК Казахстан» (28,1%), «Байер КАЗ» (16,7%), филиал компании «Новартис Фарма Сервисэз АГ» в РК (8,2%). ТОО «ГСК Казахстан» — региональное представительство в РК — является держателем регистрационных удостоверений 92 рецептурных ЛП, а также 19 вакцин и является лидером по продажам ЛП в РК, и логично, что от ТОО «ГСК Казахстан» поступает наибольшее количество извещений о НЛР.

Анализ структуры полученных СпС по производителям (рис. 4) в общем виде характеризуется преобладанием сообщений о НЛР на ЛП импортного производства стран дальнего зарубежья. Это связано с тем, что, по данным «Vi-ORTIS Group Consulting», доля на рынке РК иностранных производителей преобладает в ценовом и натуральном выражениях.

На следующем этапе было проведено сравнение международных непатентованных наименований (МНН) — лидеров по продажам на рынке РК по данным «Vi-ORTIS Group Consulting» с количеством сообщений о НЛР (таблица).

Среди МНН — лидеров по продажам выделяются наибольшим количеством сообщений ривароксабан — 28 поданных карт-извещений за 2022 г. и цефтриаксон — 20. Далее следуют амоксициллин + клавулановая кислота, адеметионин, ибупрофен — по 10, 9, 7

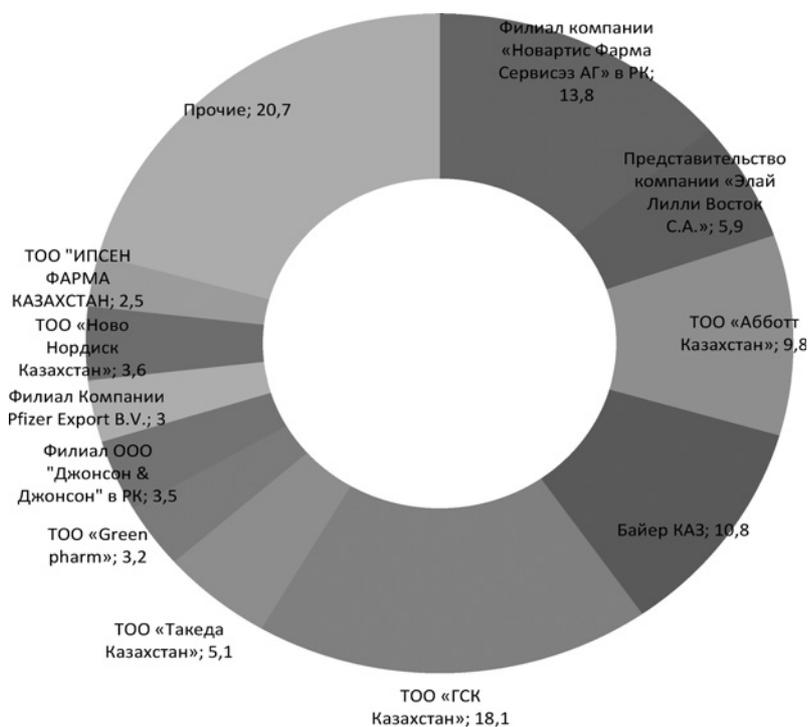


Рис. 3. Структура распределения СпС по фармацевтическим компаниям в 2022 г., %.

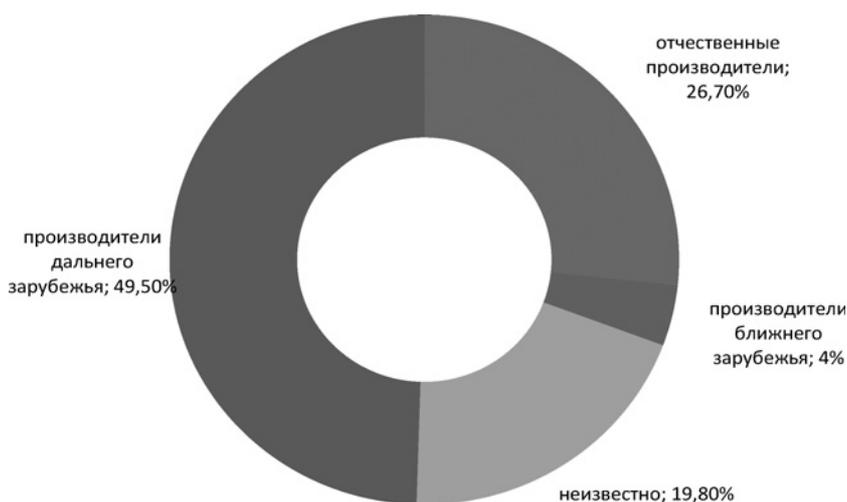


Рис. 4. Структура распределения СпС по производителям ЛП, %.

поданных карт-извещений в 2022 г. соответственно. Ривароксабан относится к группе антикоагулянтов, имеющих основной риск — кротовотечение [4]. Несмотря на то что среди прочих антикоагулянтов ривароксабан имеет наиболее благоприятный профиль безопасности [5]. ЛП данной группы имеют высокий уровень риска [6]. Нестероидные противовоспалительные ЛП, к которым относится ибупрофен, также характеризуются высокой частотой развития НЛР при их применении [7, 8].

Анализ СпС по фармакотерапевтическим группам в соответствии с АТХ группами (рис. 5) показал, что наибольшее количество сообщений о НЛР

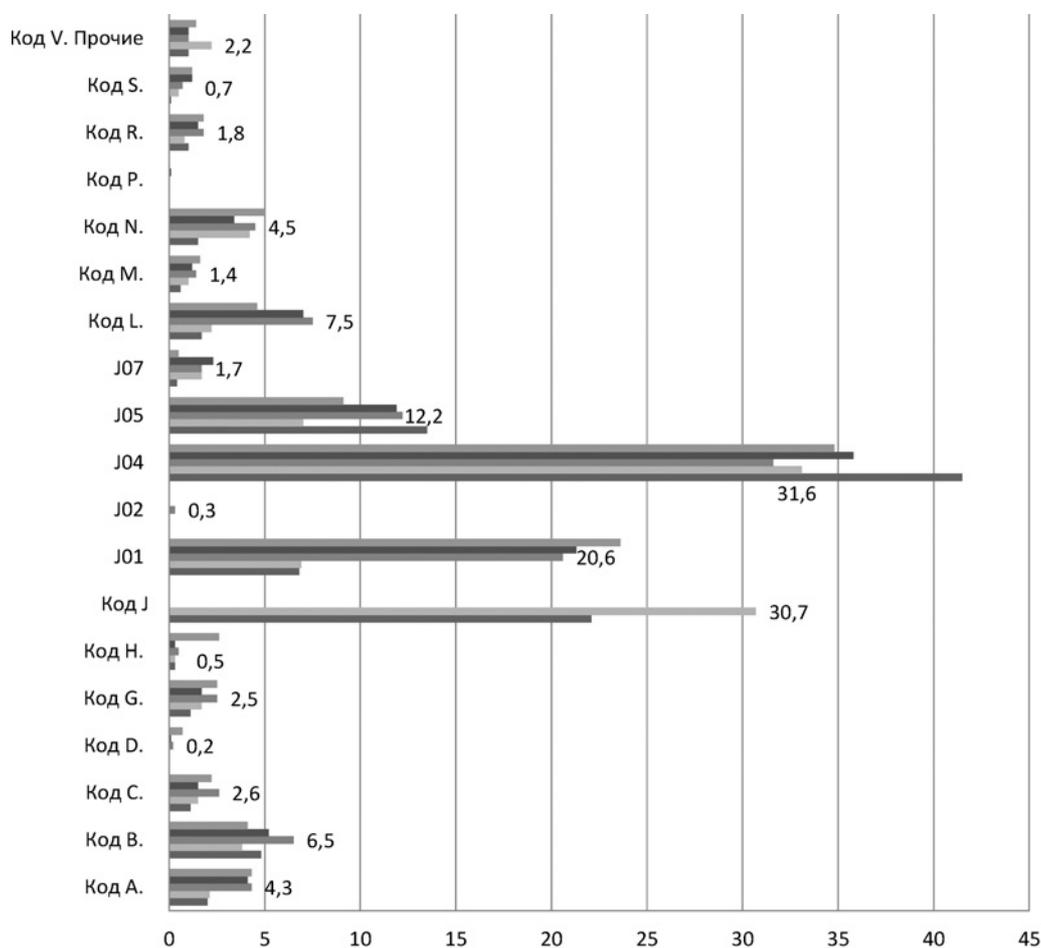


Рис. 5. Структура распределения СпС по кодам АТХ в 2018—2022 гг., %.

поступает по ЛП АТХ групп: J Противомикробные препараты системного действия (22,1—30,7%); J01 Антибактериальные препараты для системного использования (6,8—23,6%); J04 Антимикобактериальные препараты (31,6—41,5%); J05 Противовирусные препараты для системного использования (7,0—13,5%). Также можно выделить АТХ коды: В. Кровь и органы кроветворения (3,8—6,5%); L. Антинеопластические и иммуномодулирующие препараты (1,7—7,5%).

Обсуждение

2018—2019 годы характеризуются наивысшими показателями поданных СпС — 13—16 на 100 тыс. жителей в год. Вероятно, это связано с тем, что по мере введения обязательной системы фармаконадзора и необходимости обязательной подачи извещений о НЛР субъекты обращения ЛП активно принялись внедрять требования нормативных правовых актов. Последующее снижение количества поданных СпС в 2020—2021 гг. следует объяснить общей перегруженностью системы здравоохранения вследствие неблагоприятной эпидемиологической ситуации с COVID-19. В 2022 г. наблюдается возвращение количества поданных СпС к доковидным средним показателям. Сравнение числа поданных СпС в РК с показателями в других странах [9] показало, что количество сообщений о НЛР в РК — 14 на 100 тыс. жителей в 2022 г. — было ниже, чем в других странах мира. Например, в США — 72 СпС на 100 тыс. жителей, в Великобритании — 40, в Малайзии — 43, в Турции — 89 [10]. В России установлен нормативный показатель 9 СпС на 100 тыс. жителей [9]. Согласно рекомендациям ВОЗ в национальную систему фармаконадзора должно поступать порядка 200 СпС на 1 млн жителей в год. Исходя из этого норматива система подачи СпС в РК ниже оптимального рекомендованного ВОЗ.

Анализ структуры по обеим группам репортеров представлен на рис. 6. В изучаемом периоде преобладает доля СпС, поданных медицинскими организациями (63—92%). Падение количества СпС в 2020—2021 гг. связано с уменьшением СпС от медицинских организаций. Дальнейшего повышения количества СпС при сохранении существующей систе-

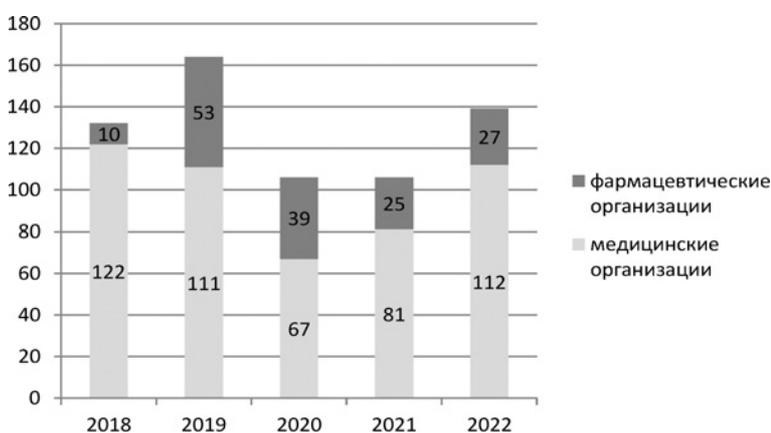


Рис. 6. Структура поданных СпС о НЛР по субъектам обращения ЛП, %.

МНН — лидеры по продажам на рынке РК, по данным «Vi-ORTIS Group Consulting»

Наименование	Доля на рынке, % упаковок	Количество сообщений, шт.
Панкреатин	2,7	1
Ибупрофен	2,15	7
Ацетилсалициловая кислота	8,68	3
Гомеопатическое средство	0,76	0
Ксилометазолин	1,86	0
Цефтриаксон	7,36	20
Азитромицин	1,29	1
Нимесулид	1,42	1
Урсодезоксихолевая кислота	0,29	1
Адеметионин	0,13	9
Амоксициллин + клавулановая кислота	0,84	10
Диклофенак	1,3	2
Интерферон альфа 2b	0,55	0
Амброксол	1,1	0
Бензидамин	0,59	0
Ацетилцистеин	0,36	0
Холекальциферол	0,35	0
Цитиколин	0,22	4
Омепразол	1,82	0
Ривароксабан	0,07	28
Натрия хлорид	8,73	2
Силденафил	0,26	4
Тропикамид	1,18	0
Этанол	6,28	0

мы фармаконадзора не следует ожидать, оно будет оставаться примерно на прежнем уровне. К сожалению, на сайте Центра фармаконадзора РК не представлены сведения о подаче СпС другими субъектами обращения ЛП: аптечными работниками, пациентами, а также лицами, осуществляющими уход за больными, либо таких СпС не поступало вовсе. Более активное включение этих субъектов обращения ЛП будет способствовать усилению системы фармаконадзора в РК. Следует отметить, что графики подачи извещений о НЛР в 2018—2022 гг. по отдельным регионам оказались похожи на график в целом по РК (рис. 1).

Статистика по распределению количества СпС по кодам АТХ имеет корреляцию с общемировыми данными. Так, согласно исследованиям, антибактериальные ЛП, антикоагулянты, противоопухолевые ЛП вносят наибольший вклад в возникновение НЛР [11], в том числе при лекарственных и других взаимодействиях. Кроме того, по данным «Vi-ORTIS Group Consulting», продажи ЛП код АТХ J01 лидировали в 2022 г. в натуральном выражении: в бюджетном канале продаж доля рынка в упаковках составляла 24%, в стационарном — 33%, общая доля продаж — 11,2%. Группа J07 Вакцины, хотя и занимала на рынке в 2022 г. по продажам в упаковках 13,9%, характеризуется относительно малым количеством сообщений о НЛР (0,4—2,3%). Анализ по НЛР по МНН, не вошедших в топ продаж в 2022 г., показал следующие результаты: линезолид — 326 СпС, левофлоксацин — 108. Если в группу антибиотиков добавить 41 СпС на амикацин, по 12 — на амикацин и меропенем, 10 — на моксифлоксацин и др., то антибиотики займут первое место по количеству СпС в 2022 г. Этот результат совпадает с ми-

ровой статистикой — так, НЛР, связанные с применением антибиотиков, составляют более половины спонтанно зарегистрированных НЛР во Вьетнаме [12]. Среди МНН, наиболее часто указываемых извещениях о НЛР в качестве подозреваемых ЛП, следует выделить противотуберкулёзные ЛП: бедаклин, изониазид, пипразинамид, этамбутол, рифампицин, протионамид, в сумме набравшие 487 карт-извещений.

Заключение

Система фармаконадзора РК характеризуется гармонизацией с международными системами фармаконадзора, нестабильностью в количестве поступивших СпС. Ежемесячно результаты выявленных НЛР появляются в открытом доступе на официальном сайте. Определено, что информация о поданных «жёлтых картах» от аптечных работников и пациентов отсутствует или эти субъекты обращения ЛС не принимают участия в системе спонтанного репортирования. Наибольший вклад в системы спонтанного репортирования вносят медицинские организации РК.

Необходимо совершенствование институциональных механизмов для усиления работы системы спонтанного репортирования. Требуются организационные и нормативные решения. Выявлено отсутствие подтверждённой связи между объёмом продаж ЛП и количеством полученных СпС о НЛР. Наблюдается корреляция статистики доли подаваемых сообщений о НЛР по кодам АТХ с мировыми данными. Относительное количество НЛР по отдельным фармакотерапевтическим группам совпадает с общемировой статистикой.

Наибольшее количество СпС получено от представителей иностранных компаний — держателей регистрационных удостоверений: ТОО «ГСК Казахстан», филиал компании «Новартис Фарма Сервисэз АГ» в РК, «Байер КАЗ», ТОО «Абботт Казахстан». Западные фармацевтические производители имеют больший опыт функционирования систем подачи СпС о НЛР, а также традиционно более тщательно относятся или выделяют больше ресурсов на деятельность по мониторингу информации о НЛР.

Благодарности

Автор благодарит директора отдела стратегических исследований Юлию Викторовну Нечаеву («DSM Group») за помощь в подготовке статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Formica D., Sultana J., Cutroneo P. M. et al. The economic burden of preventable adverse drug reactions: a systematic review of observational studies // *Expert Opinion on Drug Safety*. 2018. Vol. 17, N 7. P. 681—695. DOI: 10.1080/14740338.2018.1491547
- Stausberg J., Hasford J. Drug-related admissions and hospital-acquired adverse drug events in Germany: a longitudinal analysis from 2003 to 2007 of ICD-10-coded routine data // *BMC Health Serv Res*. 2011. Vol. 11. P. 134. DOI: 10.1186/1472-6963-11-134.
- Beeler P. E., Stammschulte T., Dressel H. Hospitalisations related to adverse drug reactions in Switzerland in 2012—2019: characteristics, in-hospital mortality, and spontaneous reporting rate // *Drug Saf*. 2023. Vol. 46, N 8. P. 753—763. DOI: 10.1007/s40264-023-01319-y

- Lip G. Y., Pan X., Kamble S. et al. Major bleeding risk among non-valvular atrial fibrillation patients initiated on apixaban, dabigatran, rivaroxaban or warfarin: a «real-world» observational study in the United States // *Int. J. Clin. Pract.* 2016. Vol. 70, N 9. P. 752—763. DOI: 10.1111/ijcp.12863
- Савина Н. М. Новые доказательства эффективности и безопасности применения ривароксана в реальной клинической практике // *Кардиология*. 2016. Т. 56, № 2. С. 57—62. DOI: 10.18565/cardio.2016.2.57—62
- Gurwitz J. H., Field T. S., Harrold L. R. et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting // *JAMA*. 2003. Vol. 289, N 9. P. 1107—1116. DOI: 10.1001/jama.289.9.1107
- Матвеев А. В., Егорова Е. А., Крашенинников А. Е., Коняева Е. И. Применение метода спонтанных сообщений для оценки безопасности препаратов группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств и парацетамола по данным периодических отчетов // *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2022. Т. 10, № 1. С. 65—77. DOI: 10.30895/2312-7821-2022-10-1-65-77
- Thomsen L. A., Winterstein A. G., Søndergaard B. et al. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care // *Ann. Pharmacother*. 2007. Vol. 41, N 9. P. 1411—1426. DOI: 10.1345/aph.1H658
- Кудрявцева Е. М., Горелов К. В. Проведение фармаконадзора в медицинских организациях // *Вестник Росздравнадзора*. 2021. № 2. С. 53—57.
- Khan Z., Karatas Y. Adverse drug reaction reporting for more than a decade: The need for pharmacovigilance policy implementation in Turkey // *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2022. Vol. 17, N 2. P. 340—342. DOI: 10.1016/j.jtumed.2021.12.009
- Sultana J., Cutroneo P., Trifirò G. Clinical and economic burden of adverse drug reactions // *J. Pharmacol. Pharmacother*. 2013. Vol. 4, Suppl 1. P. S73—S77. DOI: 10.4103/0976-500X.120957
- Tran H. N., Nguyen T. N.T., Tran N. T.K. et al. Preventability of adverse drug reactions related to antibiotics: an assessment based on spontaneous reporting system // *Ther. Innov. Regul. Sci*. 2023. Vol. 57, N 5. P. 1104—1112. DOI: 10.1007/s43441-023-00552-y

REFERENCES

- Formica D., Sultana J., Cutroneo P. M. et al. The economic burden of preventable adverse drug reactions: a systematic review of observational studies. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2018;17(7):681—695. DOI: 10.1080/14740338.2018.1491547
- Stausberg J., Hasford J. Drug-related admissions and hospital-acquired adverse drug events in Germany: a longitudinal analysis from 2003 to 2007 of ICD-10-coded routine data. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:134. DOI: 10.1186/1472-6963-11-134.
- Beeler P. E., Stammschulte T., Dressel H. Hospitalisations related to adverse drug reactions in Switzerland in 2012—2019: characteristics, in-hospital mortality, and spontaneous reporting rate. *Drug Saf*. 2023;46(8):753—763. DOI: 10.1007/s40264-023-01319-y
- Lip G. Y., Pan X., Kamble S. et al. Major bleeding risk among non-valvular atrial fibrillation patients initiated on apixaban, dabigatran, rivaroxaban or warfarin: a «real-world» observational study in the United States. *Int. J. Clin. Pract.* 2016;70(9):752—763. DOI: 10.1111/ijcp.12863
- Savina N. M. New evidence of efficacy and safety of rivaroxaban in routine clinical practice. *Kardiologiia*. 2016;56:62. (In Russ.) DOI: 10.18565/cardio.2016.2.57—62
- Gurwitz J. H., Field T. S., Harrold L. R. et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289(9):1107—1116. DOI: 10.1001/jama.289.9.1107
- Matveev A. V., Egorova E. A., Krashennnikov A. E., Konyaeva E. I. Spontaneous reporting method used for safety evaluation of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol products, based on assessment of data from periodic reports. *Safety and Risk of Pharmacotherapy*. 2022;10(1):65—77. (In Russ.) DOI: 10.30895/2312-7821-2022-10-1-65-77

8. Thomsen L. A., Winterstein A. G., Søndergaard B. et al. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Ann. Pharmacother.* 2007;41(9):1411—1426. DOI: 10.1345/aph.1H658
9. Kudryavtseva E. M., Gorelov K. V. Pharmacovigilance in medical organizations. *Vestnik Roszdravnadzora.* 2021;(2):53—57. (In Russ.)
10. Khan Z., Karatas Y. Adverse drug reaction reporting for more than a decade: The need for pharmacovigilance policy implementation in Turkey. *Journal of Taibah University Medical Sciences.* 2022;17(2):340—342. DOI: 10.1016/j.jtumed.2021.12.009
11. Sultana J., Cutroneo P., Trifirò G. Clinical and economic burden of adverse drug reactions. *J. Pharmacol. Pharmacother.* 2013;4(Suppl 1):S73—S77. DOI: 10.4103/0976-500X.120957
12. Tran H. N., Nguyen T. N.T., Tran N.T.K. et al. Preventability of adverse drug reactions related to antibiotics: an assessment based on spontaneous reporting system. *Ther. Innov. Regul. Sci.* 2023;57(5):1104—1112. DOI: 10.1007/s43441-023-00552-y

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.

The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Обзорная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-214-220

Обзор и сравнение имеющихся практик реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья

Антон Анатольевич Ланг¹✉, Дарья Геннадьевна Мыльникова²

¹Красноярский краевой центр общественного здоровья и медицинской профилактики, Красноярск, Россия;

²Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

¹oogenez@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2314-5339>

²daryavishnyakova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2694-5665>

Аннотация. В условиях снижения компетенций властей муниципальных образований и ограничения финансирования сектора регионального здравоохранения муниципальные программы укрепления общественного здоровья остаются одними из приоритетных мер реализации популяционной профилактики.

Литературный обзор составлен по электронным базам данных PubMed и eLibrary. Глубина поиска — 15 лет. Были отобраны и проанализированы публикации, описывающие политику, программы и проекты, реализованные в муниципалитетах России и зарубежных странах.

В целом позиции исследователей можно разделить на две условные группы: к первой относятся программы, исключаящие децентрализацию. Во вторую группу — типологизированные для конкретного муниципалитета с учётом медико-демографических особенностей. Структурно муниципальные программы можно классифицировать по четырём направлениям.

Результаты многочисленных публикаций указывают на то, что самые эффективные программы получают с учётом процесса децентрализации, при расширении сферы влияния муниципальных властей и учётом конкретных детерминант общественного здоровья в муниципальном районе.

Ключевые слова: муниципальная политика; охрана здоровья; общественное здоровье; здравоохранение; программы здравоохранения; медицинская профилактика; хронические неинфекционные заболевания

Для цитирования: Ланг А. А., Мыльникова Д. Г. Обзор и сравнение имеющихся практик реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 214—220. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-214-220

Review article

Review and comparison of existing practices for the implementation of municipal programs of prospective public health

Anton A. Lang¹✉, Daria G. Mylnikova²

¹Krasnoyarsk Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Krasnoyarsk, Russia;

²Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

¹oogenez@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2314-5339>

²daryavishnyakova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2694-5665>

Annotation. In the context of decreasing competences of municipal authorities and limited funding allocated to the regional health sector, municipal public health promotion programs remain one of the priority measures for the implementation of population prevention. A literature review was conducted on the electronic databases PubMed and eLibrary. Search depth — 15 years. Publications describing the policies, programs and projects implemented in the municipalities of the Russian Federation and foreign countries were selected and analyzed.

In general, the positions of researchers can be divided into two conditional groups: the first includes programs that exclude decentralization. In the second group — typologized for a particular municipality, taking into account medical and demographic characteristics. Structurally, municipal programs can be classified into four areas.

The results of numerous publications indicate that the most effective programs are obtained taking into account the process of decentralization, with the expansion of the sphere of influence of local municipal authorities and taking into account the specific determinants of public health in the municipal area.

Key words: municipal policy; health care; public health; healthcare; health care programs; medical prevention; chronic non-communicable diseases

For citation: Lang A. A., Mylnikova D. G. Review and comparison of existing practices for the implementation of municipal programs of prospective public health. *Remedium*. 2023;27(3):214–220. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-214-220

Призыв к укреплению здоровья в жилых средах был впервые задокументирован в Оттавской хартии после первой международной конференции по укреплению здоровья Всемирной организации здравоохранения¹. В соответствии с этим укрепление

здоровья определяется как «процесс, позволяющий людям усиливать контроль над своим здоровьем и улучшать его». По другой трактовке — это «любое сочетание образовательной и экологической поддержки действий и условий жизни, способствующее

щих здоровью» [1]. Цель укрепления здоровья заключается в том, чтобы дать людям возможность получить больший контроль над детерминантами здоровья [2, 3].

Высокая распространённость факторов риска хронических неинфекционных заболеваний связана не столько с отношением населения к своему здоровью, сколько с нерешёнными на государственном уровне вопросами: недостаточным качеством пищевой продукции, низким уровнем контроля за исполнением антитабачного законодательства, несовершенством антиалкогольного законодательства, низкой доступностью занятий физической культурой для населения с низким уровнем доходов. Одним из основных моментов общественного здоровья является муниципальное укрепление здоровья населения по месту проживания, на которое ложится основная популяционная нагрузка факторами риска и средовыми особенностями, определяющими общественное здоровье в конкретно взятой территории [3, 4].

Термин «муниципальное укрепление здоровья» описывает скоординированную деятельность с общей, всеобъемлющей целью, например, поощрение физической активности [4, 5]. Эта деятельность осуществляется в различных условиях с участием заинтересованных сторон: учреждений, организаций, ассоциаций и компаний в частном и государственном секторе, политических систем, научных кругов, гражданского общества и средств массовой информации. Следовательно, муниципальное укрепление здоровья может, например, быть направлено на удовлетворение потребностей пожилых людей в квартале путем реализации оздоровительных проектов. Для поощрения физической активности муниципалитет мог бы, во-первых, повысить осведомлённость об этой проблеме и предоставить информацию (например, в школах, детских садах, на предприятиях). Кроме того, он мог бы включать поддержку и финансирование клубов (особенно спортивных) для обеспечения низкопорогового доступа к возможностям физической активности. Что касается мер городского развития, то они должны создавать возможности, пространства и инфраструктурные условия, способствующие физической активности (например, зелёные насаждения или спортивные зоны, такие как бассейны, велосипедные дорожки и пешеходные дорожки) [4—6].

По состоянию на сегодняшний день, муниципальное здравоохранение принимает на себя основной объём нагрузки «бременем болезней» [7]. В то же время вопросы управления современным здравоохранением муниципального образования, объектами которого являются не только муниципальные учреждения здравоохранения, но и спортивно-рекреационные учреждения, социально ориентированные организации, общественные пространства и

прочие объекты городской среды на территории каждого конкретного муниципального образования, связаны с рядом проблем, обусловленных спецификой состава населения. Структура населения поселения сложна и включает множество социальных категорий и локально-средовых специфик. Отсутствие механизмов, обеспечивающих реализацию общественного здоровья на местном уровне, приводит к неэффективному, нерациональному использованию направляемых на эти цели средств федерального, субъектового и местного бюджетов [8, 9], особенно с учётом того, что перечень правовых возможностей муниципальных администраций в вопросе организации здравоохранения и общественного здоровья, ограничен п. 12 и 14 ст. 15 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ (ред. от 30.12.2021) «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» и ст. 17 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Муниципальные программы укрепления общественного здоровья являются одним из возможных рычагов регуляции, которые доступны администрациям муниципальных образований в сфере общественного здоровья².

Задача этого обзора литературы состоит в том, чтобы выделить основные теоретические модели и подходы к укреплению и профилактике здоровья населения на муниципальном уровне. В связи с особой важностью доказательных подходов как фундаментального требования к планированию стратегий их учёт в концепции общих стратегий представляет особый интерес. Основной момент состоит в том, чтобы прояснить, принимаются ли во внимание, как и в какой степени учитываются доказательства, как авторы понимают концепцию доказательств и как они подходят к доказательствам, какие ценности лежат в основе модели.

Можно сформулировать два центральных исследовательских вопроса:

1. Какие теоретические модели и подходы используются в общей стратегии укрепления муниципального здравоохранения?
2. В какой степени концепция подходит для общих стратегий укрепления здоровья в муниципалитетах и какие индикаторы должны быть типированы в зависимости от популяционно-демографических особенностей?

Целью данной работы является создание обзора муниципальных программ укрепления здоровья населения, реализуемых на различных территориях, с последующей конкретизацией основных методологических подходов, применяющихся в данном направлении.

Поиск литературы производился по электронным базам данных PubMed и eLibrary. Глубина поис-

¹ World Health Organization. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (дата обращения: 13.04.2023).

² Паспорт федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384769/ (дата обращения: 13.04.2023).

ка — 15 лет. Для поиска использовались ключевые слова: *municipal health programs*, муниципальные программы укрепления здоровья. Были отобраны и проанализированы публикации, описывающие политику, программы и проекты, реализованные в муниципалитетах Российской Федерации и зарубежных странах в рамках оздоровительных кампаний и научных исследований, направленных на снижение распространённости факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

В ходе поиска было найдено 2078 статей. Из них в соответствии с целью исследования было отобрано 9 публикаций, в которых, на наш взгляд, отображены самые оптимальные и характерные практики реализации муниципальных программ укрепления общественного здоровья.

В целом, позиции исследователей можно разделить на две условные группы. В первую группу входят исследования, в которых внимание авторов сфокусировано на «общей» парадигме, исключающей децентрализацию. Во вторую группу — проекты, в которых анализируются конкретные показатели (паттерны), типологизированные для конкретного муниципалитета.

Много публикаций, выявленных в ходе поиска, содержат данные о связи между децентрализацией общественного здоровья и муниципальным управлением.

Все муниципальные программы укрепления общественного здоровья можно классифицировать на следующие дериваты:

1. Программы по здоровому питанию, снижению распространения ожирения и повышенного артериального давления;
2. Программы по борьбе с алкоголизмом и против употребления табака;
3. Проекты по повышению физической активности населения (здоровое городское планирование);
4. Комплексные и многофакторные проекты.

Два момента являются основополагающими для эффективности реализации муниципальных проектов: рациональное использование финансовых ресурсов местными органами власти и децентрализованные процессы принятия решений на местном уровне [10]. Помимо этого предпологается, что разработка интегрированных теорий изменения здоровья сообщества может быть ценной для укрепления здоровья в качестве области исследований, поскольку она может направлять разработку многоуровневых программ, формируя необходимость в валидных методах и системах оценки, которые отражают сложность процесса изменения сообщества [11].

Кампания по здоровому питанию/активной жизни — инициатива «Kaiser Permanente» (на уровне общин) по профилактике ожирения в зонах здорового питания реализована в 2011—2015 гг. в 12 сообществах с низким уровнем дохода в регионах Северной и Южной Калифорнии. Каждая зона активной жизни и здорового питания, она же зона «исцеления», представляет собой небольшое сообщество — 10 000—20 000 жителей с низким дохо-

дом, высоким уровнем ожирения и другими проблемами со здоровьем. Общинные коалиции планировали и осуществляли стратегии в каждой общине. Для оценки воздействия политики, программ и стратегий в области изменения окружающей среды использовались популяционно-дозовый подход, предварительные и последующие обследования. Анализ проводился в 2016 г. Популяционная доза является продуктом охвата (отношение числа людей, затронутых стратегией, к целевому размеру популяции) и силы (размер эффекта или относительное изменение поведения для каждого человека, подвергшегося воздействию стратегии). Было индуцировано стимулирование программно-проектного обеспечения в сфере продажи здоровой пищи и поддержки свежей (фермерской) продукции, что должно было минимизировать так называемую концепцию «пищевой пустыни», которая выражается в большом числе точек продажи фаст-фуда и дефиците «правильного» питания в рационе населения из-за недостатка фермерских хозяйств либо высоких цен на подобную продукцию. Помимо этого, были учтены моменты обеспечения доступа к безопасной физической активности.

За 3 года было реализовано более 230 стратегий изменения сообщества, охватывающих политические, экологические и программные изменения, а также усилия по наращиванию потенциала сообщества для поддержания стратегий и внесения изменений в будущем. Результаты свидетельствуют о наибольшем влиянии кампании на молодёжь, особенно в рамках школьных стратегий. Влияние было связано с зонами исцеления, если кластеры стратегий с более высокими дозами были связаны с большей частотой положительных изменений на уровне популяции.

Именно тут отмечается один из интересных моментов программы — на этапе планирования многие из общинных активистов *HEAL Zone* первоначально предложили более программные стратегии, которые охватывали небольшие слои населения их общин. В ходе бесед с экспертами, спонсорами, координаторами сообществ и членами их коалиции многие включили концепцию дозы и пересмотрели свои планы со стратегиями, которые были более широкими и, вероятно, окажут более значительное влияние (силу) на достигнутые. Например, общины начали сотрудничать с учреждениями (школами, работодателями, продуктовыми магазинами), которые имеют широкий охват в своих общинах и значительное ежедневное взаимодействие с жителями (например, молодёжь проводит 6 часов в день в школах) [12].

Программы по борьбе с алкоголизмом и против употребления табака — Муниципальная программа здоровых магазинов «Healthy Retail SF» (HRSF) внедрялись в 2014—2018 гг. в Сан-Франциско (США, Калифорния). Реализация программы проходила в районах с низким уровнем дохода, без супермаркетов и с отсутствием доступа к здоровой пище, что часто усугублялось насыщением небольших магазинов табаком и нездоровыми продуктами

питания и напитками. HRSF предоставляла реди-зайны магазинов и стимулы, если они увеличивали пространство для продажи свежих продуктов по крайней мере до 35%, ограничивали пространство для табака и алкоголя до 20% и отвечали другим требованиям. Стимулирование, выделяемое в ходе данной программы, составляло около 24 000 долл. США на магазин.

HRSF перепроектировала 4 магазина в 2014 г. с постепенным увеличением до 9 торговых точек в 2015—2018 гг., в результате чего был сгенерирован своеобразный волновой эффект — улучшения перешли в неучаствующие соседние магазины, приведя к более здоровой розничной модели. Всего данный эффект затронул 28 000 жителей. Уровень участия созависимых «угловых» магазинов в оценке остался на уровне 67% или выше, достигнув максимума в 91% в 2017 г.

Инвестиции компенсировали первичные затраты на продажу здоровой продукции и потенциальные потери при продаже табачных изделий и алкоголя. Оценка HRSF продемонстрировала сдвиг потребительского спроса в сторону более здоровых продуктов питания в магазинах, что привело к увеличению доступности и потребления этих продуктов и снижению доступности табака. Эмпирически было установлено, что проданная табачная продукция снизилась в среднем на 35% в 3 из 4 пилотных магазинах. К сожалению, HRSF столкнулся с ограничениями — нехваткой времени и ресурсов, текущей кадровой [13].

Проект по повышению физической активности населения MetroACTIVE был запущен в 6 советах Мельбурна (Австралия) в 2005—2007 гг. Данная концепция базировалась на городском комплексном планировании и благоустройстве окружающей среды для увеличения физической активности. Финансирование, полученное 6 советами, варьировалось от 72 000 до 140 000 долл., и отделы спорта и отдыха управляли средствами и руководили проектом в целях изменения местной инфраструктуры. Установлено, что программа повышает уровень знаний, навыков и уверенности участников, что приводит к разработке более комплексных и устойчивых планов физической активности. Успеху способствовали лидерство «лидеров мнений» — высокопоставленных сотрудников и налаживание дружественных связей. Среди 3 советов, которые сосредоточились на реализации программ, два распространяли информационные материалы о возможностях физической активности (например, клубы отдыха и пешеходные тропы), проводили мероприятия по повышению осведомленности и создавали местные группы пешеходов. Другой совет сосредоточился на расширении использования местных рекреационных объектов жителями, находящимися в неблагоприятном положении, и для этой цели были созданы 4 пилотных проекта. Комплексное планирование является жизнеспособным подходом к разработке скоординированного подхода, охватывающего широкий круг услуг и функций совета [14].

Комплексные и многофакторные проекты — Национальная пилотная программы Китая «Здоровые города» осуществлялись в 2016—2020 гг. В 2016 г. Национальным комитетом по патриотическим кампаниям за здоровье (NPHCC) в пилотной программе были отобраны 38 городов. Год спустя Национальная комиссия по здравоохранению Китая выдвинула модель «6+X» для развития здоровых городов:

- 1) сформировать руководящий комитет, состоящий из руководителей муниципальных органов власти и соответствующих учреждений, и включить развитие «Здоровых городов» и «Здоровых деревень и поселков» в социально-экономическое развитие;
- 2) составлять проблемно-ориентированные планы развития «Здоровых городов» и «Здоровых деревень и поселков»;
- 3) реализовать ряд программ с четко определёнными задачами и графиками, а также обеспечить эффективность плана развития;
- 4) развивать «Здоровые города» как основу Здорового Китая (т. е. здоровые условия, такие как здоровые школы, здоровые офисы и здоровые предприятия);
- 5) создание системы управления здравоохранением для всех людей с помощью медико-санитарных мероприятий, адаптированных к группам населения с различными потребностями в области здравоохранения, и дальнейшее продвижение китайской традиционной медицины в области профилактики заболеваний;
- 6) оценить эффективность инициативы путем разработки системы показателей и проведения регулярных оценок третьей стороной.

Среди 29 показателей National Healthy City Indicator System, по которым имелись средние значения по стране, экспериментальные города показали лучшие результаты, чем в среднем по стране, по 28 показателям. Кроме того, по 32 показателям, которые имели национальные целевые значения на 2020 г., пилотные города превзошли 23 из них. Показатели экспериментальных городов по некоторым параметрам здоровья были близки или даже лучше, чем в развитых странах. Оптимальное осуществление этой программы представляет собой системный подход, который позволяет городским центрам систематически контролировать экологические и социальные детерминанты здоровья [15].

В Российской Федерации выделяются две основных концепции общественного здоровья. Первая траектория представлена в Краснодарском крае, где в 2013 г. были приняты изменения в бюджетное законодательство: введены новые термины «государственная программа» и «муниципальная программа», заменившие понятие «долгосрочная целевая программа» [16]. Похожая практика применяется в Тольятти [17]. В 2015—2016 гг. на территории Краснодарского края реализовывались 23 муниципальных программы, которые максимально охватывают все сферы деятельности органов местного самоуправления. Реализация программы заказов избирателей — эф-

фективное решение насущных проблем населения. Была построена модель местного самоуправления, которая реализует пожелания избранных представителей, высказанные во время собраний граждан и избирательных кампаний. Таким образом составляется формула, отражающая взаимодействие органов представительной и исполнительной власти с населением.

Можно выделить некие «константы», опоры для создания таких моделей:

1. Периодический характер отношений (например, продолжительность сроков полномочий выборных представителей и должностных лиц).

2. Последовательность в работе с избирателями.

3. Поддержание постоянной связи и взаимодействия между органами власти и населением.

4. Власти несут ответственность за надзор за непрерывными природными, экономическими и социальными процессами.

5. Изменяющиеся обстоятельства рыночной экономики требуют постоянных корректировок для оказания помощи социально незащищённым членам общества.

6. Разнообразие населения и геополитические особенности района (региона).

7. Государственный контроль за распределением средств в бюджете, направленных на социальное обеспечение.

9. Возможности государственных бюджетов разных уровней (федерального, регионального, муниципального) для оказания помощи декретированным группам граждан, столкнувшимся с экономическими трудностями.

10. Противоречия в законодательной плоскости — муниципалитетам делегируются полномочия без установленных законодательством нормативов).

11. Участие активных граждан и лидеров мнений в принятии управленческих решений.

12. Существует парламентское «квалифицированное большинство» (относится к абсолютному контролю правящей партии без условий или ограничений).

В 2013 г. в рамках новых полномочий в Хабаровске приняты «Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний на 2013—2018 гг.» и целевая муниципальная программа «Сохранение и укрепление здоровья» (на период до 2020 г.), утверждено положение об управлении здравоохранением администрацией города Хабаровска. Целевые показатели муниципальной программы «Сохранение и укрепление здоровья» на 2015—2020 гг. включены в Стратегию социально-экономического развития городского округа «Город Хабаровск» на период до 2030 г. [18]. Идентичная концепция реализуется в Сахалинской области [19].

Содержательно и методически программно-целевые положения опираются на рекомендации Всемирной организации здравоохранения и связаны с тремя основными стратегиями снижения смертности и повышения продолжительности жизни:

- популяционная (всеобщая) стратегия профилактики;

- профилактическая стратегия выявления лиц высокого риска и коррекции у них факторов риска;
- вторичная профилактика, которая включает лечебные мероприятия в период обострения заболеваний и предлагает меры по их предупреждению.

Следует отметить, что в Хабаровске программно-целевой метод был использован как наиболее эффективный в обеспечении целенаправленного воздействия на проблемы охраны здоровья жителей города, не находившие своего решения в условиях инерционного развития общественной системы. Социальная программа «Сохранение и укрепление здоровья» обеспечила воздействие на проблему путём реализации комплекса мер, взаимосвязанных по срокам, направлениям, исполнителям, ресурсному обеспечению, межтерриториальному характеру программно-целевого финансирования и пр.

На наш взгляд, основной акцент при структурировании муниципальных проектов, направленных на укрепление общественного здоровья, должен приходиться на процесс децентрализации при расширении сферы влияния локальных муниципальных властей. Оценка эффективности распределения с точки зрения инвестиционных структур и удовлетворения объективных показателей потребностей в боливийских муниципалитетах и испанских провинциях позволила сделать вывод о том, что децентрализация привела к лучшей корректировке между инвестиционными моделями и потребностями [20].

Должна произойти существенная децентрализация, в результате которой избранные местные должностные лица получили бы достаточно места для принятия решений. При анализе распределения средств между общественными и необщественными благами, было достоверно установлено, что деятельность общественного блага получала меньше ресурсов от региональных правительств, чем центральное правительство, подразумевая, что социальное благосостояние было ослаблено децентрализацией [21].

При анализе опыта 10 провинций Канады, авторы выдвинули гипотезу о том, что сдвиги в сторону наделяния муниципальных властей большим пулом воздействия будут сопровождаться улучшением здоровья населения. Аналогичное положительное влияние децентрализации на службы здравоохранения было подтверждено в исследовании, где анализировался набор данных временных рядов о расходах на здравоохранение и детской смертности [22].

Рассмотренные публикации свидетельствуют о необходимости изучения мер и мероприятий по укреплению здоровья в муниципальных городах с точки зрения их качества, механизма действия и эффективности. Поэтому используются признанные методы оценки, определяются контекст и факторы успеха, а также разрабатываются сложные проекты и руководящие принципы оценки. Однако эти исследовательские проекты могут быть перенесены на муниципальное укрепление здоровья только ограниченно.

На основе представленных результатов можно сформулировать следующие рекомендации:

1. Для обеспечения справедливости в отношении здоровья важно поощрять и облегчать процессы планирования в области развития городов и районов.
2. Популяционные факторы могут определять различия подходов, а разработка и применение местными органами власти стратегий реализации должны адаптироваться к социокультурным особенностям населения.
3. Необходимы укрепление и поддержка стратегических союзов с точки зрения их развития и поддержания в целях создания сетей (ассоциаций), которые могут обеспечить равные условия реализации концепции общественного здоровья.
4. Необходимо рассмотреть возможность участия граждан в разработке и реализации мер. Важной стратегией является разработка низкопороговых подходов к укреплению здоровья в муниципалитете и систематическая интеграция местных заинтересованных партнеров.
5. Закрепление мер по укреплению здоровья и профилактике в существующих муниципальных структурах с тем, чтобы межсекторальное принятие мер могло быть успешным.
6. Усиление разработки теории и научных исследований для дальнейшего развития укрепления здоровья. Целесообразно добавить научный компонент в процесс формирования муниципальных программ укрепления общественного здоровья.
7. Рассмотреть возможность расширения правовых полномочий администраций муниципальных образований, снизив их зависимость от нормативов, которые устанавливают федеральные власти.
8. Сформировать единообразные образовательные программы для государственных и муниципальных служащих в сфере общественного здоровья и для специалистов государственных и муниципальных организаций в сфере общественного здоровья по профилю деятельности и возложить обязанности разработки на региональные образовательные учреждения дополнительного образования для введения в критерии эффективности деятельности органов местного самоуправления показателей общественного здоровья³.

ЛИТЕРАТУРА

1. Green L. W., Kreuter M. W. Health program planning?: an educational and ecological approach. 4th ed. Boston; 2005.
2. Dahlgren G., Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows // *Public Health*. 2021. Vol. 199. P. 20—24. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.08.009
3. Указ Президента России от 07.05.2012 № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201205070016e> (дата обращения: 13.04.2023).
3. Kickbusch I. Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges // *Adelaide Thinker in Residence*. Adelaide; 2008. 752 p.
4. Зиновьева В. А., Попович М. В., Концевая А. В. и др. Могут ли муниципальные программы укрепления здоровья улучшить состояние здоровья населения? Обзор зарубежных практик // *Профилактическая медицина*. 2021. Т. 24, № 5. С. 103—110. DOI: 10.17116/profmed202124051103
5. Маньшина А. В., Попович М. В., Драпкина О. М. Некоторые подходы к оценке программ профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни // *Профилактическая медицина*. 2020. Т. 23, № 2. С. 72—77. DOI: 10.17116/profmed20202302172
6. Bloch P., Toft U., Reinbach H. C. et al. Revitalizing the setting approach — supersettings for sustainable impact in community health promotion // *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2014. Vol. 11. P. 118. DOI: 10.1186/s12966-014-0118-8
7. Collins P. A., Hayes M. V. The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis // *Int. J. Equity. Health*. 2010. Vol. 9. P. 13. DOI: 10.1186/1475-9276-9-13
8. Brandily P., Brébion C., Briole S., Khoury L. A poorly understood disease? The unequal distribution of excess mortality due to COVID-19 across French municipalities // *European Economic Review*. 2020. DOI: 10.1101/2020.07.09.20149955
9. Шевченко В. В., Ямщиков А. С. Некоторые аспекты разграничения полномочий между органами государственной власти и органами местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан // *Менеджер здравоохранения*. 2012. № 2. С. 6—12.
10. Panda B., Thakur H. P. Decentralization and health system performance — a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India // *BMC Health Services Research*. 2016. Vol. 16; Suppl. 6. P. 561. DOI: 10.1186/s12913-016-1784-9
11. Merzel C., D’Afflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential // *Am. J. Public Health*. 2003. Vol. 93, N 4. P. 557—574. DOI: 10.2105/ajph.93.4.557
12. Cheadle A., Atiedu A., Rauzon S. et al. A Community-level initiative to prevent obesity: results from Kaiser permanente’s healthy eating active living zones initiative in California // *Am. J. Prev. Med.* 2018. Vol. 54, N 5. P. 150—159. DOI: 10.1007/s101016/j.amepre.2018.01.024
13. Minkler M., Estrada J., Dyer S. et al. Healthy retail as a strategy for improving food security and the built environment in San Francisco // *Am. J. Public Health*. 2019. Vol. 109, N 2. P. 137—140. DOI: 10.2105/ajph.2019.305000
14. Thomas M. M., Hodge W., Smith B. J. Building capacity in local government for integrated planning to increase physical activity: evaluation of the VicHealth MetroACTIVE program // *Health Promotion International*. 2009. Vol. 24, N 4. P. 353—362. DOI: 10.1093/heapro/dap035
15. Bai Y., Zhang Y., Zotova O. et al. Healthy cities initiative in China: Progress, challenges, and the way forward // *Lancet Reg Health West Pac*. 2022. Vol. 27. P. 100539. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2022.100539
16. Трубицына И. П., Бондина В. М. Реализация приоритетных национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» в Краснодарском крае // *Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием)*. Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии. 2021. № 1. С. 358—362.
17. Коновалова М. С. Анализ муниципальной программы «Развитие системы образования городского округа Тольятти на 2017—2020 гг.» // *Карельский научный журнал*. 2017. Т. 4, № 21. С. 200—203.
18. Кулагина Ю. А. Развитие программного обеспечения управления профилактикой здоровья населения г. Хабаровска // *Власть и управление на Востоке России*. 2018. Т. 4, № 85. С. 137—143. DOI: 10.22394/1818-4049-2018-85-4-137-143
19. Столярова Е. А., Дуйсенбаев Н. Н. Итоги реализации региональной программы «Укрепление общественного здоровья населения Сахалинской области на 2020—2024 годы» за 2020 год // *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2021. Т. 1, № 42. С. 24—42. DOI: 10.35177/2226-2342-2021-1-3
20. Faguet J. P. Does decentralization increase government responsiveness to local needs? Evidence from Bolivia // *J. Public Econ*. 2004. Vol. 88, N 3—4. P. 867—93. DOI: 10.1016/S0047-2727(02)00185-8
21. Akin J., Hutchinson P., Strumpf K. Decentralisation and government provision of public goods: The public health sector in Uganda

da // J. Dev. Stud. 2005. Vol. 4, N 8. P. 1417—1443. DOI: 10.1080/00220380500187075

22. Jimenez D., Smith P. C. Decentralisation of health care and its impact on health outcomes. // Discussion Papers in Economics, Department of Economics and Related Studies. York; 2005.

REFERENCES

- Green L. W., Kreuter M. W. Health program planning?: an educational and ecological approach. 4th ed. Boston u.a.: McGraw-Hill; 2005.
- Dahlgren G., Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 2021;199:20—24. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.08.009
- Kickbusch I. Healthy societies: addressing 21st century health challenges. Adelaide Thinker in Residence. Adelaide, 2008. 752 p.
- Zinovyeva V. A., Popovich M. V., Kontsevaya A. V. et al. Can municipal health promotion programs improve the health of the population? Review of foreign practices. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2021;24(5):103—110. (In Russ.) DOI: 10.17116/profmed202124051103
- Manshina A. V., Popovich M. V., Drapkina O. M. Some approaches to evaluating noncommunicable disease prevention programs and promoting a healthy lifestyle. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2020;23(2):72—77. (In Russ.) DOI: 10.17116/profmed20202302172
- Bloch P., Toft U., Reinbach H. C. et al. Revitalizing the setting approach — supersettings for sustainable impact in community health promotion. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2014;11:118. DOI: 10.1186/s12966-014-0118-8
- Collins P. A., Hayes M. V. The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *Int. J. Equity Health*. 2010;9:13. DOI: 10.1186/1475-9276-9-13
- Brandily P., Brébion C., Briole S., Khoury L. A poorly understood disease? The unequal distribution of excess mortality due to COVID-19 across French municipalities. *European Economic Review* 2020. DOI: 10.1101/2020.07.09.20149955
- Shevchenko V. V., Yamschikov A. S. Some aspects of the distinction between the controlling authorities and local self-government in the field of public health protection. *Healthcare Manager*. 2012;2:6—12. (In Russ.)
- Panda B., Thakur H. P. Decentralization and health system performance — a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC Health Services Research*. 2016;16(6):561. DOI: 10.1186/s12913-016-1784-9
- Merzel C., D’Afflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *Am. J. Public Health*. 2003;93(4):557—574. DOI: 10.2105/ajph.93.4.557
- Cheadle A., Atiedu A., Rauzon S. et al. A Community-Level Initiative to Prevent Obesity: Results From Kaiser Permanente’s Healthy Eating Active Living Zones Initiative in California. *Am. J. Prev. Med.* 2018;54(5):150—159. DOI: 10.1007/s 10.1016/j.amepre.2018.01.024
- Minkler M., Estrada J., Dyer S. et al. Healthy retail as a strategy for improving food security and the built environment in San Francisco. *Am. J. Public Health*. 2019;109(2):137—140. DOI: 10.2105/ajph.2019.305000
- Thomas M. M., Hodge W., Smith B. J. Building capacity in local government for integrated planning to increase physical activity: evaluation of the VicHealth MetroACTIVE program. *Health Promotion International*. 2009;24(4):353—362. DOI: 10.1093/heapro/dap035
- Bai Y., Zhang Y., Zotova O. et al. Healthy cities initiative in China: Progress, challenges, and the way forward. *Lancet Reg. Health West Pac.* 2022;27:100539. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2022.100539
- Trubitsyna I. P., Bondina V. M. Implementation of priority national projects «Health care» and «Demography» in the Krasnodar Territory. Topical issues of public health and health care at the level of the subject of the Russian Federation: materials of the All-Russian scientific and practical conference (with international participation). Irkutsk: Irkutsk Scientific Center for Surgery and Traumatology. 2021;1:358—362. (In Russ.)
- Konovalova M. S. Analysis of the municipal program «Development of the educational system of the urban district of Togliatti for 2017—2020. *Karelian scientific journal*. 2017;4(21):200—203. (In Russ.)
- Kulagina Yu. A. Development of program management for the prevention of public health in the city of Khabarovsk. *Power and management in the East of Russia*. 2018;4(85):137—143. (In Russ.) DOI: 10.22394/1818-4049-2018-85-4-137-143
- Stolyarova E. A., Duisenbaev N. N. Results of the implementation of the applicable strengthening programs «In the public health of the population of the Sakhalin region for 2020—2024» for 2020. *Bulletin of Public Health and Health of the Far East of Russia*. 2021;1(42):24—42. (In Russ.) DOI: 10.35177/2226-2342-2021-1-3
- Faguet J-P. Does decentralization increase government responsiveness to local needs? Evidence from Bolivia. *J. Public Econ*. 2004;88(3—4):867—893. DOI: 10.1016/S0047-2727(02)00185-8
- Akin J., Hutchinson P., Strumpf K. Decentralisation and government provision of public goods: The public health sector in Uganda. *J. Dev. Stud.* 2005;41(8):1417—1443. DOI: 10.1080/00220380500187075
- Jimenez D., Smith P. C. Decentralisation of health care and its impact on health outcomes. *Discussion Papers in Economics, Department of Economics and Related Studies*. York; 2005.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023. The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Лекарственные средства и медицинские технологии

Научная статья

УДК 615.038:616.071

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-221-227

Эволюция концепции неинтервенционных клинических исследований

Елена Алексеевна Вольская¹, Мария Евгеньевна Врубель², Айдар Айратович Ишмухаметов³,
Софья Львовна Береснева⁴

^{1,2}Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация;

³Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов
им. М. П. Чумакова РАН, Москва, Россия;

⁴Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, Москва,
Россия

¹vols-elena@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0974-1142>,

²vrubel.mariya@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-2061-9403>

³ishmukhametov@chumakovs.su, <https://orcid.org/0000-0001-6130-4145>

⁴beresneva.sofia@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-3632-067X>

Аннотация. Неинтервенционные исследования представляют собой особый вид научных медицинских изысканий, мало сходный с традиционными интервенционными рандомизированными клиническими исследованиями лекарственных средств. Начиная с середины XX в. рандомизированные клинические исследования и другие виды интервенционных исследований достаточно жёстко регулируются законодательством стран, в которых они активно проводятся. Неинтервенционные исследования, напротив, долгое время оставались без специальной регламентации и вне внимания регуляторных органов. На практике нередко наблюдается путаница в определении категории, к которой принадлежит исследование. В статье проведён анализ изменения подходов к пониманию неинтервенционных исследований, сформулированы ключевые критерии идентификации типов исследований. Показано влияние изменения концепции неинтервенционных исследований на развитие данного направления.

Ключевые слова: клинические исследования; неинтервенционные исследования; концепция NIS; нормативное регулирование; критерии идентификации

Для цитирования: Вольская Е. А., Врубель М. Е., Ишмухаметов А. А., Береснева С. Л. Эволюция концепции неинтервенционных клинических исследований // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 221—227. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-221-227

Medicines and medical technologies

Original article

The evolution of the concept of non-interventional clinical studies

Elena A. Volskaya¹, Maria E. Vrubel², Aidar A. Ishmukhametov³, Sofia L. Beresneva⁴

^{1,2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;

³Chumakov Federal Scientific Center for Research and Development of Immune-and- Biological Products, Moscow, Russia;

⁴A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

¹vols-elena@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0974-1142>,

²vrubel.mariya@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-2061-9403>

³ishmukhametov@chumakovs.su, <https://orcid.org/0000-0001-6130-4145>

⁴beresneva.sofia@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-3632-067X>

Annotation. Non-interventional clinical studies are a special type of scientific medical studies that bear little resemblance to traditional interventional randomized clinical trials. Since the middle of the 20th century, RCTs have been quite strictly regulated by the State Authorities in the countries in which they are actively carried out. Non-interventional clinical studies, on the contrary, have for a long time remained without any special regulations and out of the attention of the regulatory authorities. On a practical level, there is often confusion being observed in determining the category to which a study belongs, i.e. whether a project should be referred to the type of interventional or to the type of non-interventional studies (NIS). The article analyzes the changes, made to approaches to understanding NIS, for-

mulates the key criteria for identifying the types of studies. The impact of the changes in the concept of non-interventional clinical studies on the development of this area is shown in the article.

Key words: *clinical study, non-interventional study, NIS concept, regulation, identification criteria.*

For citation: Volskaya E. A., Vrubel M. E., Ishmuhametov A. A., Beresneva S. L. The evolution of the concept of non-interventional clinical studies. *Remedum.* 2023;27(3):221–227. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-221-227

Введение

Неинтервенционные исследования («исследования без вмешательств», non-interventional studies — NIS) представляют собой особый вид научных медицинских изысканий, мало сходный с традиционными рандомизированными клиническими исследованиями (РКИ) лекарственных средств (ЛС) по задачам, организации и дизайну, степени риска для участников¹. NIS не отличаются особой сложностью при проведении, но в большей степени чреваты рисками ошибок, чем РКИ. Эти два направления имеют различную предысторию: предтечей РКИ можно считать эксперименты первопроходцев в медицине, ставивших рискованные опыты, в том числе на себе. NIS берут начало от наблюдений врачей за отдельными интересными случаями болезни и её лечения, от клинической казуистики [1].

Практика NIS весьма обширна: зачастую такие исследования, осуществляемые в рамках медицинских научно-исследовательских работ, составляют основу диссертаций и инициативных исследований научных центров и вузов, поскольку проведение интервенционных исследований связано с жёсткой регламентацией. Правда, у исследователей нередко наблюдается путаница в определении типа, к которому относится исследование².

Начиная с середины XX в. РКИ и другие виды интервенционных исследований достаточно жёстко регулируются законодательством стран, в которых они активно проводятся. NIS, напротив, долгое время оставались без специальной регламентации и вне внимания регуляторных органов. Так, если для проведения РКИ необходимо получить разрешение регуляторного органа, а к врачам-исследователям предъявляются определённые требования в отношении квалификации и опыта в проведении исследований (в нашей стране — также к наличию соответствующей врачебной специальности), то NIS проводятся без таких разрешений (за исключением пострегистрационных исследований безопасности (PASS) в системе фармаконадзора); к врачу, проводящему NIS, особых требований нет.

Казалось бы, что вследствие этих различий практика NIS должна была развиваться независимо от

процессов в сфере классических интервенционных клинических исследований. Однако эти типы исследований имеют и немало общего: исследователями являются врачи, субъектами исследования — пациенты, исследования проводятся на базе медицинской организации, а целью исследований, как правило, является оценка действия ЛС при определённом заболевании (то, что врачи, проводящие РКИ, получают правовой статус врача-исследователя, а лечебно-профилактическое учреждение — статус клинической базы, в данном ракурсе ситуации не меняет). Эти обстоятельства нередко обуславливают путаницу в определении категории, к которой относится исследование, т. е. в отнесении проекта к типу NIS или интервенционных исследований.

С точки зрения лучшего понимания сложившихся условий представляется интересным проследить процесс развития концепции NIS. Также важно сформулировать чёткие критерии идентификации типов научных медицинских исследований, поскольку от этого зависит, какие регуляторные требования действуют для данного типа.

Цель исследования — воспроизвести основные этапы развития концепции NIS. В задачи исследования входило изучить регуляторные документы, отражающие понимание регуляторами данного типа научных проектов, сформулировать основные постулаты на разных этапах развития концепции, провести анализ влияния изменений концепции этих исследований на сферу клинических изысканий в целом.

Материалы и методы

Источниками исследования послужили нормативные акты ЕАЭС, ЕС и США, публикации в специализированных изданиях, база данных регистра клинических исследований Управления по контролю качества пищевых продуктов и ЛС США, экспертные заключения этических комитетов (ограниченный доступ) по материалам планируемых клинических исследований.

Методы исследования — контент-анализ, концептуальный анализ, структурно-функциональный анализ регуляторных норм, сравнительный анализ.

Результаты

Во второй половине XX в. академическими учреждениями, медицинской общественностью, фармацевтическими компаниями активно инициировались и проводились научные исследования, основанные на эпидемиологической методологии и клинических наблюдениях (например, крупное когортное Фрамингемское исследование [2], которое выявило факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний; исследование «случай—контроль» R. Doll и со-

¹ Необходимо отметить, что авторы испытывали сложности при написании статьи из-за терминологических проблем: перевод общепринятых в сфере клинических исследований терминов на русский язык обуславливает тавтологию и содержательное недопонимание. Поэтому в целях данной статьи используются термины и акронимы: клиническое изыскание (clinical study); неинтервенционное исследование (non-interventional study) — NIS; интервенционное клиническое исследование (clinical trial) — РКИ.

² Interventional vs Non-Interventional Studies & Clinical Trials — Common Misunderstanding and Simple Solutions. URL: <https://www.phoenix-rwr.co.uk/interventional-vs-non-interventional-2/>

авт., доказавшее связь рака лёгких с курением [3]). Эти и подобные качественные NIS обладали несомненной научной значимостью и влиянием на развитие медицины, *de facto* заняли важное место в научно-исследовательском поле. Вопрос их отличий от РКИ долгое время не обсуждался.

Первым нормативным документом, содержащим критерии отнесения исследования ЛС к типу NIS, отличающемуся от традиционных интервенционных клинических исследований ЛС с участием людей в качестве субъектов, стала Директива ЕС 2001/20³. Этим документом был введён термин «неинтервенционные исследования» (*non-interventional trial*) для различных видов научных медицинских исследований, в ходе которых не производится экспериментального вмешательства в ведение пациентов их лечащими врачами, было дано определение понятия, включающее основные характеристики таких исследований (ст. 2, абз. «с» Директивы). Целью включения в текст законодательного акта определения объекта, который не подпадает под действие этого акта, явилось стремление законодателей четко отделить NIS от интервенционных исследований и тем самым обеспечить для них наиболее либеральный регуляторный режим.

Из определения Директивы ЕС 2001/20 можно вывести четыре характеристики NIS:

1. ЛС, которые являются объектами исследования, зарегистрированы уполномоченным государственным органом и применяются в соответствии с утверждённой инструкцией.
2. Врач-исследователь ведёт пациента в соответствии с обычной клинической практикой, а не согласно протоколу исследования.
3. Если в исследовании проводятся наблюдения за действием препарата, он должен быть назначен независимо от исследования (в идеале — до включения пациента в исследование).
4. Исследование проводится исключительно эпидемиологическими методами, т. е. без дополнительной нагрузки на пациента.

Данное определение, как и последующие дефиниции, отвечает на вопрос, как можно проводить и что запрещено в NIS. Если попробовать сформулировать содержательное определение, эквивалентное дефиниции Директивы 2001/20, то можно предложить следующее: NIS — это сбор медицинских данных, зафиксированных в первичной медицинской документации пациентов, формирование на их основе массива вторичных медицинских данных, их анализ и интерпретация с целью выявления корреляционных связей и получения ответов на поставленные в исследовании вопросы.

Развитие понимания категории NIS продолжают документы системы фармаконадзора. Это логично,

поскольку с точки зрения сбора данных о безопасности находящихся в обращении ЛС весьма затруднительно в полной мере осуществлять фармаконадзор без проведения специальных исследований по сбору данных в рутинной клинической практике. Более того, согласно действующим нормам, спонсоры обязаны проводить пострегистрационные исследования безопасности и представлять соответствующую отчётность в уполномоченный государственный орган в области фармаконадзора.

Через год после принятия Европарламентом Директивы 2001/83 опубликован документ Европейской сети центров по фармакоэпидемиологии и фармаконадзора (ENCePP) «Соображения ENCePP по определению неинтервенционных исследований в рамках действующей законодательной базы»⁴. Согласно позиции ENCePP, «в NIS лечение субъекта не определяется и не назначается в соответствии с процедурами исследования, а вместо этого включают в себя наблюдение, мониторинг и регистрацию того, что происходит или произошло в клинических условиях». Таким образом, NIS рассматриваются не как отдельные научно-исследовательские проекты, а как наблюдательная составляющая внутри рутинной клинической практики в целях фармаконадзора.

Однако задачи исследований в системе фармаконадзора, а также цели получения углублённых научных данных заставляли спонсоров включать в исследования дополнительные методы сбора информации, не зафиксированной в первичной медицинской документации. В таких случаях возникали оправданные опасения, что NIS будет квалифицировано регуляторными органами и этическими комитетами как интервенционное исследование, подлежащее регуляторной разрешительной процедуре.

На решение этой проблемы было направлено введение в Руководство по надлежащей практике фармаконадзора ЕМА расширенного определения пострегистрационного NIS безопасности (*non-interventional PASS*) (приложение 1 к GVP, 2013 г.). Первая часть определения совпадает с определением NIS в Директиве 2001/20. Но далее следует развёрнутое пояснение: «NIS определяются используемым методологическим подходом, а не его научными целями. NIS включают анализ баз данных или обзор записей, где отражены все интересующие события (они могут включать дизайн «случай—контроль», перекрёстный, когортный или иной анализ с вторичным использованием данных). NIS также включают исследования, связанные с первичным сбором данных (например, проспективные обсервационные исследования и регистры, в которых собранные данные получены из обычной клинической помощи), при условии соблюдения условий, изложенных выше (*т. е. согласно первой части определения.* —

³ Directive 2001/20/EC of the European Parliament and of the Council of 4 April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use (OJ L 121, 1.5.2001, p. 34). URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0084&from=EN>

⁴ European Centers for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance (ENCePP). Considerations on the definition of non-interventional trials under the current legislative framework ("clinical trials directive" 2001/20/EC). 2011. URL: <http://www.encepp.eu/publications/documents/ENCePPinterpretationofnoninterventionalstudies.pdf>

Прим. авт.). В этих исследованиях интервью, опросники, образцы крови и последующее наблюдение за пациентами могут быть выполнены как часть нормальной клинической практики.

NIS не подпадают под действие Директивы 2001/20/ЕС» (цит. по редакции 4, 2017)⁵.

Таким образом, NIS не трактуются как научные проекты, в которых зачастую требуется применение дополнительных диагностических методов, позволяющих актуализировать, дополнять и уточнять данные рутинной клинической практики, способствовать новизне полученных результатов. Из контекста следует, что это расширенное определение дано для пострегистрационных NIS безопасности фармакотерапии, т. е. оно специфично для системы фармаконадзора. Однако в нём обозначена принципиальная возможность использования дополнительных методов получения первичных исследовательских данных, что очень важно для научно-исследовательских проектов.

Значимым этапом развития концепции NIS стало принятие в 2014 г. Европарламентом нового нормативного акта — Регламента ЕС № 536/2014 о клинических исследованиях ЛС для людей, отменившего действие Директивы 2001/20⁶ (вступил в силу после переходного периода в начале 2022 г.). Конечно же, основное содержание Регламента относится к организации и проведению интервенционных клинических исследований. Но в этом документе пересмотрен и актуализирован понятийный аппарат, касающийся типологии исследований в целом. Следует отметить, что между представителями регуляторных органов ЕС, европейскими ассоциациями фарминдустрии и врачебными объединениями до принятия Регламента в течение более 3 лет разгорались споры и дискуссии по поводу терминологии и определений типов исследований, поскольку это важные пункты, напрямую выходящие на вопросы регуляторных требований к исследованиям. Лишь к концу 2013 г. стороны пришли к консенсусу.

Регламент ввёл ряд новшеств: в нём различаются интервенционные клинические испытания (clinical trial) и клинические изыскания (clinical study)⁷, причём последнее понятие наиболее широкое, оно включает как интервенционные РКИ, так и неинтервенционные, т. е. все исследовательские проекты с участием людей в качестве субъектов. Если в Директиве формулировка определения относит NIS к наблюдениям за клинической практикой и игнорирует опосредованное участие в них человека в качестве субъекта, то согласно концепции Регламента, NIS являются составляющей сферы клинических

изысканий наряду с клиническими интервенционными исследованиями. Регламент определяет понятие NIS весьма остроумно: «NIS — это клиническое изыскание (clinical study), не содержащее интервенционного клинического исследования (clinical trial)»⁸, т. е. это самостоятельный исследовательский проект, в котором не содержится элементов экспериментального применения ЛС. Это важное отличие, отражающее развитие концепции NIS.

В 2016 г. были утверждены Правила надлежащей практики фармаконадзора ЕАЭС⁹. В этом документе фактически воспроизводится текст GVP ЕМА. Но если до выхода в свет Регламента 536/2014 послабление в отношении отступления от эпидемиологической методологии действовало только для неинтервенционных PASS, то после принятия Регламента расширенное определение в GVP ЕАЭС могло распространяться и на другие NIS, это зависело от позиции исследователей и спонсоров проектов. В частности, определение в GVP ЕАЭС дано без прямой привязки к PASS (в разделе «Определения», там же дано и определение интервенционных клинических исследований из Регламента 536/2014). К тому же в Информационном справочнике понятий, применяемых в рамках ЕАЭС в сфере обращения ЛС в ЕАЭС, дана следующая дефиниция: «Неинтервенционное исследование — клиническое изучение, не являющееся клиническим исследованием»¹⁰.

Во всяком случае, у этических комитетов не стало аргументов для отказа в одобрении NIS со сбором первичных данных посредством опросников и подобных дополнительных методов. Сложилась ситуация, допускающая двоякую интерпретацию регуляторных ограничений, вытекающих из определений NIS. Позитивный момент заключался в том, что всё же появилась возможность легитимировать применение в рамках NIS дополнительных методов получения первичной информации. Это важно, т. к. способствовало развитию методологии NIS, ведь инициаторы исследований ищут новые способы получения дополнительных сведений о действенности и безопасности ЛС, стремясь при этом не нарушать строгих ограничений для данного типа исследований.

Однозначное по смыслу определение для близкого к NIS понятия — Real-World Evidence (RWE) даёт Федеральный закон о продуктах питания, лекарствах и косметике США: доказательство из реальной клинической практики — это «данные об использовании и потенциальных преимуществах или рисках ЛС, полученные из других источников, кроме традиционных клинических испытаний»¹¹. FDA даёт также определение термина «real-world data» [4]. В

⁵ Guideline on good pharmacovigilance practices (GVP) Annex I — Definitions (Rev 4). URL: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-annex-i-definitions-rev-4_en.pdf

⁶ Regulation (EU) No 536/2014 of the European parliament and of the council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. OJ L 158. P. 1. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0536>

⁷ В «Информационном справочнике ЕАЭС сфере...», для перевода термина «clinical study» выбран термин «клиническое изучение».

⁸ Подстрочный авторский перевод.

⁹ Решение от 03.11.2016 № 87 «Об утверждении правил надлежащей фармаконадзора ЕАЭС». URL: https://docs.eaeunion.org/docs/ru-ru/01411948/cncd_21112016_87

¹⁰ Информационный справочник понятий, применяемых в рамках ЕАЭС в сфере обращения лекарственных средств. URL: https://eesc.eaeunion.org/upload/Информационный_справочник.pdf

¹¹ Federal Food, Drug and Cosmetics Act) Federal Food, Drug, and Cosmetic Act. XML. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/COMPS-973/pdf/COMPS-973.pdf>

2016 г. в названный закон была внесена поправка, согласно которой для компаний-производителей ЛС стал обязательным сбор информации о применении, безопасности и эффективности ЛС в реальной клинической практике (раздел 505F). Так FDA связывает NIS с мониторингом и безопасностью, но не ограничивает получение исследовательских данных ни целями фармаконадзора, ни эпидемиологическими методами.

Понятийный аппарат, отражающий актуальное состояние концепции NIS, зафиксирован в глоссарии Консорциума стандартов обмена клиническими данными (CDISC Glossary Controlled Terminology, 2022-12-16). Консорциум, в работе которого принимают участие регуляторные органы и крупнейшие мировые производители ЛС, разрабатывает стандарты с целью «обеспечения совместимости информационных систем для улучшения медицинских исследований и смежных областей здравоохранения»¹². Можно констатировать, что в глоссарии отражена актуальная функциональная структура сферы клинических исследований, чётко сформулировано содержание терминов, даны ёмкие содержательные определения и важные ссылки. Так, понятие «клинические исследования» включает исследование с использованием добровольцев (также называемых участниками), которое предназначено для получения медицинских знаний. Существуют два основных типа клинических исследований: клинические исследования (также называемые интервенционными исследованиями) и обсервационные исследования».

Определение термина «clinical trial» (собственно интервенционное клиническое исследование) не отличается от такового в Регламенте ЕС 536/2014, но отсылает к синонимичному термину «clinical investigation», в определении которого особо подчёркивается экспериментальный характер вмешательства.

Для NIS в глоссарии повторяется определение Директивы 2001/20 (глоссарий игнорирует определение Регламента 536/2014), но одновременно словарь даёт подробное определение термина «обсервационное исследование» (observational study) — это «NIS, в котором исследователи наблюдают влияние фактора риска (например, воздействия), диагностического теста, лечения или другого показателя (переменной) в исследуемой популяции, и где независимая переменная не находится под контролем исследователя». Хотелось бы отметить, что это весьма точная характеристика сути «стороннего» наблюдения, без вмешательства в клиническую ситуацию, и она касается NIS безотносительно их принадлежности к системе фармаконадзора. Так же точно отражает неинтервенционный характер исследований ещё один (труднопереводимый на русский язык) термин, встречающийся у американских авторов (не только в медицинских, но и в социологических и других исследованиях) — отстранённое наблюдение

Критерии идентификации типов клинических изысканий (для терапевтических исследований)

Критерий идентификации	NIS	РКИ
Включение субъекта в исследование	Независимо и после начала исследуемой терапии	До начала исследуемой терапии
Назначение и начало терапии	Независимо и до включения субъекта в исследование. При наличии в протоколе групп исследования распределение не затрагивает назначенную терапию. Распределение по группам методом рандомизации недопустимо	После включения субъекта в исследование и скрининга. В соответствии с протоколом распределение по группам, в том числе методом рандомизации
Ведение терапевтических, диагностических и прочих мероприятий	Строго в соответствии с рутинной практикой (с принятыми стандартами, клиническими рекомендациями и т. п.). Протокол не влияет на клиническую ситуацию, но может включать дополнительные методы аккумулирования данных	Строго в соответствии с протоколом исследования

ние, «этот вид наблюдения используется в естественных условиях, когда субъект наблюдается просто в том виде, в котором он предстаёт перед наблюдателем»¹³.

Таким образом, в концепции сформулированы два варианта для NIS:

1) «кабинетные» исследования на основе сбора, анализа и интерпретации вторичных медицинских данных;

2) «полевые» исследования, построенные на сборе и последующей обработке первичных исследовательских данных, включая применение инструментов для генерации этих данных (например, различные опросники и пр.).

Обе опции подчиняются основному принципу NIS — отсутствию вмешательства в клиническую практику.

Исходя из выработанной концепции, представляется логичным сформулировать ключевые критерии идентификации NIS и РКИ (таблица).

В таблице приведены однозначные критерии идентификации, которые не поддаются интерпретации: при соответствии этим критериям дизайна проект следует признать относящимся либо к одному, либо к другому типу. Прочие типовые признаки исследований являются вторичными (например, критерий «регистрация ЛП» — в NIS ведение пациента в соответствии с рутинной практикой подразумевает применение зарегистрированных ЛП, а в РКИ изучаются как незарегистрированные, так и зарегистрированные в данной стране препараты) или сходными (и РКИ, и неинтервенционные PASS подлежат разрешительной процедуре, этической экспертизе, строгой отчётности и т. д.).

Постепенное закрепление понимания NIS как перспективных и заслуживающих признания научных клинических проектов, менее обременённых регуляторными ограничениями, чем РКИ, дало дополнительный импульс развитию этому направле-

¹² URL: <https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CDISC/Glossary/CDISC%20Glossary.pdf>

¹³ URL: <https://www.betterevaluation.org/methods-approaches/methods/non-participant-observation>



Динамика количества начатых исследований (анализ данных clinicaltrials.gov) с 06.12.2023 по 12.06.2023.

нию. За регуляторными новшествами последовали изменения подходов к NIS на практике. Примечательно, что в проведение NIS с использованием дополнительных методов выявления и сбора первичных данных в рутинной клинической практике активно включились научные центры, университеты и крупные клиники, профессиональные врачебные ассоциации и группы энтузиастов, которые в силу ограниченных ресурсов не могут проводить масштабные РКИ, их научный потенциал находит применение в NIS.

Мы провели анализ данных о начатых клинических изысканиях в США и Европе по базе данных clinicaltrials.gov. Этот портал, созданный в соответствии с Законом о модернизации FDA (1997) для регистрации клинических исследований, проводимых в США и других странах, начал функционировать в открытом доступе в 2000 г. Тогда же на сайте стали регистрировать и обсервационные исследования (согласно словарю портала, синоним NIS)¹⁴. Следует отметить, что регистрация на общедоступном сайте не только рекомендуется этическими нормами и регуляторными органами, но и представляет собой входной контроль качества планируемого исследования, его дизайна и организации. Конечно же, поиск по сайту не даёт полной картины проводившихся в мире NIS, однако другого надёжного источника в распоряжении исследователей до последнего времени не было. Представляется, что в качестве индикатора развития сферы данные сайта вполне допустимо использовать.

Анализ по пятилетним периодам продемонстрировал стабильный рост количества исследований (как РКИ, так и NIS) в США и европейских странах. Примечательно, что за 5 лет после принятия нормативных актов, легализующих NIS в качестве клинических, количество зафиксированных на сайте проектов, проводимых в Европе, существенно возросло — на 40% по сравнению с предыдущим периодом (рисунок). Причём речь идёт не об исследованиях в целях фармаконадзора (они в обязательном порядке отражаются на другом сайте — EU PAS Register¹⁵), а о неинтервенционных проектах с получением оригинальных первичных данных (исследования на ос-

нове анализа вторичных данных — архивной медицинской документации, ранее сформированных нозологических регистров и пр. — далеко не всегда регистрируются на данном сайте). Это подтверждает статистика: среди начатых в 2015—2019 гг. проектов количество NIS, в которых использовались опросники для получения первичных данных от пациентов, в США выросло на 30%, а в странах Европы — на 60% по сравнению с предыдущим периодом. Также интересно, что более половины неинтервенционных проектов, начатых в 2015—2019 гг. и зарегистрированных на сайте, были инициированы не фарминдустрией, а научными и общественными организациями, в США доля таких исследований составила 55,5%, в европейских странах — 83,2%.

Начатые в России NIS также нашли отражение в базе данных clinicaltrials.gov. В большинстве случаев регистрируются международные проекты, спонсируемые фарминдустрией. Их число поступательно увеличивается: если в 2000—2004 гг. в базе данных зафиксировано всего 5 начавшихся в нашей стране международных NIS, то в 2015—2019 гг. — уже 162. Однако практика работы этических комитетов свидетельствует о гораздо больших масштабах планируемых и проводимых в нашей стране NIS. К сожалению, несмотря на установки Хельсинской декларации ВМА о необходимости публикации сведений о начинающихся исследованиях, эта сфера остается непрозрачной, точное количество исследований, начатых и завершённых в нашей стране, в настоящий момент оценить невозможно. Идея создания российского регистра таких проектов неоднократно обсуждалась, и в 2022 г. исследовательская сеть Энроллми.ру по собственной инициативе разработала и запустила некоммерческий проект — регистр наблюдательных исследований «НАРНИС»¹⁶. Пока в нём нашли отражение немногие проекты¹⁷, но, будем надеяться, что это начало процесса.

Начатые в России NIS также нашли отражение в базе данных clinicaltrials.gov. В большинстве случаев регистрируются международные проекты, спонсируемые фарминдустрией. Их число поступательно увеличивается: если в 2000—2004 гг. в базе данных зафиксировано всего 5 начавшихся в нашей стране международных NIS, то в 2015—2019 гг. — уже 162. Однако практика работы этических комитетов свидетельствует о гораздо больших масштабах планируемых и проводимых в нашей стране NIS. К сожалению, несмотря на установки Хельсинской декларации ВМА о необходимости публикации сведений о начинающихся исследованиях, эта сфера остается непрозрачной, точное количество исследований, начатых и завершённых в нашей стране, в настоящий момент оценить невозможно. Идея создания российского регистра таких проектов неоднократно обсуждалась, и в 2022 г. исследовательская сеть Энроллми.ру по собственной инициативе разработала и запустила некоммерческий проект — регистр наблюдательных исследований «НАРНИС»¹⁶. Пока в нём нашли отражение немногие проекты¹⁷, но, будем надеяться, что это начало процесса.

Заключение

Таким образом, представленная последовательность определений отражала эволюцию концепции NIS. Если первое определение вообще не включало в пул клинических исследований неинтервенционные научные проекты с участием людей в качестве субъектов (Директива 2001/20), то в Руководствах по GMP благодаря потребностям системы фармаконадзора рамки возможностей NIS расширяются за счёт включения в их дизайн проспективного сбора данных и контактов с пациентами (например,

¹⁶ Начал работу национальный регистр наблюдательных исследований НАРНИС. Ремедиум. 19.09.2022. URL: <https://remedium.ru/news/nachal-rabotu-natsionalnyy-reg/>

¹⁷ URL: <https://narnis.ru>

¹⁴ URL: <https://clinicaltrials.gov/study-basics/glossary>

¹⁵ URL: <https://www.encepp.eu/encepp/studiesDatabase.jsp>

опросники, анкетирование, follow-up и пр.). В Регламенте ЕС 536/2014 NIS рассматриваются как клинические изыскания без вмешательства, независимо от того, проводится ли получение первичных данных дополнительными методами, или только сбор вторичных данных.

Следующим шагом стало введение в поправке к Федеральному закону о продуктах питания, ЛС и косметике США и документах FDA нового подхода к NIS как сбору доказательств из реальной клинической практики, полученным без проведения интервенционных клинических исследований.

К 2022 г. концепция NIS как одного из типов клинических изысканий сложилась и была закреплена совокупностью терминов и определений в глоссарии CDISC, отражающем консенсус регуляторных органов ЕС и США и крупнейших производителей ЛС, осуществляющих разработки новых ЛС. Согласно концепции, NIS — это научные клинические изыскания, в которых возможны дополнительные методы сбора данных, полученных из рутинной клинической практики и непосредственно от пациентов/субъектов NIS, но не допустимы экспериментальные вмешательства и влияние исследователей на клиническую ситуацию.

Из вышесказанного можно сделать вывод: процесс преобразования концепции NIS включал три последовательных этапа:

1 — начальный этап: NIS являются особой частью рутинной клинической практики;

2 — переходный этап: частичное снятие барьеров для сбора первичных данных о действии ЛС в рамках PASS системы фармаконадзора;

3 — завершающий этап: NIS признаны одним из двух типов клинических изысканий.

Следует ожидать, что единый подход к пониманию NIS благоприятно скажется на развитии направления неинтервенционных клинических проектов. Допустимо предположить, что это будет способствовать прогрессу медицинской науки и успехам клинической практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Syed S. M., Levy D., Vasan R. S., Wang T. J. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective // *Lancet*. 2014. Vol. 383. P. 999—1008.
2. Doll R., Hill A. B. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report // *Br. Med. J.* 1950. Vol. 2, N 4682. P. 739—748.
3. Исследования реальной клинической практики / под ред. А. С. Колбина М.; 2020. С. 13.

REFERENCES

1. Syed S. M., Levy D., Vasan R. S., Wang T. J. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet*. 2014;383:999—1008.
2. Doll R., Hill A. B. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *Br. Med. J.* 1950;2(4682):739—748.
3. Kolbin A. S. (ed.) *Studies of real clinical practice*. Moscow; 2020:13.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023. The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Научная статья

УДК 614.275: 616.31

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-228-231

Перспективы создания новых медикаментов для предотвращения и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости

Наталья Анатольевна Филина¹, Елена Теодоровна Жилиякова², Марина Юрьевна Новикова³,
Дмитрий Иванович Писарев⁴, Юрий Анатольевич Ватников⁵, Арфеня Семеновна Карамян⁶,
Олег Олегович Новиков⁷

^{1,2}Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия;

³Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий — Центральный военный клинический госпиталь имени А. А. Вишневого, Московская область, Россия;

^{4–7}Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

¹nataliafilina66@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-8873-4955>

²ezhilyakova@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8685-1601>

³marin42011@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9674-5263>

⁴pisarev@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2996-7712>

⁵vatnikov-yua@rudn.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0036-3402>

⁶karamyan-as@rudn.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2112-673X>

⁷ole9222@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3145-6783>

Аннотация. В статье представлен обзор материалов, касающихся актуальных вопросов предотвращения и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости с применением препаратов на основе натуральных растительных компонентов; рассмотрен ассортимент отдельных наиболее широко используемых форм лекарственных средств и родственных продуктов, представленных на российском потребительском рынке; показана актуальность фармацевтической разработки линейки новых целевых препаратов в виде гелей и паст, имеющих в своём составе растительные экстракты и эфирные масла.

Ключевые слова: воспалительные заболевания полости рта; новые лекарственные составы; растительные экстракты; эфирные масла

Для цитирования: Филина Н. А., Жилиякова Е. Т., Новикова М. Ю., Писарев Д. И., Ватников Ю. А., Карамян А. С., Новиков О. О. Перспективы создания новых медикаментов для предотвращения и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 228—231. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-228-231

Original Article

Prospects for the creation of new drugs for the prevention and treatment of inflammatory diseases of the oral cavity

Natalya A. Filina¹, Elena T. Zhilyakova², Marina Yu. Novikova³, Dmitry I. Pisarev⁴, Yury A. Vatnikov⁵,
Arfenya S. Karamyan⁶, Oleg O. Novikov⁷

^{1,2}Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia;

³National Medical Research Center for High Medical Technologies — Central Military Clinical Hospital named after A. A. Vishnevsky, Moscow region, Russia;

^{4–7}Peoples' Friendship University of Russia named after Patris Lumumba, Moscow, Russia

¹nataliafilina66@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-8873-4955>

²ezhilyakova@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8685-1601>

³marin42011@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9674-5263>

⁴pisarev@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2996-7712>

⁵vatnikov-yua@rudn.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0036-3402>

⁶karamyan-as@rudn.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2112-673X>

⁷ole9222@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3145-6783>

Annotation. Review materials related to topical issues of prevention and treatment of inflammatory diseases of the oral cavity with the use of drugs based on natural plant components; reviewed the range of some of the most widely used forms of medicines and related products presented on the Russian consumer market. The relevance of the pharmaceutical development of a line of new target preparations in the form of gels and pastes containing plant extracts and essential oils is shown.

Key words: inflammatory diseases of the oral cavity; new medicinal formulations; plant extracts; essential oils

For citation: Filina N. A., Zhilyakova E. T., Novikova M. Yu., Pisarev D. I., Vatnikov Yu. A., Karamyan A. S., Novikov O. O. Prospects for the creation of new drugs for the prevention and treatment of inflammatory diseases of the oral cavity. *Remedium*. 2023;27(3):228–231. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-228-231

Введение

Значимость предотвращения и лечения заболеваний пародонта определяется не только значительной распространённостью этих патологий, но и недостаточным совершенством методов лечения в пародонтологии. Зачастую эффективность медикаментозного лечения заболеваний пародонта неэффективна вследствие недостатка медикаментозных средств, воздействующих на звенья этиопатогенеза этих заболеваний. Кроме того, особенности анатомии и физиологии полости рта диктуют необходимость использования определённых лекарственных форм препаратов.

Из-за ухудшения экологии и изменения условий жизни распространённость заболеваний полости рта в мире продолжает постоянно расти. Это связано с недостаточным поступлением в организм фтора и широтой использования продуктов питания с высоким содержанием сахаров¹.

Кроме заболеваний пародонта наиболее распространённым стоматологическим заболеванием является кариес [1—3].

Согласно эпидемиологическому исследованию, проведённому по методике ВОЗ в российских регионах, где содержание фторидов в питьевой воде составляет 0,1—0,4 мг/л, выяснилось, что распространённость кариеса среди подростков варьирует от 70% до 98% [4].

Расширение ассортимента средств для профилактики и лечения воспалительных процессов облегчает выбор подходящего лечения с учётом этиологии и патофизиологических особенностей патологии².

Целью настоящей работы явилась оценка перспектив создания новых медикаментов в определённых лекарственных формах для предотвращения и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости.

Материалы и методы

В ходе исследования были применены классические методы сбора данных: «кабинетное исследование» и анализ открытых источников информа-

¹ ВОЗ. Охрана здоровья полости рта. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (дата обращения: 17.01.2023).

² ВОЗ. К выбору противовоспалительной терапии в эндодонтии. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (дата обращения: 18.01.2023).

ции — деловых и профессиональных средств массовой информации (печатных и электронных), рекламных и информационных материалов участников отраслевого рынка, аналитических и обзорных статей, результатов ранее проведённых маркетинговых исследований в данной сфере.

В исследовании применены следующие методы:

- контент-анализ — количественный анализ текстов;
- аналитическое исследование — детальное исследование происходящих процессов и явлений.

Результаты и обсуждение

Ведущим фактором профилактики и лечения заболеваний пародонта является адекватная гигиена ротовой полости [5, 6]. Биоактивные компоненты, содержащиеся в средствах для очищения ротовой полости, оказывают противовоспалительное и антибактериальное действие, препятствуя формированию зубных налётов.

С древних времён люди использовали для лечения воспалительных заболеваний зубов и дёсен эфиромасличные растения, смолу мастике (в странах Ближнего Востока) и хинного дерева (в арабских странах). И сегодня при ряде стоматологических заболеваний применяют эфирные масла растений: например, при гингивите — пихты, айра, душицы, кедра и пр.; при стоматите — розы, шалфея, ромашки, эвкалипта и др.

В табл. 1 представлены авторские данные об использовании отдельных эфирных масел для профилактики и лечения стоматологических заболеваний. Активно используются аппликации из воска с эфирными маслами, при пародонтозе уже на 3—6-й день эта терапия устраняет воспаление, кровоточивость дёсен. При стоматите, в том числе язвенном, благотворно воздействует воск с маслом розы, апельсина, шалфея, лаванды на слизистую оболочку полости рта и ткани протезного поля.

При лечении пульпита эффективно эфирное масло шалфея, при воспалении десен — отвар из шишкочкогод можжевельника, а также можжевелевое масло.

При пародонтите эффективны следующие эфирные масла: апельсина, Melissa, можжевельника, гвоздики, монарды, мирра, пихты, шалфея, бергамота, лаванды, чабреца, лимона, пачули, мяты. Например, используемая для лечения парадонтита отечественная эфирная композиция «За верность Арго»

Таблица 1

Выбор эфирных масел для профилактики и лечения некоторых стоматологических заболеваний

Нозология	Эфирное масло												
	апельсиновое	бергамота	герани	лавандовое	лимонное	мелиссовое	можжевелевое	неролиевое	пихтовое	розовое	сосновое	чайного дерева	эвкалиптовое
Герпес		+		+	+	+				+		+	
Гингивит	+				+								
Глоссит			+		+								
Кариес									+				
Пародонтоз						+	+						
Стоматит	+		+		+				+	+	+		+

Таблица 2

Препараты с экстрактом можжевельника для предотвращения и лечения заболеваний ротовой полости

Наименование	Лекарственная форма	Биологически активные компоненты	Производитель (страна)
Малавит дент кедр/можжевельник	Паста	Экстракт плодов и хвои можжевельника	ООО «Алькор» (Россия)
KLATZ Brutal Only «Дикий можжевельник»	Паста	Фермент папаин, эфирное масло можжевельника	ООО «Си Ай Ди Групп» (Россия)
32 жемчужины Natural	Паста	Экстракт плодов можжевельника, ментол, эвгенол, лимонен	Modum (Беларусь)
Курাপрокс хурма/можжевельник	Паста	Экстракты травы центеллы азиатской, корня гарпагофитум, цитрусовый фруктовый экстракт	Be You Red set (Швейцария)
Сплат	Паста	Экстракт плодов можжевельника	ООО «СПЛАТ ГЛОБАЛ» (Россия)
Оилдроп	Раствор	Экстракты коры дуба, листьев шалфея, цветков ромашки, листьев мяты перечной, травы чабреца, травы тысячелистника, эфирное масло можжевельника	ООО «Медикал горизонт» (Армения)
Фарингоцим	Раствор	Экстракты цветков ромашки, коры дуба, плодов можжевельника, травы шалфея, травы чабреца, эфирные масла эвкалипта и мяты перечной	ООО «НЕО-ФАРМ» (Россия)
Экстракт горного можжевельника «Nahrin»	Сироп	Экстракт плодов и хвои горного можжевельника	Nahrin (Швейцария)
Нативное зелёное масло-спрей для горла и полости рта	Спрей	Экстракты плодов можжевельника и цветков липы	ООО «САШЕРА-МЕД» (Россия)

содержит эфирные масла можжевельника, базилика, лаванды, ладана и мяты.

Плоды можжевельника издавна применялись как антисептическое средство, в том числе в ветеринарии. Так, книга «Фармакология для ветеринарных врачей и студентов» Е. Фрэнера, доктора медицины, профессора высшей ветеринарной школы в Берлине (основанной в 1790 г., ныне — факультет ветеринарной медицины Берлинского университета им. Гумбольдта) содержит статью о можжевельниковых ягодах (имеются в виду шишкоягоды можжевельника обыкновенного). В ней рассмотрены масло можжевельника, можжевельниковый спирт и жидкий экстракт (сок сгущённый), представлена экстемпоральная рецептура для животных.

Масло можжевельника содержит множество монотерпенов, которые обладают антибактериальными и противогрибковыми свойствами. Оно оценивалось на предмет активности против 16 видов бактерий, 7 дрожжевых грибов и 4 штаммов дерматофитов. Так, выраженная фунгицидная активность была зафиксирована против *Candida spp.* и дерматофитов [7]. Терпеновые спирты обладают противогрибковыми свойствами за счёт ингибирования циклооксигеназы-2. Масло можжевельника также подавляет выработку интерферона, оказывая противовоспалительную защиту тканей. В табл. 2 приведены примеры средств для предотвращения и лечения заболеваний ротовой полости с экстрактом можжевельника. Очевидно, что количество целевых продуктов с экстрактом можжевельника на российском потребительском рынке ограничено, но среди них преобладают препараты отечественного производства.

В ходе анализа российского рынка лекарственных средств для лечения заболеваний пародонта установлено, что их ассортимент значимо представлен гелями, пастами, мазями и линиментами. При этом лидирующую позицию занимают гели (70%), что, на наш взгляд, связано с удобством их применения и большей скоростью высвобождения из них действующих веществ, как следствие — быстрой

возникновения терапевтического эффекта. Лекарственные средства в остальных лекарственных формах представлены на потребительском рынке в равных долях (по 10%).

Местное лечение гелеобразными противомикробными препаратами широко используется как дополнительный метод, способствующий реплантации десны, в том числе в ветеринарии, например, терапия гелем, содержащим доксициклин (Doxirobe; Pfizer Animal Health).

Из табл. 3 видно, что целевых препаратов на российском потребительском рынке немного, и среди них доминируют продукты импортного производства. Существует широкий ряд зубных паст, включающих эфирные масла различных растений³. Тем не менее на данный момент около 80% российского

Таблица 3

Стоматологические гели с растительными экстрактами, представленные на российском потребительском рынке

Наименование	Биологически активные компоненты	Производитель (страна)
Камистад	Лидокаин, экстракт цветков ромашки аптечной	Stada Arzneimittel Ag (Германия)
Пансорал первые зубы	Экстракты цветков ромашки римской, корня алтея аптечного	Pierre Fabre Medicament (Франция)
Пародиум	Хлоргексидина биглюконат, экстракт корня ревеня, формальдегид	Pierre Fabre Medicament (Франция)
Пиралвекс	Салициловая кислота, экстракт корня ревеня	Norgine Pharma (Франция)
Стомадент	Комплекс натуральных экстрактов прополиса, травы шалфея, цветков, липы, коры дуба и зёрен овса	ЗАО «Зеленая дубрава» (Россия)
Глобал вайт	Минеральный комплекс (кальций, магний, фтор, фосфаты), ксилитол, Д-пантенол, экстракт слоевищ ламинарии, калия нитрат	ЗАО «Зеленая дубрава» (Россия)
Камистад	Лидокаин, экстракт цветков ромашки аптечной	Stada Arzneimittel Ag (Германия)
Спасательный круг	Экстракты травы шалфея, прополиса, цветков ромашки, травы розмарина, коры дуба, травы тимьяна, цветков арники, хлоргексидина биглюконат	Dr Retter (Индия)
Фагодент	Стерильная суспензия фаговых частиц в физиологическом растворе, экстракт цветков календулы	НПЦ ООО «Микромир» (Россия)

рынка зубных паст составляют импортные продукты.

Заключение

Из представленного материала вырисовывается проблема недостатка на отечественном потребительском рынке лекарственных препаратов и сопутствующих товаров с природными ингредиентами для предотвращения и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости. Ассортимент представленных продуктов невелик и в существенной доле обеспечен товарами импортного производства.

Следует отметить перспективность экстрактов из эфиромасличных растений как действующих компонентов медикаментов для предотвращения и терапии воспалительных заболеваний ротовой полости. Это связано с их доказанной противовоспалительной и бактерицидной активностью. Кроме того, биоактивные компоненты натурального происхождения редко вызывают побочные эффекты при их применении.

Основываясь на данных литературы, достаточно перспективными для решения очерченных задач можно считать экстракты, полученные из растительного сырья можжевельника обыкновенного, эвкалипта и мяты перечной.

Наиболее подходящими для решения предметных стоматологических задач лекарственными формами можно считать гели и пасты. Это можно объяснить высокой биологической доступностью гелевых лекарственных средств и значимой ролью зубных паст для профилактической стоматологии и медицины в целом.

Таким образом, в условиях санкционного давления на российскую экономику разработка отечественных целевых препаратов становится важной практической задачей профильных специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калущая Н. С. Индивидуальная гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта // *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2015. № 3. С. 13—18. <https://>

³ Патент РФ № RU 2535045. Зубная паста, содержащая стимуляторы регенерации. URL: https://i.moscow/patents/ru2535045c1_20141210.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023. The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

- cyberleninka.ru/article/n/individualnaya-gigiena-polosti-rta-kak-metod-profilaktiki-zabolevaniy-parodonta
2. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers // *Swed. Dent. J. Suppl.* 2008. N 195. P. 7—63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18637315/>
 3. Palianskaya L. N., Ogard B. Toothbrushing habits and oral health status in population of Belarus // *J. Dent. Res.* 2002. Vol. 81, Spec. Issue B. P. 288. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18637315/>
 4. Мамедов А. А., Адмакин О. И. Стоматологическая заболеваемость детского и взрослого населения в различных климатогеографических регионах России // *Профилактика стоматологических заболеваний*. 2004. № 9. С. 14—17 <https://www.dissertat.com/content/factory-riska-i-individualnoe-prognozirovaniye-razvitiya-kariesa-zubov-vzroslogo-naseleniya-r>
 5. Лысых Е. Г., Жилиякова Е. Т. Разработка состава и технологии стоматологического геля с маслом можжевельника для лечения заболеваний пародонта // *Актуальные проблемы фармацевтической науки и практики: сб. ст. конф. Владикавказ, 2014*. С. 233—234. <https://www.pmedpharm.ru/content/newcont/files/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%90%D0%BB%D0%B5%D1%88%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%9A.%D0%AE.pdf>
 6. Сарайкина О. С., Борозенцева В. А. Формирование мотивации детей, находящихся под опекой государства, к регулярной чистке зубов // *Стоматология славянских государств: сб. науч. трудов*. Белгород, 2017. С. 403—404. <https://elibrary.ru/item.asp?id=29876803>
 7. Новиков О. О., Писарев Д. И., Жилиякова Е. Т., Трифонов Б. В. Можжевельник: фитохимия и фармакология рода *Juniperus L.* М., 2014. 178 с. <http://iramn.ru/books/новиков-о-о-писарев-д-и-жилиякова-е-т-три/>

REFERENCES

1. Калущая Н. С. Индивидуальная гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта. *Ugra healthcare: experience and innovations*. 2015;(3):13—18. (In Russ.)
2. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. *Swed. Dent. J. Suppl.* 2008;(195):7—63.
3. Palianskaya L. N., Ogard B. Toothbrushing habits and oral health status in population of Belarus. *J. Dent. Res.* 2002;81(Spec. Issue B):288.
4. Mamedov A. A., Admakin O. I. Dental morbidity in children and adults in various climatic and geographical regions of Russia. *Prevention of dental diseases*. 2004;(9):14—17. (In Russ.)
5. Lysykh E. G., Zhilyakova E. T. Development of the composition and technology of dental gel with juniper oil for the treatment of periodontal diseases. *Actual problems of pharmaceutical science and practice: conference articles*. Vladikavkaz, 2014:233—234. (In Russ.)
6. Saraikina O. S., Borozentsev V. A. Formation of the motivation of children under the care of the state, to regular brushing of teeth. *Dentistry of the Slavic States: collection of scientific papers*. Belgorod, 2017:403—404. (In Russ.)
7. Novikov O. O., Pisarev D. I., Zhilyakova E. T., Trifonov B. V. *Juniper: phytochemistry and pharmacology of the genus Juniperus L.* Moscow, 2014. 178 p. (In Russ.)

Медицинские и фармацевтические кадры: проблемы и пути решения

Научная статья

УДК 625.1

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-232-241

Трудовые и миграционные установки будущих выпускников с разными уровнями высшего образования в химико-фармацевтической сфере (на примере СПХФУ)

Александра Александровна Ефимова

Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет, Санкт-Петербург, Россия
efimaxax@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3891-1988>

Аннотация. С целью выявления трудовых и миграционных установок проведено анкетирование студентов бакалавриата, магистратуры и специалитета, а также аспирантов и ординаторов Санкт-Петербургского государственного химико-фармацевтического университета. В статье рассмотрены основные показатели процесса интеграции будущих выпускников на рынок труда: опыт работы (по специальности и нет); способы поиска работы; основные проблемы, возникающие в процессе трудовой деятельности и др.; вероятность и характер смены места жительства после получения диплома. Проведённое исследование позволяет сделать выводы о намерениях студенческой молодёжи — будущих квалифицированных специалистов в сфере химико-фармацевтической отрасли. Большая часть студентов-выпускников ещё не определилась с будущим местом жительства и работы и не имеет чётких трудовых и миграционных установок. Это те будущие молодые специалисты, которые при грамотном подходе и создании благоприятных условий могут остаться жить и работать в нашем регионе либо переехать в другие регионы России. Для корректировки интеграции молодых специалистов на рынке труда следует проводить чёткую государственную политику в области занятости молодёжи, обеспечить возможности трудоустройства по будущей специальности, а также уделять особое внимание патриотическому воспитанию в вузе.

Ключевые слова: рынок труда молодых специалистов; химико-фармацевтическая отрасль; трудовые и миграционные установки выпускников вузов

Для цитирования: Ефимова А. А. Трудовые и миграционные установки будущих выпускников с разными уровнями высшего образования химико-фармацевтической сфере (на примере СПХФУ) // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 232—241. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-232-241

Medical and pharmaceutical personnel: problems and solutions

Original article

Labor and migration attitudes of future graduates with different levels of higher education in the chemical and pharmaceutical sphere (on the example of SPCPU)

Alexandra A. Efimova

St. Petersburg State Chemical and Pharmaceutical University, St. Petersburg, Russia
efimaxax@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3891-1988>

Annotation. In order to identify labor and migration attitudes, a survey was conducted among undergraduate, graduate and specialist students, as well as graduate students and residents of the St. Petersburg State Chemical-Pharmaceutical University. The article considers such main indicators of the future graduates' integrating process into the labor market as work experience (in the specialty and not), ways to find a job, the main problems that arise in the course of work and others, as well as the likelihood and direction of a change of residence after receiving a diploma. The conducted research makes it possible to draw conclusions about the intentions of student youth — future qualified specialists in the field of the chemical and pharmaceutical industry and offer recommendations for adjusting the integration of young specialists in the labor market.

Key words: labor market for young professionals; the chemical and pharmaceutical industry; labor and migration attitudes of university graduates

For citation: Efimova A. A. Labor and migration attitudes of future graduates with different levels of higher education in the chemical and pharmaceutical sphere (on the example of SPCPU). *Remedium*. 2023;27(3):232–241. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-232-241

Введение

Несмотря на то что в последние годы рынок труда молодёжи в нашей стране испытывает постоян-

ные потрясения, правительство своевременно и эффективно принимает меры по стабилизации ситуации, при этом молодые специалисты в химико-фармацевтической отрасли находятся на одних из са-

Таблица 1

Половозрастной состав респондентов, %

Возраст	Женский	Мужской	Всего
До 19	10,22	2,92	13,14
20—21	19,71	2,92	22,63
22—23	24,82	6,93	31,75
24—25	19,71	5,47	25,18
26 и старше	5,84	1,46	7,30
Итого...	80,29	19,71	100,00

мых выгодных позиций даже в самые суровые периоды. Тем не менее студенты — будущие выпускники химико-фармацевтической отрасли — испытывают стресс и неуверенность в своём профессиональном будущем [1], что в свою очередь неизбежно оказывает влияние на их трудовые и миграционные установки, чем и обусловлена актуальность нашего исследования. Объективными факторами, оказывающими влияние на развитие молодёжного рынка труда химико-фармацевтической отрасли, являются не только демографическая обстановка, геополитическое положение и природно-климатические условия, но и установки будущих молодых работников, которые во многом определяются семейными ценностями, воспитанием, традициями. Под влиянием этих факторов в совокупности с возможностями устройства на достойную работу молодые специалисты делают выбор в пользу интеграции на рынок труда в нашем регионе, переезда в другой регион России или за рубеж.

Целью исследования является выявление трудовых и миграционных установок студенческой молодёжи химико-фармацевтической отрасли на примере Санкт-Петербургского государственного химико-фармацевтического университета (СПХФУ). Задачами исследования стали разработка и проведение анкетирования среди будущих выпускников, получающих разные уровни высшего профессионального образования, в том числе постдипломное образование, а также анализ и интерпретация результатов анкетирования, формулировка выводов по теме исследования.

Материалы и методы

В рамках исследования было проведено анкетирование с использованием специально разработанного опросника среди студентов бакалавриата, магистратуры и специалитета, а также аспирантов и ординаторов СПХФУ. Результаты анкетирования обрабатывали с помощью ресурса «Google Forms» с применением сводных таблиц. Использованы методы анализа и интерпретации полученных данных, сопоставления и сравнения.

Результаты

В анкетировании приняли участие 548 респондентов, получающих образование в очной, заочной и очно-заочных формах на факультете промышленной технологии лекарств и фармацевтическом факультете СПХФУ. Учитывая, что СПХФУ выпустил в 2022 г. 528 выпускников с различным уровнем высшего профессионального образования¹ (бакалавриат, магистратура, специалитет, ординатура и аспирантура), проведённый опрос охватил как раз то количество потенциальных выпускников, кото-

рое ежегодно выходит на рынок труда по завершении всех уровней высшего образования в СПХФУ, что позволяет делать выводы об общих тенденциях подготовки к интеграции на рынке труда будущих молодых специалистов фармацевтической отрасли.

Половозрастной состав респондентов представлен в табл. 1. Среди выпускников преобладают молодые женщины (80,29%). Большую часть опрошенных составляет молодёжь в возрасте от 22—23 до 24—25 лет (79,56%), т. е. студенты старших курсов бакалавриата и специалитета, а также магистры, ординаторы и аспиранты.

Что касается направлений подготовки, то число респондентов распределилось примерно одинаково: 39% получают образование по направлению «фармация», 29% — «химическая технология», 32% — «биотехнология». Большинство респондентов (74,45%) получают первое высшее образование, 3,65% уже имеют среднее профессиональное образование, 1,6% — начальное профессиональное образование, 21,9% — высшее образование, т. е. получают второе высшее либо постдипломное образование.

По национальному признаку большую часть респондентов составили русские (79,56%), следующие по численности национальные группы — украинцы (5,11%), татары (4,14%), народы Кавказа (4,01%) и белорусы (2,55%). Приблизительно четверть респондентов (25,9%) являются уроженцами Санкт-Петербурга. Из оставшихся 74% респондентов большинство (57,7%) прибыло из городов или поселков городского типа других областей России или стран ближнего зарубежья; 8,4% — из сельской местности России или стран ближнего зарубежья; 6,9% — из городов или поселков городского типа (3,6%) или сельской местности (3,3%) Ленинградской области.

Большинство опрошенных (85%) никогда не состояли в браке; 10,2% состоят в официально зарегистрированном браке; 3,7% — в гражданском браке; 1,1% официально разведены. Подавляющее большинство респондентов (97%) не имеют детей.

Про жилищные условия будущих дипломированных специалистов можно сказать следующее: 34% респондентов проживают совместно с родителями; 66% — отдельно, при этом ответы респондентов разделились на три почти равные группы: треть (23%) живёт в студенческом общежитии, треть (22%) имеет собственную квартиру, треть (21%) снимает квартиру. Незначительная часть студентов, проживающих отдельно от родителей, выбрали также ответы: «имею комнату в коммунальной квартире» (0,36%), «снимаю комнату» (0,73%). Таким обра-

¹ Официальный сайт ФГБОУ ВО СПХФУ Минздрава РФ. Сведения о трудоустройстве выпускников, с указанием численности трудоустроенных выпускников от общей численности выпускников в прошедшем учебном году, для каждой реализуемой образовательной программы, по которой состоялся выпуск. URL: http://doc.spcpu.ru/sveden/grants/#anchor_graduateJob (дата обращения: 23.04.2023).

Таблица 2

Распределение ответов на вопрос: «Что Вы намерены делать после окончания учебы?», % от общего числа респондентов по полу

Варианты ответов	Всего	Женщины	Мужчины
Буду работать	81,7	80	68,5
Пойду учиться дальше (в магистратуру, ординатуру, аспирантуру)	40,8	37,2	55,5
Пойду в армию	5	0	22
Планирую создать семью и родить ребёнка	13	16	1,8
Хочу заниматься домашним хозяйством	8	9	1,8

зом, только небольшая часть респондентов имеет собственное индивидуальное жилье, т. е. многие ещё не «закрепились» на территории проживания. На вопрос «Нравится ли вам здесь жить и учиться?» большинство (64,6%) ответило «да», (34,7%) выбрали вариант «не во всех аспектах», и лишь 0,7% — «нет».

Для выявления намерения и ближайших планов на будущее в качестве молодых специалистов респондентам было предложено ответить на вопрос: «Что Вы намерены делать после окончания учёбы?». На данный вопрос можно было выбрать один или несколько вариантов ответа.

подавляющее большинство (81,7%) опрошенных намерены выйти на рынок труда сразу после окончания учёбы (табл. 2). При этом девушки чаще выражали желание сразу выйти на рынок труда, в том числе совмещая работу и учёбу, создание семьи, рождение ребёнка и ведение домашнего хозяйства, а молодые люди, несмотря на довольно большой процент намеревающихся сразу по завершении образования пройти службу в армии (22%), чаще выбрали вариант получения послевузовского образования, что также можно рассматривать как форму занятости, с одной стороны, и отсрочку от службы в армии с одновременным выходом на рынок труда — с другой. Вопрос в том, насколько выпускники готовы к интеграции на рынке труда и где именно они собираются жить и работать.

Для выяснения наличия или отсутствия опыта работы у будущих выпускников респондентам было предложено ответить на вопрос: «Имеете ли Вы опыт работы?». Выяснилось, что большая часть (66,79%; табл. 3) будущих молодых специалистов уже имеют опыт работы, при этом многие из них — по будущей специальности (19,71%), примерно такая же доля имеет опыт работы и по специальности,

Таблица 3

Распределение ответов на вопрос «Имеете ли Вы опыт работы?» по полу, %

Варианты ответов	Женщины	Мужчины	Всего
Да, и по специальности, и не по специальности	18,18	24,07	19,34
Да, не по специальности	15,45	18,52	16,06
Да, по будущей специальности	16,82	31,48	19,71
Да, по первой (уже имеющейся) специальности	12,73	7,41	11,68
Не имею опыта работы	36,82	18,52	33,21
Итого...	100,00	100,00	100,00

Таблица 4

Распределение ответов на вопрос «Работаете ли Вы в данный момент, в процессе получения образования?», %

Варианты ответа	Женщины	Мужчины	Всего
Да	45,00	46,3	45,26
Нет	44,09	33,33	41,97
Периодически подрабатываю	10,91	20,37	12,77
Итого...	100	100	100

и нет (19,34%). Таким образом, многие будущие участники рынка труда химико-фармацевтической отрасли уже имеют тот или иной опыт работы по специальности; 16,06% работали не по специальности, 11,68% имеют опыт работы по первой, уже имеющейся специальности; 33,21% опрошенных не имеют никакого опыта работы. В целом молодые мужчины чаще имеют опыт работы, чем девушки.

Для дальнейшего исследования мы условно разделили респондентов на две группы по признаку наличия или отсутствия опыта работы: первая группа включает 66,79% респондентов, имеющих опыт работы, вторая группа — 33,21% респондентов, никогда не работавших. Выяснилось, что общий стаж работы большинства респондентов, имеющих опыт трудовой деятельности, составляет от 1 до 2 лет (38,25%); на 2-м месте с небольшим отрывом — менее 1 года (32,24%), на 3-м — от 2 до 3 лет (13,66%); 10,92% имеют опыт работы от 3 до 5 лет; 4,90% — более 5 лет. Показатели в зависимости от пола различаются несущественно, в целом, молодые мужчины чаще имеют более длительный опыт работы.

Для выяснения характера трудовой деятельности, респондентам с опытом работы было предложено ответить на вопрос: «Работаете ли Вы в данный момент, в процессе получения образования?». Почти половина респондентов (45,26%) ответили, что работают в процессе получения высшего образования (табл. 4), 10,91% выбрали вариант ответа «периодически подрабатываю». Оставшиеся почти 42% не работают. По сравнению с молодыми людьми, девушки реже работают или подрабатывают во время учёбы в вузе. Так, 44% девушек и на четверть меньше мужчин (33%) выбрали вариант «не работаю». В целом, больше половины опрошенных студентов работают или периодически подрабатывают в процессе получения образования (всего 58,03%).

Для выяснения способов поиска работы студентами вузов, респондентам, имеющим опыт работы, был задан вопрос: «Каким образом Вы устраивались на работу?». На данный вопрос было предложено выбрать один или несколько вариантов ответа. По представленным в табл. 5 данным видно, что респондентов можно условно разделить на три основные группы по принципу поиска работы. Почти половина студентов (47%) находит работу самостоятельно. Этот вариант ответа выбирают чаще всего представители всех выделенных групп, что подтверждает отмечаемую в последние годы тенденцию преимущественно самостоятельного поиска работы среди молодёжи, в основном с использованием специализированных интернет-ресурсов [2]. Вто-

Таблица 5

Распределение ответов на вопрос «Каким образом Вы устраивались на работу?» в зависимости от опыта работы, %

Варианты ответов	Опыт работы				Все группы
	по будущей специальности	по первой (уже имеющейся) специальности	не по специальности	и по специальности, и нет	
Самостоятельно, через отдел кадров	61,11	71,88	68,19	73,58	47,08
При содействии или по совету знакомых, родственников, друзей	31,48	15,63	36,37	16,98	19,33
Через государственную службу занятости	0,00	0,00	2,27	5,66	0,36
Через частное кадровое агентство	0,00	3,13	4,55	0	1,09
Предложили подработку после прохождения производственной/преддипломной практики	20,37	17,48	0,00	18,87	11,67
Открыл собственное дело	0,00	0,00	1,85	0	0,29

рая группа респондентов (19,33%) находит работу при содействии или по совету знакомых, родственников, друзей (в более ранних исследованиях, 10—15 лет назад, это был наиболее распространённый вариант) [3]. Таким образом, в последние годы молодёжь стала более самостоятельной и уверенной в своих силах. На 3-м месте — предложение по работе поступает после прохождения производственной/преддипломной практики (11,67%). Совсем небольшая доля тех, кто находит работу через частное кадровое агентство (1,09%), ещё меньше — через государственную службу занятости (0,36%). Самая многочисленная группа — 0,29% респондентов отметили, что открыли собственное дело не по специальности. Можно сделать вывод, что роль посредников в виде частных кадровых агентств или государственной службы занятости в процессе содействия трудоустройству будущих выпускников вуза совсем незначительна. Будущие молодые специалисты склонны рассчитывать на свои силы, содействие знакомых, родственников и на собственные наработанные профессиональные контакты.

Таким образом, многие студенты уже так или иначе знакомы с трудовой деятельностью, при этом большинство из них работают или периодически подрабатывают в период получения образования, и чаще трудовая деятельность студентов связана с их будущей профессией. Однако остаётся довольно большая доля тех, кто устраивается на работу не по специальности. И если работа по будущей специальности может принести пользу не только в материальном плане, но и в плане получения практического профессионального опыта, то, как показывают исследования, занятость не по специальности, помимо пользы опыта работы как такового и материальной составляющей, не приносит пользы в плане профессионального обучения, и, наоборот, может принести вред становлению будущего профессионала [4]. Из этого следует, что необходимо способствовать тому, чтобы будущие специалисты приобретали опыт работы именно по своей специальности, для чего необходимо совершенствовать систему производственной и преддипломной практики с последующим предложением подработки. Также важно развивать систему взаимодействия службы занятости населения с будущими выпускниками, ориентировать их на приобретение опыта профессиональной деятельности. По результатам нашего исследования можно сделать вывод о том, что на дан-

ный момент центры занятости населения не эффективно строят свою работу со студентами вузов, за годы развития рынка труда государственная служба занятости не получила популярность у будущих молодых специалистов, только единицы (0,36%) находят работу через этот канал. Неэффективность и непопулярность центров занятости населения среди молодёжи подтверждают и другие исследования [5, 6]. При этом следует отметить, что, как показало наше исследование, большинство молодых специалистов химико-фармацевтической сферы не считают поиск работы сложной задачей.

Респондентам обеих групп было предложено ответить на вопрос: «Как Вы считаете, легко ли студентам-выпускникам найти работу в данном населённом пункте (по специальности и найти работу вообще)?». Подавляющее большинство студентов — как имеющих опыт работы, так и не имеющих — считают, что работу по специальности найти легко (66,06%; табл. 6), как и работу вообще (68,98%). Тем не менее около 15% респондентов отметили, что работу по специальности и не по специальности найти трудно, остальные 15—19% затруднились с ответом. Показательно, что респонденты, не имеющие опыта работы, имеют примерно такое же мнение относительно своего будущего трудоустройства при выходе на рынок труда, как и респонденты с опытом ра-

Таблица 6

Распределение ответа на вопрос «Как Вы считаете, легко ли студентам-выпускникам найти работу в данном населённом пункте (по специальности и найти работу вообще)?», %

Группа респондентов	Найти легко	Найти трудно	Затрудняюсь ответить
Найти работу по специальности			
С опытом работы			
по будущей специальности	13,87	3,65	2,19
по первой (уже имеющейся) специальности	8,76	2,19	0,73
не по специальности	7,3	1,46	7,3
и по специальности, и нет	16,06	2,55	0,73
Без опыта работы	20,07	4,38	8,76
Все группы	66,06	14,23	19,71
Найти работу вообще			
С опытом работы			
по будущей специальности	14,23	3,65	3,65
по первой (уже имеющейся) специальности	9,12	1,46	1,09
не по специальности	12,41	1,82	1,82
и по специальности, и нет	14,23	2,92	2,19
Без опыта работы	18,98	7,66	6,57
Все группы	68,98	15,69	15,33

Таблица 7

Распределение ответов на вопрос «Удовлетворены ли Вы своей работой?» в зависимости от опыта работы, %

Варианты ответа	Работой вполне удовлетворён(а)	Работой не удовлетворён(а)	Удовлетворён(а) не во всех аспектах
Да, по будущей специальности	13,89	2,20	13,33
Да, по первой (уже имеющейся) специальности	8,30	3,89	5,56
Да, не по специальности	10,00	3,30	11,10
Да, и по специальности, и не по специальности	17,20	2,78	8,30
Все группы	49,40	12,20	38,30

боты. Таким образом, в настоящее время более половины будущих выпускников СПХФУ уверены в себе, не испытывают сложности в трудоустройстве и чувствуют себя востребованными на рынке труда. Однако более трети респондентов испытывают определённые трудности либо не уверены в возможности с лёгкостью найти работу как по специальности, так и работу вообще. Цифры, представленные в табл. 6, отражают реальную ситуацию на рынке труда молодёжи, описанную в современных исследованиях², т. е., несмотря на высокую степень востребованности наших выпускников, по сравнению с другими профессиональными областями всё-таки треть из них чувствует себя неуверенно. Это существенная доля будущих участников химико-фармацевтической отрасли, на которую следует обратить особое внимание.

Важным аспектом в самоощущении молодых специалистов является не только сама возможность трудоустройства, но и степень удовлетворённости своей работой. Для выяснения этого показателя респондентам с опытом работы был задан вопрос «Удовлетворены ли Вы своей работой?». Половина (49,40%) респондентов с опытом работы отметили, что работой довольны (табл. 7), при этом чаще всего этот вариант ответа выбирали те, кто работает по будущей специальности, а также имеет опыт работы по специальности и нет (31,09%). Работой не довольны 12,20% респондентов, чаще всего — работающие по первой, уже имеющейся специальности, что в принципе закономерно, т. к. причиной получения нового образования может быть в том числе недовольство первой профессией. Респонденты, работающие по специальности, реже других групп высказывали неудовлетворение работой. Однако довольно большое число респондентов, имеющих опыт работы по специальности и не по специальности (38,3%), выразили неудовлетворённость работой в некоторых аспектах. При этом будущие выпускники, имеющие опыт работы по специальности, даже чаще оказываются неудовлетворёнными в некоторых аспектах, что может объясняться не только объективными условиями труда, но и более строги-

² Лобанова Е. Э., Тюрский А. И. Проблемы занятости выпускников учреждений профессионального образования современной России. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-zanyatosti-vypusknikov-uchrezhdeniy-professionalnogo-obrazovaniya-sovremennoy-rossii/viewer> (дата обращения: 07.05.2023).

ми требованиями, предъявляемыми работниками к своим трудовым функциям, в том числе завышенными ожиданиями от профессиональной деятельности.

В целом показатель частичной неудовлетворённости работой довольно большой — 38,3%. Об основных проблемах, с которыми сталкивается студенческая молодёжь в процессе своей трудовой деятельности, можно судить по ответам на вопрос «Если Вы не удовлетворены своей работой, то по каким причинам?». На этот вопрос можно было выбрать один или несколько вариантов ответа.

Выяснилось, что одной из наиболее ощутимых проблем в одинаковой степени для молодых людей и для девушек является неудовлетворённость уровнем оплаты труда, представители обоих полов в равной степени отмечают этот показатель — около 18% респондентов (табл. 8). Однако интересно, что если рассматривать отдельно по половым группам, то молодые женщины и мужчины отмечают разные аспекты своей трудовой деятельности, которые вызывают у них недовольство. Так, помимо уровня заработной платы, сложность в совмещении работы и учёбы представляет собой гораздо большую сложность для женщин (24,2%), чем для мужчин (15,78%), этот показатель у женщин занимает 1-е место. На 2-е место женщины поставили неудовлетворённость в отсутствие перспектив карьерного роста (19,74%), при этом для мужчин этот показатель составляет всего 3,5. Низкий уровень оплаты труда находится у женщин в лидирующей третьей позиции (17,83%). Для мужчин же на 1-е место выходит неудовлетворённость условиями в рабочем коллективе (22,8%), несоответствие работы склонностям и интересам (21,05%) и неудовлетворённость организацией труда — сменность, условия и т. д. (19,29%). Следует отметить, что молодые женщины в целом чаще испытывают неудовлетворённость трудовой деятельностью (74,1%), чем молодые мужчины (62,96%). Как мы отметили выше, женщины более не удовлетворены объективными измеримыми показателями, такими как заработная плата, возможность совмещения работы и учёбы и карьерного роста, в то время как у мужчин эти показатели не вызывают сильного беспокойства. Поводом для неудовлетворённости молодых мужчин чаще служат межличностные отношения в коллективе и соб-

Таблица 8

Распределение ответов на вопрос «Если Вы не удовлетворены своей работой, то по каким причинам?» в зависимости от пола, %

Варианты ответов	Женщины	Мужчины	Всего
Не устраивает заработная плата	17,83	17,54	17,75
Сложно совмещать работу и учёбу	24,20	15,78	21,96
Не совсем хорошие условия в рабочем коллективе	12,10	22,80	14,95
Нет перспектив карьерного роста	19,74	3,50	15,42
Работа не соответствует вашим склонностям и интересам	10,19	21,05	13,08
Не устраивает организация труда (сменность, условия и т. д.)	14,01	19,29	15,42
Другие причины	1,91	0,00	1,40
Итого...	100	100	100

Таблица 9

Распределение ответов на вопрос «Укажите основные источники дохода» в зависимости от наличия работы, %

Варианты ответов	Работаете ли Вы в данный момент?			
	да	нет	периодически подрабатываю	всего
Деньги дают родители/родственники	21,14	53,8	30,18	35,09
Заработная плата	52,43	0,00	16,99	25,85
Случайные заработки	13,22	14,73	22,64	15,66
Содержит муж(жена)/гражданский муж(жена)	7,49	4,57	13,21	7,55
Стипендия	5,72	21,82	12,27	13,02
Пенсия	0,00	5,08	4,71	2,83
Итого...	100,00	100,00	100,00	100,00

ственные интересы и предпочтения. Можно сделать вывод о том, что молодым мужчинам в целом легче даётся совмещение учёбы и трудовой деятельности, а также мужчины имеют больше возможностей для карьерного роста и достойной заработной платы.

Как мы отметили выше, одинаково важным показателем по неудовлетворённости для обоих полов является уровень оплаты труда. Для выяснения роли, которую играет заработная плата в формировании бюджета студентов, респондентам было предложено указать основные источники доходов (можно было отметить несколько вариантов ответа). Распределение ответов в зависимости от наличия работы показано в табл. 9.

Выяснилось, что в большинстве случаев деньги дают родители, родственники (этот вариант ответа выбрали 35,09% респондентов), на 2-м месте — заработная плата (25,85%), на 3-м — случайные заработки (15,66%), на 4-м — стипендия (13,02%). В качестве основных источников дохода незначительное количество респондентов отметило также вариант «содержит муж/жена» — 7,55% и «пенсия» — 2,83%. Таким образом, заработная плата является важным основным источником дохода для трети респондентов, работающих в процессе получения высшего образования разного уровня. Это достаточно высокий показатель, учитывая, что постоянно работают только 45,26%, а 12,77% периодически подрабатывают. Таким образом заработная плата является важным источником дохода для всех работающих и периодически подрабатывающих респондентов. При этом студенты, имеющие постоянную работу в процессе получения образования, отмечают заработную плату в качестве основного источника дохода в 52,43% случаев; а периодически подрабатывающие — в 16,99% случаев.

О реальном уровне материального положения студентов-выпускников можно судить по ответам на вопрос: «Как Вы можете оценить Ваш уровень доходов (включая материальную помощь со стороны родителей, родственников и т. п.)?». Большинство респондентов (54,74%) отметили, что денег достаточно для приобретения необходимых продуктов питания, одежды, оплаты коммунальных услуг и т. п., почти треть респондентов (30,29%) выбрали

вариант «денег достаточно, чтобы ни в чём себе не отказывать», 12,77% — «денег хватает лишь на приобретение самого необходимого», 2,19% — «денег иногда не хватает даже на приобретение самого необходимого».

Мы рассмотрели зависимость между наличием или отсутствием работы у респондента и материальным благополучием (табл. 10). Выяснилось, что по наиболее популярному варианту ответа (денег достаточно для приобретения необходимых продуктов, одежды, оплаты коммунальных услуг и т. п.) не прослеживается существенного различия между респондентами, имеющими работу (53,23%), периодически подрабатывающими (60,00%) и не работающими (54,78%). Однако ответ «денег достаточно, чтобы ни в чём себе не отказывать» чаще выбирают работающие студенты (33,87%), чем периодически подрабатывающие (22,86%) и не работающие (28,70%) и ни один из работающих респондентов не выбрал вариант «денег хватает лишь на покупку продуктов питания», в отличие от периодически подрабатывающих (5,71%) и не работающих (3,48%).

Таким образом, студенческая трудовая деятельность играет важную роль не только в подготовке к интеграции на рынке труда, но и в поддержании должного уровня материального благополучия будущего молодого специалиста. Гарантированный постоянный доход даёт чувство уверенности и независимости от родителей. Кроме того, наличие работы или подработки по специальности способствует формированию трудового потенциала будущего выпускника, что в свою очередь усиливает возможность успешной интеграции молодого специалиста на рынке труда и снижает вероятность возникновения сложных проблем в этом процессе [7].

С целью выявления миграционных установок молодёжи респондентам был задан вопрос: «Собираетесь ли Вы менять место жительства в ближайшие 5 лет?». Как следует из табл. 11, около трети студентов обоих полов выбрали вариант «возможно» (33,94%), и почти такое же количество (33,21%) не собираются менять место жительства. Довольно большая доля респондентов (20,44%) собираются поменять место жительства, и 12,41% ещё не заду-

Таблица 10

Соотношение ответов на вопросы «Работаете ли Вы в данный момент? (в процессе получения образования)» и «Как Вы можете оценить Ваш уровень доходов? (включая помощь со стороны родителей, родственников)», %

Варианты ответа	Работаю	Периодически подрабатываю	Не работаю	Всего
Денег достаточно, чтобы ни в чём себе не отказывать	33,87	22,86	28,70	30,29
Денег достаточно для приобретения продуктов питания, одежды, оплаты коммунальных услуг и т. п.	53,23	60,00	54,78	54,74
Денег хватает лишь на приобретение самого необходимого	12,90	11,43	13,04	12,77
Денег иногда не хватает даже на приобретение самого необходимого	0,00	5,71	3,48	2,19
Итого...	100,00	100,00	100,00	100,00

Таблица 11

Распределение ответов на вопрос «Собираетесь ли Вы менять место жительства в ближайшие 5 лет?», %

Варианты ответа	Женщины	Мужчины	Всего
Возможно	34,55	31,48	33,94
Да	19,09	25,93	20,44
Не знаю, не задумывался(лась) об этом	14,09	5,56	12,41
Нет	32,27	37,04	33,21
Итого...	100,00	100,00	100,00

мывались над данным вопросом. При этом мужчины более чётко осознают свои планы на будущее, по сравнению с девушками больший процент молодых людей намереваются как поменять место жительства (25,93%), так и не менять его (37,04%). Всего 5,56% молодых мужчин не задумывались над этим вопросом (по сравнению с 14,09% молодых женщин). Таким образом, несмотря на то, что треть будущих выпускников СПХФУ планируют остаться жить и работать в Санкт-Петербурге, большинство студентов (54,38%) уже в процессе учёбы планируют или рассматривают возможность смены места жительства после окончания вуза.

В ходе исследования респондентам было предложено указать причины возможного переезда. Можно было выбрать один или несколько вариантов ответа. Выяснилось, что основными причинами, по которым будущие молодые специалисты намерены поменять место жительства, являются (в порядке уменьшения популярности):

- 1) желание переехать в регион с более благоприятным климатом (50,70%);
- 2) стремление переехать в другой большой город (17,60%);
- 3) намерение переехать на место жительства своего молодого человека/девушки (11,27%);
- 4) предложили работу в другом населённом пункте (9,85%);
- 5) желание вернуться на родину, к родителям, родственникам (7,74%).

Основные причины для смены места жительства у молодых мужчин и женщин практически не отличаются, за исключением того, что молодые женщины почти в 2 раза чаще готовы переехать на место жительства своего молодого человека, чем мужчины (6,36 и 3,70% соответственно).

Распределение данных о предположительном месте переезда по полу представлено в табл. 12. Большая часть респондентов, которые собираются поменять место жительства после окончания учёбы и по-

Таблица 12

Распределение ответов на вопрос «Если Вы собираетесь уехать из Санкт-Петербурга в ближайшие 5 лет, то укажите куда», %

Варианты ответа	Женщины	Мужчины	Всего
В другой населённый пункт Ленинградской области	2,60	30,32	8,78
В другой регион России	34,70	21,21	31,75
В страны ближнего зарубежья	13,91	18,20	14,86
В страны дальнего зарубежья	48,69	30,27	44,59
Итого...	100,00	100,00	100,00

Таблица 13

Распределение ответов на вопрос «Если Вы хотите уехать из Санкт-Петербурга в ближайшие 5 лет, то скажите, как к этому относится ваше ближайшее окружение», %

Ближайшее окружение	С одобрением	С неодобрением	Безразлично
Родители, родственники	43,07	33,58	26,28
Друзья, знакомые	40,15	27,37	11,82
Сокурсники, одноклассники	23,72	12,04	58,03
Преподаватели	16,06	10,95	66,79

лучения квалификации, рассматривают в качестве места работы и проживания страны дальнего зарубежья (44,59%), при этом доля молодых женщин в этой категории выше (48,69% по сравнению с 30,27% мужчин). В страны ближнего зарубежья собираются эмигрировать 14,86% будущих выпускников, при этом тут доля молодых мужчин превышает долю женщин (18,20% и 13,91% соответственно). Эти две категории будущих выпускников являются наиболее сложными с точки зрения миграционных установок, т. к. в случае их переезда страна лишится готовых дипломированных специалистов. Почти треть (31,75%) собираются уехать в другой регион России, что мы считаем правильным развитием событий, поскольку 66,1% респондентов не являются уроженцами Санкт-Петербурга, а прибыли учиться из городов и сельской местности других регионов России, соответственно, существенная доля таких обучающихся должна возвращаться в регионы. Переехать в другой населённый пункт Ленинградской области собираются 8,78% респондентов, что также рассматривается нами как положительное явление. Следует поддерживать и поощрять желание молодых специалистов возвращаться на малую родину и тем самым пополнять ряды высококвалифицированной рабочей силы и, наоборот, сокращать стремление будущих выпускников покинуть страну. Для этой цели необходимы не только устойчивое экономическое развитие и стабильная ситуация на рынке труда, но и воспитание патриотизма в семье и в вузе.

На трудовое и миграционное поведение студенческой молодёжи большое влияние оказывает отношение к данному вопросу родителей, друзей, окружения в целом. С целью выявления того, как именно влияют окружающие на миграционные установки молодёжи, респондентам был задан вопрос, как ближайшее окружение относится к их намерению поменять место жительства в ближайшие 5 лет. По данным, представленным в табл. 13, видно, что в большинстве случаев родители, родственники (43,07%), а также друзья и знакомые (40,15%) одобряют желание респондента уехать из Санкт-Петербурга. Что касается сокурсников, одноклассников, а также преподавателей, то они чаще всего относятся к этому стремлению безразлично (58,03 и 66,79% соответственно) либо тоже с одобрением (23,72 и 16,06% соответственно). Следовательно, в большинстве случаев ближайшее окружение поддерживает будущего выпускника в его желании поменять место жительства.

Другой вопрос в том, куда именно собирается переехать будущий выпускник. Исследования в этой области говорят, с одной стороны, о большой роли патриотического воспитания в вузе в формировании миграционных установок молодёжи³, а с другой стороны подтверждают, как и результаты нашего исследования, недостаточное внимание к этому вопросу со стороны преподавателей [8, 9]. Таким образом, преподавателям вуза необходимо уделять большее внимания вопросам патриотического воспитания и осознанно подходить к формированию правильных миграционных установок студенческой молодёжи.

В результате, несмотря на то, что абсолютное большинство респондентов (64,6%) отметили, что им нравится жить и учиться в Санкт-Петербурге, на вопрос «Где бы Вы хотели жить, когда завершите учёбу?» ответы распределились следующим образом (табл. 14). Около 40% молодых людей и девушек намерены остаться жить и работать в Санкт-Петербурге. Совсем небольшая доля респондентов (2,19%) собираются переехать в другие населённые пункты Ленинградской области; 10,95% ответили, что хотели бы жить в другом регионе России, 5,47% — в одной из стран ближнего зарубежья, 19,34% — в одной из стран дальнего зарубежья; 21,53% — ещё не определились с будущим местом жительства. При этом распределение ответов по полу в целом совпадает. Единственное, как уже было отмечено выше, молодые мужчины существенно чаще планируют переезд в другой населённый пункт Ленинградской области. Об отношении к данному региону и желании остаться в нём работать также косвенно свидетельствует ответ на вопрос: «Хотите ли Вы, чтобы Ваши дети и внуки жили и работали в Санкт-Петербурге?». На этот вопрос ответы распределились следующим образом: 32,12% — «да», 12,41% — «нет», 55,47% — «не знаю». Таким образом, 42,7% респондентов хотят остаться жить и работать в данном регионе (40,51% из них в Санкт-Петербурге), и только 32,12% хотят того же для своих детей и внуков, при этом существенная часть опрошенных (21,53%) ещё не определилась с желаемым будущим местом жительства и работы для себя и своих детей и внуков (55,47%).

Проблема миграционных настроений остро стоит в регионах России и широко обсуждается в научных кругах [10—13]. Однако для СПХФУ этот показатель не является отрицательным, т. к. вуз готовит профессионалов химико-фармацевтической отрасли для всей страны. Основной задачей мы видим корректировку направления переезда молодых специалистов, а именно акцент на внутреннюю миграцию в регионы России. Трудовые и миграционные установки студенческой молодёжи являются важным фактором, определяющим будущее соци-

Таблица 14

Распределение ответов на вопрос «Где бы Вы хотели жить, когда завершите учёбу?».

Где бы Вы хотели жить, когда завершите учёбу?	Женщины	Мужчины	Итого
В другом населённом пункте Ленинградской области	0,91	7,41	2,19
В другом регионе России	10,45	12,96	10,95
В одной из стран ближнего зарубежья	5,91	3,70	5,47
В одной из стран дальнего зарубежья	19,09	20,37	19,34
В Санкт-Петербурге	41,82	35,19	40,51
Ещё не решил(а)	21,82	20,37	21,53
Итого...	100,00	100,00	100,00

ально-экономическое развитие страны и отдельных регионов. Необходимо принимать меры для эффективного управления этими установками, коррекции при необходимости и в результате способствовать распределению молодых квалифицированных трудовых ресурсов в соответствии с потребностями регионов страны.

Заключение

Таким образом, проведённое исследование показало следующее: подавляющее большинство будущих выпускников СПХФУ намерены выйти на рынок труда (а также совмещать дальнейшую учёбу и работу) сразу после окончания вуза. При этом большая часть будущих молодых специалистов уже имеет определённый, хотя чаще всего небольшой, от 1 до 2 лет, опыт трудовой деятельности. Многие из них имеют опыт работы по будущей специальности, и большинство работают или периодически подрабатывают в процессе получения образования.

Наиболее популярным способом поиска работы среди студенческой молодёжи является самостоятельный поиск работы, а также содействие знакомых, родственников, друзей. Обращение в службу занятости населения не пользуется большой популярностью среди студентов, впрочем как и обращение в частные кадровые агентства. Предложение о подработке после прохождения преддипломной/производственной практики получает относительно небольшой процент студентов, хотя этот показатель и занимает 3-е место по популярности. На наш взгляд, необходимо развивать именно эти два направления с тем, чтобы способствовать трудоустройству молодёжи именно по будущей специальности, а также помочь той части молодёжи, которая испытывает трудности с поиском работы:

- поднимать престиж и функциональность службы занятости населения как посредника между работодателем, способным предложить подработку по будущей специальности, и студентом-старшекурсником;
- совершенствовать систему производственных/преддипломных практик, способствовать трудоустройству студентов на неполный рабочий день после прохождения практики на предприятии.

Основными проблемами, с которыми сталкиваются студенты в процессе трудовой деятельности,

³ Нефедова А. С. Патриотическое воспитание студентов в современном вузе. Педагогика духовно-нравственного воспитания. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/patrioticheskoe-vozpitanie-studentov-v-sovremennom-vuze-1/viewer> (дата обращения: 05.05.2023). DOI: 10.21209/2542-0089-2018-13-5-71-76

являются низкий уровень оплаты труда, несоответствие работы их склонностям и интересам, отсутствие перспектив карьерного роста, сложность совмещения работы и учёбы, неудовлетворённость организацией труда (сменности, условия и т. п.), а также не устраивают отношения в рабочем коллективе. Показательно, что студенты, работающие по будущей специальности, чаще выражают удовлетворение от трудовой деятельности. То есть возможность получения такого опыта работы является хорошей мотивацией для выпускников. Кроме того, трудовая деятельность студентов-выпускников по будущей специальности, особенно на постоянной основе, играет важную роль как в подготовке к интеграции на региональном рынке труда, так и в формировании студенческого бюджета.

Несмотря на то что большинству студентов нравится жить и учиться в Санкт-Петербурге, многие из них собираются поменять место жительства в ближайшие 5 лет или рассматривают этот вариант как возможный. Чаще всего молодёжь выражает желание переехать в страны дальнего зарубежья или в другой регион России. И если второй вариант не только приемлем, но и желателен для определённой доли молодёжи, то первый вариант требует коррекции. При этом основными причинами возможного переезда являются желание жить в регионе с более благоприятным климатом или в другом большом городе.

Молодёжь — это специфическая социально-демографическая группа населения, которая больше других подвержена влиянию окружения. В результате исследования выяснилось, что в большинстве случаев ближайшее окружение с одобрением относится к желанию будущего молодого специалиста поменять место жительства, тем самым ещё более укрепляя его уверенность в этом стремлении. Так, большинству студентов нравится жить и учиться в данном регионе, в то же время гораздо меньше хотят остаться жить и работать в Санкт-Петербурге и Ленинградской области после окончания учёбы, и ещё меньше хотят того же для своих детей и внуков.

Однако следует отметить, что существенная часть студентов-выпускников ещё не определилась с будущим местом жительства и работы и не имеет чётких трудовых и миграционных установок. Это та часть будущих молодых специалистов, которые при грамотном подходе и создании благоприятных условий могут остаться жить и работать в нашем регионе либо переехать в другие регионы России. Вместе с теми будущими выпускниками, которые хотят жить и работать в нашей стране, их доля может составить до 75,19%. Но для того, чтобы молодёжь действительно оставалась и выходила на региональный рынок труда, задачей региональной государственной молодёжной политики в области занятости должна стать не просто подготовка молодых специалистов, а также их закрепление на рынке труда в нашей стране. Способствовать этому может трудоустройство студентов по будущей специальности. В результате молодой специалист получит не только опыт работы, но и социальный капитал —

связи, знакомства и т. д., и, следовательно, возможность трудоустройства по окончании учёбы на достойную работу, а также возможность претендовать на более высокую заработную плату и иметь перспективы карьерного роста. Второй важной задачей становится патриотическое воспитание молодёжи и способствование возвращению дипломированных специалистов в регионы, например, обеспечение рабочих мест и предоставление жилья выпускникам в тех регионах, где есть потребность в соответствующих химико-фармацевтических кадрах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефимова А. А. Тенденции рынка труда молодёжи в столкновении с «новой реальностью» — санкции и пандемией (на примере профессиональной области «медицина и фармацевтика») // Ремедиум. 2022. Т. 26, № 4. С. 357—363. DOI: 10.32687/1561-5936-2022-26-4-357-363
2. Яшкова Е. В., Лаврентьева Л. В., Ака Амон К. Г. Технологии интернет-поиска как средство трудоустройства студентов-выпускников на рынке труда // Проблемы современного гуманитарного образования. 2022. № 66. С. 299—302.
3. Константиновский Д. Л., Вознесенская Е. Д., Чередниченко Г. А. и др. Образование и жизненные траектории молодёжи: 1998—2008 годы. М.; 2011. 277 с.
4. Орлов В. А. Влияние занятости студентов на профессиональную подготовку специалистов // Дискуссия. Журнал научных публикаций. 2011. № 2, 3. С. 79—87.
5. Митрофанова Е. А., Митрофанова А. Е. Молодёжь на рынке труда // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. 2021. № 6. С. 72—78.
6. Климова Н. В., Касьянова Т. И. Рынок труда молодежи: проблемы и пути их решения // Стратегии развития социальных общностей, институтов и территорий : материалы III Международной научно-практической конференции, Екатеринбург, 21—22 апреля 2017 г. в 2-х тт. Екатеринбург; 2017. Т. 1. С. 284—287.
7. Былков В. Г. Особенности преобразования трудового потенциала в процессе интеграции выпускников учебных заведений на рынок труда // Экономика труда. 2021. Т. 8, № 3. С. 275—294. DOI: 10.18334/et.8.3.111859
8. Нефедова А. С. Патриотическое воспитание студентов в современном вузе // Учёные записки ЗабГУ. 2018. Т. 13, № 5. С. 71—76. DOI: 10.21209/2542-0089-2018-13-5-71-76
9. Крайник В. Л., Прищепа М. А. К вопросу о патриотическом воспитании студентов в современном вузе // Мир науки, культуры, образования. 2019. № 2. С. 208—210
10. Адигамова О. Ф. Специфика миграционных установок молодых поколений: межрегиональные особенности и тенденции 17 (на примере Республики Башкортостан). URL: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/60898/1/978-5-8295-0582-0_2018_70.pdf (дата обращения: 06.05.2023).
11. Труфанов Д. О. Миграционные установки студенческой молодёжи как фактор деформации социального пространства региона // Образование: молодёжь, конкурентоспособность: Сборник докладов Международной научно-практической конференции, приуроченной к 80-летию юбилею академика Российской академии образования, доктора философских наук, профессора Г. Ф. Шафранова-Кучева, Тюмень, 21—22 сентября 2018 года. Тюмень; 2018. С. 178—182.
12. Сигарева Е., Сивоплясова С. Репродуктивные и миграционные установки современной молодежи стран ЕАЭС (на примере России, Казахстана и Кыргызстана) // Центральная Азия и Кавказ. 2021. Т. 24, № 2. С. 134—152. DOI: 10.37178/ca-c.21.2.11
13. Kiseleva A. M. The impact of migration trends on sustainable development of the region (on materials of Omsk Region) // Power, violence and justice: reflections, responses and responsibilities. View from Russia: Collected papers XIX ISA World Congress of Sociology, Toronto, Canada, 15—21 июля 2018 года. Toronto; 2018. P. 334—346.

REFERENCES

1. Efimova A. A. Youth labor market trends in the collision with the «new reality» — sanctions and the pandemic (on the example of the professional field «medicine and pharmacy»). *Remedium*.

- 2022;26(4):357—363. (In Russ.) DOI: 10.32687/1561-5936-2022-26-4-357-363
2. Yashkova E. V., Lavrentieva L. V., Aka Amon K. G. Internet search technologies as a means of employment of graduate students in the labor market. *Problems of modern humanitarian education*. 2022;(66):299—302. (In Russ.)
 3. Konstantinovskiy D. L., Voznesenskaya E. D., Cherednichenko G. A. et al. Education and life trajectories of youth: 1998—2008. Moscow; 2011. 277 p. (In Russ.)
 4. Orlov V. A. The impact of student employment on the professional training of specialists. *Discussion. Journal of Scientific Publications*. 2011;(2, 3):79—87. (In Russ.)
 5. Mitrofanova E. A., Mitrofanova A. E. Youth in the labor market. *Personnel and intellectual resources management in Russia*. 2021;(6):72—78. (In Russ.)
 6. Klimova N. V., Kasyanova T. I. Youth labor market: problems and ways to solve them. Strategies for the development of social communities, institutions and territories: materials of the III International Scientific and Practical Conference, Yekaterinburg, April 21—22, 2017; in 2 vols. Yekaterinburg; 2017;1:284—287.
 7. Bylkov V. G. Features of the transformation of labor potential in the process of integrating graduates of educational institutions into the labor market. *Economics of Labor*. 2021;8(3):275—294. DOI: 10.18334/et.8.3.111859. (In Russ.)
 8. Nefedova A. S. Patriotic education of students in a modern university. *Science notes of ZabGU*. 2018;13(5):71—76. (In Russ.) DOI: 10.21209/2542-0089-2018-13-5-71-76
 9. Krainik V. L., Prishchepa M. A. On the issue of patriotic education of students in a modern university. *World of science, culture, education*. 2019;(2):208—210. (In Russ.)
 10. Adigamova O. F. Specificity of migration attitudes of young generations: interregional features and trends 17 (on the example of the Republic of Bashkortostan). (In Russ.) URL: https://elar.u-fu.ru/bitstream/10995/60898/1/978-5-8295-0582-0_2018_70.pdf (date of access: 05.06.2023).
 11. Trufanov D. O. Migration attitudes of student youth as a factor in the deformation of the social space of the region. Education: youth, competitiveness: Collection of reports of the International scientific and practical conference dedicated to the 80th anniversary of the academician of the Russian Academy of Education, Doctor of Philosophical sciences, Professor G. F. Shafranov-Kutseva, Tyumen, September 21—22, 2018. Tyumen; 2018: 178—182. (In Russ.)
 12. Sigareva E., Sivopliasova S. Reproductive and migratory attitudes of modern youth of the EAEU countries (on the example of Russia, Kazakhstan and Kyrgyzstan). *Central Asia and the Caucasus*. 2021;24(2):134—152. DOI: 10.37178/ca-c.21.2.11 (In Russ.)
 13. Kiseleva A. M. The impact of migration trends on sustainable development of the region (on materials of Omsk region). Power, violence and justice: reflections, responses and responsibilities. view from Russia : Collected papers XIX ISA World Congress of Sociology, Toronto, Canada, July 15—21, 2018. Toronto; 2018:334—346.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.

The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-242-246

Непрерывное обучение как условие обеспечения компетентного уровня медицинских кадров

Евгения Константиновна Смирнова^{1✉}, Лев Дмитриевич Гурцкой²

^{1, 2}Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация;

²Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

¹dr.smirnovaek@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3963-6252>

²gurtskoyld@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6399-8945>

Аннотация. Обучение на протяжении всей жизни рассматривается как жизненно важный навык для любого врача, стремящегося оказывать безопасную и высококачественную медицинскую помощь пациентам. **Цель** настоящей работы — провести обзор научной литературы по вопросам реализации непрерывного медицинского образования как механизма обеспечения компетентности медицинских специалистов.

Исследование показало, что обучение на протяжении всей жизни определяется как атрибут, включающий набор самостоятельных действий и навыков поиска информации с устойчивой мотивацией к обучению и способностью распознавать собственные потребности в обучении. От медицинских работников ожидается, что они будут обучаться на протяжении всей жизни в силу характера своей работы — иметь дело с человеческой жизнью, удовлетворять потребности пациентов в области здравоохранения — в среде, где знания, технологии и социальные требования быстро и непрерывно меняются.

Ключевые слова: профессиональная деятельность; врач; обучение; компетенции; непрерывное обучение; медицинский персонал

Для цитирования: Смирнова Е. К., Гурцкой Л. Д. Непрерывное обучение как условие обеспечения компетентного уровня медицинских кадров // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 242—246. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-242-246

Original article

Continuous training as a condition for ensuring the competence level of medical personnel

Evgenia K. Smirnova^{1✉}, Lev D. Gurtskoy²

^{1, 2}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;

²Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

¹dr.smirnovaek@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3963-6252>

²gurtskoyld@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6399-8945>

Annotation. Lifelong learning is seen as a vital skill for any physician seeking to provide current, safe, and high-quality medical care to individual patients. The **purpose** of this work is to review the scientific literature on the implementation of continuing medical education as a mechanism for ensuring the competence of medical specialists.

The study showed that lifelong learning is defined as an attribute that includes a set of independent actions and information retrieval skills with a stable motivation to learn and the ability to recognize one's own learning needs. Healthcare professionals are expected to be trained throughout their lives due to the nature of their work — to deal with human life, to meet the needs of patients in the field of healthcare — in an environment where knowledge, technology and social requirements are changing rapidly and continuously.

Key words: professional activity; doctor; training; competencies; continuous training; medical personnel

For citation: Smirnova E. K., Gurtskoy L. D. Continuous training as a condition for ensuring the competence level of medical personnel. *Remedium*. 2023;27(3):242–246. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-242-246

Введение

Обучение на протяжении всей жизни рассматривается как жизненно важный навык для любого врача, стремящегося оказывать текущую, безопасную и высококачественную медицинскую помощь отдельным пациентам. Врачи оказывают влияние на человеческую жизнь и находятся под постоянным давлением, связанным с необходимостью постоянного обновления профессиональных компетенций, чтобы обеспечивать высокий уровень качества оказываемой медицинской помощи.

Для решения этой задачи во многих странах мира институализированы системы непрерывного медицинского образования (НМО) — формы повышения квалификации на протяжении всей профессиональной деятельности. НМО устраняет разрыв между академическими исследованиями и клинической практикой и играет решающую роль в здравоохранении, предоставляя врачам хорошо сбалансированное образование, соответствующее не только их потребностям, но и потребностям пациентов.

Цель настоящей работы — провести обзор научной литературы по вопросам реализации НМО как

механизма обеспечения компетентности медицинских специалистов. В процессе исследования решены задачи, обусловленные целью: проведён обзор литературы, отражающей развитие представлений о необходимости постоянного образования медицинских специалистов; определены компетенции, которые, по мнению Всемирной организации здравоохранения, должны быть сформированы у медицинских работников; представлены методологические инструменты повышения компетентностного уровня медицинских кадров в системе российского НМО.

Материалы и методы

Анализ российских и зарубежных научных публикаций проведён с использованием контент-анализа и вторичного анализа данных. В качестве источниковой базы были использованы цифровые ресурсы Национальной медицинской библиотеки США и Российского индекса научного цитирования.

Результаты и обсуждение

Медицинское образование — это процесс обучения на протяжении всей жизни, который начинается в медицинском колледже, продолжается с получением высшего медицинского образования и на протяжении всей профессиональной жизни врача.

В 1988 г. Всемирная конференция по медицинскому образованию опубликовала Эдинбургскую декларацию¹, в которой рассматриваются многочисленные концепции медицинского образования, включая непрерывность обучения на протяжении всей жизни, с переносом акцента с дидактических методов на самостоятельное и независимое обучение. В Декларации поощрялись образовательные программы, которые включали все ресурсы здравоохранения в сообществе, а не только больницы, и уделяли особое внимание укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В Декларации подчёркивается необходимость систем образования, которые обеспечивают достижение профессиональной компетентности и социальных ценностей, а не просто сохранение и запоминание информации. Если смотреть сквозь призму лет, прошедших после подписания Декларации, акцент на повышении осведомлённости общества и предоставлении услуг для укрепления здоровья всех людей, а не просто на предоставлении лечебных услуг тем, кто может их себе позволить или кому это легко доступно, был невероятно пророческим.

Важность подготовки студентов к обучению на протяжении всей жизни привлекла широкое внимание профессиональных организаций, признающих, что навык обучения на протяжении всей жизни является обязательным для работников сферы медицины и здравоохранения. Эта идея также присутствует практически во всех предложениях по ре-

форме медицинского образования во всех странах мира. Один из 9 принципов медицинской этики, принятых Палатой делегатов Американской медицинской ассоциации 17.06.2001, гласит: «Врач должен продолжать изучать, применять и продвигать научные знания»². А в Американском национальном опросе обучение на протяжении всей жизни было среди 5 компетенций, которые более 75% врачей считают очень важными и описывают как наиболее значимый элемент профессионализма [1].

Обучение на протяжении всей жизни является сложной и многомерной концепцией. Как отражено в определении, предложенном Европейской инициативой по обучению на протяжении всей жизни, «обучение на протяжении всей жизни — это развитие человеческого потенциала посредством непрерывного поддерживающего процесса, который стимулирует и даёт людям возможность приобретать все знания, ценности, навыки и понимание, которые им потребуются на протяжении всей их жизни, и применять их с уверенностью, творчеством и удовольствием от всех ролей, обстоятельств и условий» [2]. При этом следует подчеркнуть, что такие аспекты этого широкого определения, как «человеческий потенциал», «процесс поддержки», «креативность» и «удовольствие», препятствуют эмпирическим исследованиям, поскольку они не поддаются измерению. При этом, по мнению российского исследователя О. А. Чурганова, «непрерывное образование должно удовлетворять профессиональные, социальные и личностные потребности обучающегося. Профессиональная функция непрерывного образования обеспечивает формирование у медицинского или фармацевтического работника необходимых профессиональных компетенций и квалификаций и, как следствие, повышение качества оказываемой им медицинской помощи. Социальная функция дополняет и обогащает процесс взаимодействия медицинского и фармацевтического работника с обществом, обеспечивает адаптацию к повышенному уровню ответственности перед гражданином и обществом. Личностная функция обеспечивает удовлетворение индивидуальных познавательных потребностей медицинского и фармацевтического работника в профессиональной сфере, предоставляет возможность получения новой квалификации и профессионального роста» [3].

В исследовании американских ученых, основанном на обзоре соответствующей литературы и групповых обсуждениях, обучение на протяжении всей жизни определено как «концепция, которая включает в себя набор самостоятельных действий (поведенческий аспект) и навыков поиска информации (способностей), которые активизируются у людей с устойчивой мотивацией к обучению и способностью распознавать свои собственные потребности в обучении (познание)» [4]. Непрерывное образование было определено с точки зрения непрерывного

¹ World Health Assembly. Edinburgh Declaration on the Reform of Medical Education. World Health Organization. 1989. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/172229> (дата обращения: 07.01.2021).

² Principles of medical ethics of the American Medical Association (AMA). URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2512.html> (дата обращения: 07.01.2021).

профессионального развития, обучения без отрыва от производства или повышения квалификации. Обычно целью непрерывного образования, которое проводится после получения базового образования, является развитие профессиональной компетентности медицинского специалиста. Компетентность отдельного специалиста состоит из его личных знаний, умений и навыков. В свою очередь, коллективная компетентность группы или команды медицинских работников (включая врачей, медицинских сестер и вспомогательный персонал) имеет более широкую базу и превышает совокупность компетенций отдельных лиц, способствуя росту и развитию людей с различной компетентностью в команде. Таким образом достигается синергетический эффект, когда общий объём компетентности команды выше, чем сумма компетенций отдельных специалистов. Поэтому НМО важно не только для отдельных представителей профессии, но и для коллективной компетентности команды.

W. K. Davies охарактеризовал обучение на протяжении всей жизни как «непрерывный поддерживающий процесс, который вдохновляет и даёт людям возможность приобретать все знания, подходы и навыки, которые им потребуются на протяжении всей жизни, и применять их с уверенностью, творчеством и счастьем» [5].

В начале XX в. медицинское образование было коммерческим предприятием, производившим избыток недостаточно подготовленных врачей. A. Flexner в отчёте 1910 г. «Медицинское образование в Соединенных Штатах и Канаде» критиковал низкое качество учебных программ и средств, используемых для подготовки будущих врачей [6]; этот отчёт привёл непосредственно к закрытию или слиянию почти половины всех 155 медицинских школ Северной Америки. Хотя отчёт A. Flexner был направлен на обучение студентов-медиков, достижение этих новых ориентиров также требовало профессионализма в медицинской практике после обучения. Другими словами, от врачей теперь, как никогда, ожидали когнитивных способностей, технических навыков и непоколебимой приверженности альтруизму и общественному служению. Любая попытка соответствовать этим стандартам требовала обучения на протяжении всей жизни.

Признавая грядущие изменения, Ассоциация американских медицинских колледжей заявила в 1932 г., что «может наступить время, когда в интересах общества от каждого врача может потребоваться пройти курсы повышения квалификации, чтобы гарантировать, что его [её] практика будет в курсе современных методов диагностики, лечения и профилактики» [7]. Уже в следующем году был создан Американский совет медицинских специальностей (ABMS) для поддержки обучения после обучения, и с этой целью позже рекомендовано регулярно проходить повторную сертификацию. В 1969 г. Американский совет семейной практики стал первым специализированным советом, который ввёл ограниченную по времени сертификацию с требованиями повторной сертификации с интервалом в 6 лет

(сейчас интервал составляет 10 лет). В 1976 г. этому примеру последовал Американский совет хирургии, в 1986 г. — Американский совет ортопедической хирургии, а в 1995 г. — Американский совет пластической хирургии, все с 10-летними циклами переаттестации. Сегодня все 24 члена ABMS требуют обязательной переаттестации для поддержания сертификации совета.

В 1999 г. совместные усилия ABMS и Аккредитационного совета по последипломному медицинскому образованию привели к разработке 6 основных компетенций и четырехэтапного процесса сертификации³.

Компетенции:

1. Профессионализм: приверженность выполнению профессиональных обязанностей, соблюдение этических принципов и чуткость к различным группам пациентов.
2. Уход за пациентами и процедурные навыки: сострадательный, адекватный и эффективный уход при проблемах со здоровьем и для укрепления здоровья.
3. Медицинские знания: интеллектуальная глубина и широта, охватывающие устоявшиеся и развивающиеся биомедицинские, клинические и смежные науки и их применение в уходе за пациентами.
4. Обучение и совершенствование, основанные на практике: способность исследовать и оценивать свои методы ухода за пациентами, оценивать и усваивать научные данные и совершенствовать свою медицинскую практику.
5. Навыки межличностного общения и общения: эффективное обучение и партнёрство с пациентами, их семьями и профессиональными партнёрами, отношения, основанные на этике, сочувствии и сотрудничестве.
6. Системная практика: осознание и ответственность перед более широким контекстом и системами здравоохранения. Возможность использовать системные ресурсы для обеспечения оптимального ухода (например, для координации ухода на разных участках или в качестве основного менеджера по работе с пациентами, когда уход включает в себя несколько специальностей, профессий или участков).

Процесс сертификации оценивает:

- профессиональную репутацию;
- когнитивный опыт;
- обучение на протяжении всей жизни и самооценку;
- эффективность практики.

Профессиональная репутация подтверждается действующей медицинской лицензией, сертификацией и письмами поддержки коллег, в то время как когнитивные знания демонстрируются с помощью экзамена. Обучение/самооценка на протяжении всей жизни подтверждается с помощью модулей са-

³ American Board of Medical Specialties. MOC Competencies and Criteria. URL: http://www.abms.org/maintenance_of_certification/MOC_competencies.aspx (дата обращения: 07.01.2023).

мооценки. Оценка эффективности практики варьируется в зависимости от специальности, но может включать экспертную или самооценку случаев, участие в базе данных результатов операций, обзор сравнительного отчёта для сравнения с коллегами и завершение плана действий по улучшению.

В России НМО как механизм обеспечения компетентностного уровня медицинских специалистов регламентировано соответствующими нормами:

- ст. 82 Федерального закона от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в Российской Федерации», где указано, что «реализация профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации»;
- ст. 73 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации».

«Сегодня, как никогда, очевидно, что одним из важнейших факторов национальной безопасности является постоянное поддержание высокого профессионального уровня медицинских работников, обеспечить который в рамках непрерывного медицинского образования можно, прежде всего, реализацией дополнительных профессиональных программ надлежащего качества и необходимых объёмов» [8]. Система НМО предполагает, что постоянное повышение компетентностного уровня работников здравоохранения будет осуществляться на основе трех методических подходов:

- ежегодное освоение дополнительных профессиональных программ повышения квалификации непрерывного образования (трудоёмкость 18—36 академических часов), реализуемых организациями, осуществляющими образовательную деятельность;
- обучение в рамках деятельности профессиональных некоммерческих организаций, к которым могут относиться очные образовательные мероприятия (конференции, семинары, мастер-классы и т. п., в том числе проводимые с использованием дистанционных образовательных технологий — вебинаров) и заочные образовательные мероприятия (дистанционные интерактивные образовательные модули и электронные образовательные курсы, разработанные по клиническим рекомендациям);
- организация индивидуальной познавательной деятельности — «самообразование», в том числе с использованием электронных медицинских библиотек.

В своей работе со ссылкой на «Доклад Минздрава России о реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254», И. А. Левина отмечает: «в соответствии со Стратегией разви-

тия здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года одним из приоритетных направлений является совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения системы здравоохранения, предусматривающее в том числе постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников.

Построение индивидуальной траектории обучения подразумевает формирование образовательного пути при освоении новых знаний, умений, общих и профессиональных компетенций.

Проектирование содержательных аспектов программ, реализуемых через Портал НМО, учитывает национальные и федеральные проекты, региональные программы, порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и квалификационные требования. При разработке программ повышения квалификации также учитываются профессиональные стандарты, новые нормативные документы в сфере здравоохранения и заявки работодателей» [9].

Заключение

Чтобы эффективно учиться на протяжении всей жизни на рабочем месте, медицинскому специалисту необходимо принять сознательное решение направлять свое собственное развитие. Профессиональные кадры являются важным ресурсом национальной системы здравоохранения, фактором её конкурентоспособности и эффективности. В связи с этим высокий уровень компетентности специалистов-врачей и среднего медицинского персонала становится актуальной задачей не только систем здравоохранения, но и системы образования, обеспечивающей подготовку кадров необходимой квалификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow // Acad. Med. 2002. Vol. 77. P. 28—37.
2. Longworth N. Learning communities for a learning century. In: Aspin D., Chapman J., Hatton M., Sawano Y. (eds.) International Handbook of Lifelong Learning. Dordrecht; 2001. P. 591—618.
3. Чурганов О. А. Современное развитие непрерывного медицинского и фармацевтического образования в России // Дополнительное профессиональное образование в стране и мире. 2018. № 1. С. 29—32.
4. Hojat M., Veloski J., Nasca T., Erdmann J., Gonnella J. Assessing physicians' orientation toward lifelong learning // J. Gen. Intern. Med. 2006. Vol. 21, N 9. P. 931—936.
5. Davies W. K. European lifelong learning initiative // Eur. J. Eng. Educ. 1993. Vol. 18. P. 125—128.
6. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. N.Y.; 1910.
7. Madewell J. E. Lifelong learning and the maintenance of certification // J. Am. Coll. Radiol. 2004. Vol. 1. P. 199—203.
8. Пивень Д. В., Кицул. И. С. Перспективы и возможные варианты развития непрерывного медицинского образования в России // Менеджер здравоохранения. 2022. № 7. С. 4—9. DOI: 10.21045/1811-0185-2022-7-4-9
9. Левина И. А. Проектирование содержательных аспектов непрерывного медицинского образования, направленных на развитие профессиональных возможностей специалистов со средним медицинским образованием // Методология и технология непрерывного профессионального образования. 2022. № 1. С. 24—26.

REFERENCES

1. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad. Med.* 2002;77:28—37.
2. Longworth N. Learning communities for a learning century. In: Aspin D., Chapman J., Hatton M., Sawano Y. (eds.) *International Handbook of Lifelong Learning*. Dordrecht; 2001:591—618.
3. Churganov O. A. Modern development of continuing medical and pharmaceutical education in Russia. *Additional professional education in the country and in the world*. 2018;1:29—32. (In Russ.)
4. Hojat M., Veloski J., Nasca T., Erdmann J., Gonnella J. Assessing physicians' orientation toward lifelong learning. *J. Gen. Intern. Med.* 2006;21(9):931—936.
5. Davies W. K. European lifelong learning initiative. *Eur. J. Eng. Educ.* 1993;18:125—128.
6. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. N.Y.; 1910.
7. Madewell J. E. Lifelong learning and the maintenance of certification. *J. Am. Coll. Radiol.* 2004;1:199—203.
8. Piven D. V., Kitsul. I. S. Prospects and possible options for the development of continuing medical education in Russia. *Health care manager.* 2022;(7):4—9. (In Russ.) DOI: 10.21045/1811-0185-2022-7-4-9
9. Levina I. A. Designing the content aspects of continuing medical education aimed at developing the professional capabilities of specialists with secondary medical education. *Methodology and technology of continuing professional education.* 2022;(1):24—26. (In Russ.)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.
The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Научная статья

УДК 615.1

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-247-250

Анализ факторов, определяющих удовлетворённость работой сотрудников в фармацевтических организациях

Ахмад Алахмад¹, Ирина Владимировна Спичак², Ирина Васильевна Жирова³, Гадир Баллул⁴

^{1–4}Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

¹alahmadahmad4073@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-4164-5386>

²spichal@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3932-5684>

³zhirova@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7770-6808>

⁴ghadeerballoul@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5097-7790>

Аннотация. Исследование касалось удовлетворённости работой и ее роли в повышении эффективности работы сотрудников фармацевтических организаций в Сирийской Арабской Республике (САР), в провинции Эль-Кунейтра. Целью исследования было определить факторы, влияющие на удовлетворенность работой сотрудников фармацевтических организаций в САР. Одним из результатов исследования является то, что существует положительная связь между средой, в которой работает сотрудник аптек, и процентом его удовлетворенности своей работой, а также существует положительная связь между заработной платой и стимулами, которые получает сотрудник аптек, и степень его удовлетворенности своей работой. Исследование также показало, что уровень удовлетворенности работой сотрудников фармацевтических организаций повышается всякий раз, когда начальство привлекает их к разработке политики, планов и принятию решений. Исследование рекомендовало необходимость создания общей среды для работы, чтобы она стала мотивацией для сотрудников аптек выполнять свою работу оптимальным образом и работать над повышением заработной платы и стимулов для сотрудников аптек, чтобы они могли реализовать свои стремления, тем самым повышая уровень производительности труда.

Ключевые слова: эффективность работы сотрудников аптек, работа аптек, аптечные организации, удовлетворённость работой

Для цитирования: ААлахмад А., Спичак И. В., Жирова И. В., Баллул Г. Анализ факторов, определяющих удовлетворенность работой сотрудников в фармацевтических организациях // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 247–250. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-247-250

Original article

Analysis of factors determining satisfaction with the work of employees in pharmaceutical organizations

Ahmad Alahmad¹, Irina V. Spichak², Irina V. Zhirova³, Gadir Ballul⁴

^{1–4}Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

¹alahmadahmad4073@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-4164-5386>

²spichal@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3932-5684>

³zhirova@bsu.edu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7770-6808>

⁴ghadeerballoul@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5097-7790>

Annotation. The study focused on job satisfaction and its role in improving the performance of employees of pharmaceutical organizations in the Syrian Arab Republic, in the province of Al Quneitra. The aim of the study was to find out the relationship between job satisfaction and performance of employees of pharmaceutical organizations, as well as the impact of participation in decision-making on pharmacy employees work and the percentage of their satisfaction with their work, and there is also a positive relationship between the salary and incentives that pharmacy employees receive and the degree of their satisfaction with their work. The study also showed that the level of satisfaction with the work of employees of pharmaceutical organizations increases and rises whenever superiors involve them in the development of policy, plans and decision-making. The study recommended the need to create a common work environment to act as a motivation for pharmacy employees to perform their jobs in an optimal manner and to work towards better salaries and incentives for pharmacy employees so that they can realize their aspirations and push them towards acceptance, thereby increasing productivity level.

Key words: efficiency of pharmacy employees; work of pharmacies; pharmacy organizations; job satisfaction

For citation: Alahmad A., Spichak I. V., Zhirova I. V., Ballul G. Analysis of factors determining job satisfaction of employees in pharmaceutical organizations. *Remedium*. 2023;27(3):247–250. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-247-250

Введение

«В условиях демократизации общества современные концепции управления напрямую связаны с повышением роли человеческого фактора. Это особенно актуально в организациях, объединяющих высококвалифицированных специалистов, где лю-

ди — главный ресурс. Очень важно, чтобы личностные особенности сотрудников аптеки максимально соответствовали организационным условиям его работы» [1].

Удовлетворённость работой считается одной из самых неоднозначных тем в науке управления, по-

сколькx это эмоциональное состояние, связанное с человеческим ресурсом, которое трудно понять, не говоря уже об объективном измерении, и, возможно, эта неоднозначность привела к появлению многих исследований по этому вопросу. В 1976 г. в США было проведено более 3350 исследований, посвящённых только удовлетворённости работой, несмотря на разногласия исследователей по поводу точного определения удовлетворённости работой. Некоторые из них рассматривали удовлетворённость работой как независимую переменную, влияющую на такое поведение сотрудников, как производительность, невыходы на работу, текучесть кадров и общение, а в других случаях — как зависимую переменную, на которую влияют заработная плата, система грантов и вознаграждений, структура власти и система принятия решений.

Взаимосвязь между производительностью труда и удовлетворённостью условиями на рабочем месте была в центре внимания многих эмпирических исследований. Интересы многих исследователей были связаны с попыткой проверить гипотезу, описывающую взаимосвязь между производительностью и удовлетворённостью, которая была популяризирована и распространена в 1940-х и начале 1950-х гг., благодаря экспериментальным исследованиям, измеряющим каждую из двух переменных в различных выборках сотрудников в США. А. Brayfield и соавт. проанализировали и оценили результаты экспериментальных исследований взаимосвязи между производительностью и удовлетворённостью и пришли к выводу, который опровергает причинно-следственную связь между ними [5].

Цель нашего исследования — выяснить факторы, определяющие удовлетворённость работой сотрудников фармацевтических организаций провинции Эль-Кунейтра в Сирийской Арабской Республике, поскольку это явление очень распространено в организациях как государственного, так и частного сектора. Изучение удовлетворённости работой среди сотрудников аптечных организаций рассматривается как процесс оценки, который охватывает множество аспектов работы и посредством которого директора аптек узнают поведенческие паттерны своих сотрудников, которые раскрывают положительные и отрицательные стороны работы, с помощью которых можно разработать и определять будущую стратегию развития при взаимодействии с сотрудниками в фармацевтических организациях.

Материалы и методы

Исследуемая группа представлена провизорами, фармацевтами и заведующими аптечными организациями в провинции Эль-Кунейтра Сирийской Арабской Республики.

Общее количество сотрудников аптечных организаций в провинции Эль-Кунейтра — 165 человек, из них фармацевтический персонал (фармацевты и провизоры) составил 117 человек, заведующие аптеками — 48 человек. Методом случайной выборки была отобрана часть сотрудников и руководителей,

работающих в различных подразделениях фармацевтических организаций с разным званием и образованием. Размер выборки определяли по упрощённой формуле: $n = N/(1 + Nd^2)$ [7], где N — размер сообщества; n — размер выборки; d — уровень точности. Применяя эту формулу при $d = 0,06$ произведён расчёт: $n = 165/(1 + 165 \times 0,06^2)$. Размер выборки составил 103 человека.

Для получения информации использовались первичные источники, представленные в анкете, и вторичные источники, представленные в справочных материалах, официальных публикациях, диссертациях и на веб-сайтах.

Разработанная нами анкета для исследования была распространена среди 103 респондентов: 62 сотрудников и 21 руководитель аптечными организациями. Основное внимание было уделено сотрудникам, поскольку они являются наиболее целенаправленной группой для выражения своего мнения. Общее количество анкет, которые были заполнены корректно и данные которых были учтены для анализа, — 83 (80,58%).

Первичные данные, собранные с помощью анкет, проанализированы с использованием статистической программы «Statistical Package for the Social Sciences» и таблиц для проверки взаимосвязей с помощью критерия χ^2 .

Результаты

В табл. 1 представлены ответы респондентов о переменных исследования. Первым был вопрос о том, рад ли сотрудник аптеки, когда руководитель вовлекает его в принятие решений и разработку планов. С этим согласна наибольшая доля респондентов (80,3%), и они считают для себя это мотивацией, которая положительно отражается на их работе и высоком уровне удовлетворённости своим трудом. Вторым вопросом касался надлежащей рабочей среды в аптечных организациях, поскольку мы обнаружили, что наибольший процент респондентов (71,5%) согласны с тем, что рабочая среда в целом является подходящей. Также отметим, что наибольшая доля респондентов (73,9%) согласна с необходимостью развития фармацевтических технологий и оборудования, чтобы не отставать от других стран и знакомиться с большим опытом, который можно использовать для улучшения профессиональных качеств фармацевтического персонала и повышения качества работы организации.

Мы выявили, что большая доля сотрудников аптеки (85,4%) согласны с тем, что их отношения с непосредственным руководством являются удовлетворительными, поскольку это видно по хорошему обращению, которое большинство сотрудников аптеки встречает со стороны своего руководства. Это может указывать на то, что существует ряд ценностей, которых придерживаются заведующие аптек. Также у большей части респондентов (80,2%) прекрасные отношения с коллегами, что положительно отражается на их производительности труда.

Таблица 1

Распределение исследуемой выборки по исследуемым переменным, %

Утверждение	Полностью согласен	Согласен	Не знаю	Не согласен	Категорически не согласен
Руководитель вовлекает фармацевтических сотрудников аптеки в процесс принятия решений и составления планов	54,4	25,9	15,7	2,2	1,8
Насколько удовлетворяет рабочая среда в фармацевтической организации	18,8	52,7	4,2	19,2	5,1
Необходимо развивать технологии	31,6	42,3	8	10,6	7,5
Отношения сотрудников с руководством аптеки удовлетворительные	32,1	53,3	7,2	5,3	2,1
Отношение сотрудников аптеки друг к другу удовлетворительное	39,3	40,9	6,6	6,9	6,3
Сотрудники аптеки довольны окружающей средой	26,4	43,3	5,9	20,1	4,3
Развитие фармацевтической рабочей среды — мотив достижения удовлетворённости работой	46,4	37,6	2,3	9,6	3,5
Зарботная плата соответствует выполняемой работе фармацевта	4,3	17,6	12,2	42,7	23,2
Поощрения мотивируют работу, которая должна быть выполнена	37,4	43,7	6,8	8,7	3,4
Увеличение стимулов приводит к более высокому уровню достижений	47,3	34,6	6,7	8	3,4
Довольны зарплатами и льготами	4,6	15,2	10,4	40,1	29,7
Высокий уровень подготовки позволяет оптимально выполнять фармацевтическую работу	55,5	28,3	6,1	7	3,1
Нагрузка соизмерима с выполнением фармацевтической работы	34,4	42,5	7,2	11	4,9
Повышение квалификации повышает удовлетворённость сотрудников аптеки	71,6	22,4	3,2	1,7	1,1
У сотрудников аптеки есть желание делать свою работу	50,4	20,2	12,1	8,2	9,1
Дисциплина приводит к удовлетворению на работе	68,3	22,9	5,1	1,4	2,3
Корпоративные правила работают в интересах общества	60,4	22,4	10,8	4,2	3,2
Сотрудники аптеки хотят продолжать свою фармацевтическую работу	52,6	31,7	8,2	5,1	4
Сотрудники аптеки не бросают работу, несмотря на их неудовлетворённость	44,9	33,1	16,2	4,9	1,9
Прислушиваться к мнению сотрудников аптеки — в интересах общества	52,4	36,3	8,3	2,2	0,8
Вовлечённость сотрудников аптеки повышает их удовлетворённость своей работой	55,2	26,6	10,7	4,8	2,7

Подавляющее большинство (84%) респондентов согласны с тем, что развитие фармацевтической рабочей среды мотивирует их на выполнение работы с большей отдачей.

Более половины респондентов (65,9%) не согласны с тем, что заработная плата, которую они получают, соответствует их работе. Респонденты (81,1%) согласны с тем, что стимулы и вознаграждения мотивируют их на выполнение работы. Мотивация побуждает их выполнять свою работу и способствует приверженности делу и дисциплине. Это то, что было доказано всеми исследованиями, связанными с этой темой [8—10].

Не удовлетворены заработной платой и льготами, которые они получают, 69,8% респондентов.

Респонденты согласны с тем, что высокий уровень их обучения мотивирует их работать оптимально. Мы также выявили, что 76,9% респондентов согласны с тем, что их обучение соответствует выполняемой ими работе. Результат указывает на то, что сотрудники аптеки приобрели опыт, благодаря которому они могут выполнять свои обязанности. Респонденты, имеющие желание заниматься своей работой, составили 96,9%.

Респонденты (91,2%) чувствуют удовлетворение от работы, когда их дисциплинируют. Кроме того, их увлечённость фармацевтической работой считается сильным мотивом для их дисциплины на работе; сотрудники аптеки не бросают работу, несмотря на их неудовлетворённость работой (78%), ввиду повышенной ответственности.

Далее нами проведена проверка гипотез исследования. Из табл. 2 видно, что все переменные имеют статистически значимую связь с зависимой переменной (удовлетворённость работой в фармацевтических организациях), а значимость теста χ^2 менее 0,05. Результаты анализа показали, что удовлетворённость работой является зависимой переменной, на которую влияют заработная плата, си-

Таблица 2

Взаимосвязь между удовлетворённостью работой и некоторыми переменными исследования

Изменяемый	Значение χ^2	Степень свободы	Ограничения
Фармацевтическая рабочая среда	49,691	8	0
Зарботная плата и стимулы в фармацевтических организациях	26,765	11	0,039
Обучение и тренинги в фармацевтических организациях	76,984	11	0
Участие в принятии решений в фармацевтических организациях	24,395	8	0

стема премий и вознаграждений, структура полномочий и система принятия решений, что, в свою очередь, сказывается на качестве труда провизоров, фармацевтов и заведующих аптечными организациями.

Обсуждение

Рекомендации по повышению удовлетворённости работой сотрудников в фармацевтических организациях:

1. Работать над повышением заработной платы, чтобы соответствовать требованиям уровня жизни, а система вознаграждений и стимулов должна быть пересмотрена, чтобы мотивировать сотрудников фармацевтических организаций на оптимальное выполнение фармацевтической работы.

2. Необходимо создать в аптечных организациях подходящую рабочую среду, включая оборудование, качественные зоны отдыха, удобную, понятную и простую маршрутизацию рабочего процесса, которые будут мотивацией к лучшему выполнению своей работы.

3. Развивать вовлечённость в прохождении курсов повышения квалификации, чтобы сотрудники могли преодолевать трудности, с которыми они могут столкнуться при выполнении возложенных на них задач.

4. Важно уделять внимание тому, чтобы узнать мнение сотрудников фармацевтических организаций и привлечь их к принятию решений и определению планов на будущее, чтобы улучшить их производительность труда и повысить их удовлетворённость своей работой.

Заключение

Удовлетворённость работой в фармацевтических организациях — это одна из актуальных тем, которая должна изучаться, ежегодно пересматриваться и совершенствоваться управляющими фармацевтическими организациями для повышения мотивации и производительности труда сотрудников, что будет отражаться на качестве предоставляемой фармацевтической помощи и эффективности работы фармацевтической организации в целом.

Выводы

1. Существует прямая зависимость между средой, в которой работает работник фармацевтической организации, и его удовлетворённостью своей работой, т. е. чем лучше социально-психологическая обстановка в организации, тем выше уровень удовлетворённости работников своей работой, что положительно отражается на уровне его исполнения.

2. Существует прямая зависимость между тренингами и различного вида обучением, которые провизор получает в организации, и результативностью его работы. Чем выше у него показатели подготовки и квалификации, тем больше это приводит к улучшению его работы.

3. Существует прямая связь между заработной платой и стимулирующими платежами, полученными сотрудниками и менеджерами аптеки, и улучшением их работы.

4. Степень удовлетворённости работой сотрудников аптеки увеличивается всякий раз, когда руководство привлекает их к разработке политики организации, планов и принятию решений.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023. The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филина И. А. Анализ удовлетворенности персонала аптечных организаций // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2013. № 4. С. 250—256.
2. Vroom V. K. Work and motivation. Wiley; 1964. P. 23.
3. Kepler K. Achieving job satisfaction. Cairo; 2003. (In Arab.)
4. Witzel M., Warner M. Taylorism revisited: culture, management theory and paradigm shift // Journal of General Management. 2015. Vol. 40, N 3. P. 55—69.
5. Brayfield A., Crockett W. Employee attitudes and employee performance // Psychological Bulletin. 1955. No. 52. P. 396—424. DOI: 10.1037/h0045899
6. Al-Ghurairy Hadeel Hisham. Job satisfaction and performance measurement, Kuwait; 2016. (In Arab.)
7. Taro Y. Statistics: an introductory analysis. N.Y.; 1967. P. 579—583.
8. Nasreddin S. A. Job satisfaction of Saudi faculty members at Saudi universities: Master's thesis. Jeddah; 1992. (In Arab.)
9. Al-Daihani T. M. Job satisfaction of sales representatives in the Saudi private sector: a field study : a field study on private sector organizations in the eastern province // Arab Journal of Administrative Sciences. 2007. N 2. P. 237—264. (In Arab.)
10. Ibrahim A. O. Incentive systems and their impact on job satisfaction: a case study of the Faculty of Commerce at Al-Neelain University: Master Thesis. Sudan University of Science and Technology. Khartoum; 2003. (In Arab.)

REFERENCES

1. Filina I. A. Analysis of the satisfaction of personnel of pharmacy organizations. *Scientific sheets. Series Medicine. Pharmacy.* 2013;(4):250—256. (In Russ.)
2. Vroom V. K. Work and motivation. Wiley; 1964. P. 23.
3. Kepler K. Achieving job satisfaction. Cairo; 2003. (In Arab.)
4. Witzel M., Warner M. Taylorism revisited: culture, management theory and paradigm shift. *Journal of General Management.* 2015;40(3):55—69.
5. Brayfield A., Crockett W. Employee attitudes and employee performance. *Psychological Bulletin.* 1955;(52):396—424. DOI: 10.1037/h0045899
6. Al-Ghurairy Hadeel Hisham. Job satisfaction and performance measurement, Kuwait; 2016. (In Arab.)
7. Taro Y. Statistics: an introductory analysis. N.Y.; 1967:579—583.
8. Nasreddin S. A. Job satisfaction of Saudi faculty members at Saudi universities: Master's thesis. Jeddah; 1992. (In Arab.)
9. Al-Daihani T. M. Job satisfaction of sales representatives in the Saudi private sector: a field study : a field study on private sector organizations in the eastern province. *Arab Journal of Administrative Sciences.* 2007;(2):237—264. (In Arab.)
10. Ibrahim A. O. Incentive systems and their impact on job satisfaction: a case study of the Faculty of Commerce at Al-Neelain University: Master Thesis. Sudan University of Science and Technology. Khartoum; 2003. (In Arab.)

В фокусе внимания — пациент

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-251-255

Роль монетарных и социально значимых факторов в принятии решений пациентами — медицинскими туристами

Полина Игоревна Ананченкова

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация;

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва,
Россия;

Международная высшая школа медицины, Бишкек, Республика Кыргызстан

ananchenkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

Аннотация. Медицинский туризм и связанная с ним предпринимательская деятельность считаются одними из наиболее прибыльных секторов гостинично-туристического бизнеса для многих стран. Однако успешность медицинских организаций, туристических направлений и стран на мировом рынке медицинского туризма напрямую зависит от выбора туриста-пациента, который, в свою очередь, формируется на основе ценовых и неценовых факторов. **Цель** настоящей работы — анализ влияния монетарных (цена) и социально значимых (качество и доверие) факторов на принятие решений медицинскими туристами о выборе направления для медицинской поездки.

Ключевые слова: медицинский туризм; медицинская помощь; намерения; потребительское поведение; маркетинг; монетарные и социальные факторы

Для цитирования: Ананченкова П. И. Роль монетарных и социально значимых факторов в принятии решений пациентами — медицинскими туристами // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 251—255. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-251-255

The focus of attention is on the patient

Original article

The role of monetary and socially significant factors in decision—making by medical tourists

Polina I. Ananchenkova

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;
Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia;
International Higher School of Medicine, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan
ananchenkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

Annotation. Medical tourism and related business activities are considered one of the most profitable sectors of the hotel and tourism business for many destination countries. The link between healthcare and tourism has led to the fact that for many countries it is one of the largest service industries, and medical tourism brings significant monetary benefits to many destination countries. However, the success of medical organizations, tourist destinations and countries in the global medical tourism market directly depends on the choice of the tourist-patient. Which, in turn, is formed on the basis of price and non-price factors. The purpose of this work is to analyze the influence of monetary (price) and socially significant (quality and trust) factors on decision—making by medical tourists about choosing a destination for a medical trip.

Keywords: medical tourism; medical care; intentions; consumer behavior; marketing; monetary and social factors

For citation: Ananchenkova P. I. The role of monetary and socially significant factors in decision—making by medical tourists. *Remedium*. 2023;27(3):251–255. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-251-255

Введение

Медицинский туризм (МТ) и связанная с ним предпринимательская деятельность считаются одним из наиболее прибыльных секторов гостинично-

туристического бизнеса для многих стран назначения. Данный сегмент индустрии путешествий стремительно расширяется, и конкуренция на международном рынке МТ становится всё более острой [1]. В условиях растущей конкурентной среды главной

заботой организаторов здравоохранения, практикующих врачей и туроператоров является привлечение новых медицинских путешественников с помощью маркетинговых технологий и мотивации их к покупкам повторных и дополнительных медицинских услуг.

Согласно классическим теориям маркетинга, удерживать существующих клиентов примерно в 5 раз выгоднее, чем привлекать новых, поскольку увеличение затрат на удержание имеющихся клиентов всегда ниже затрат на привлечение новых. Таким образом, на рынке МТ признание значимых для потребителей (пациентов) факторов в процессах принятия решений о приобретении медицинских услуг и понимание их специфической роли в развитии рынка становится всё более важным на уровне как отдельной медицинской организации, экспортирующей свои услуги, так и страны, ставящей развитие МТ в качестве приоритетного направления развития народного хозяйства.

Цель настоящей работы — провести анализ влияния монетарных (цена) и социально значимых (качество и доверие) факторов на принятие решений медицинскими туристами о выборе направления для медицинской поездки.

Материалы и методы

Работа представляет собой краткий обзор научных работ, опубликованных в зарубежных рецензируемых изданиях. При работе над темой были использованы общенаучные методы исследования: анализ, синтез и обобщение.

Результаты и обсуждение

Связь между здравоохранением и туризмом привела к тому, что для многих стран это одна из крупнейших отраслей сферы услуг, а МТ приносит значительные выгоды многим странам назначения. МТ считается одним из самых быстрорастущих секторов туризма в мире. Чтобы завоевать большую долю рынка во все более конкурентной индустрии МТ, медицинские клиники в странах назначения улучшают сервис (прежде всего в той его части, которая касается размещения пациентов) таким образом, чтобы они напоминали те, которые можно найти во многих 4- и 5-звездочных отелях [2]. Эти учреждения обычно предлагают своим международным клиентам не только качественную медицинскую помощь, но и более высокий уровень обслуживания. Некоторые возможные трудности или неудобства, с которыми часто сталкиваются пациенты, путешествующие за границу (например, языковой барьер, неэффективная коммуникация, некачественная медицинская помощь, некомфортная атмосфера, некачественное лечение, недоброжелательный персонал и пр.), значительно сокращаются в специализированных клиниках МТ [3]. Например, чтобы свести к минимуму эти трудности и неудобства, ориентируясь на поток клиентов-пациентов из Китая и Японии, многие клиники Южной Кореи улучшили медицинское обслуживание за счёт повышения качества основного продукта — медицинской услуги, а

также сервисных мероприятий, дополняющих основную услугу:

- привлекли медицинских работников более высокой квалификации, в том числе из-за рубежа;
- обеспечили пациентам предложение широкого ассортимента сопутствующих медицинских/эстетических товаров;
- расширили период непрерывного ухода в послеоперационный период;
- повысили соотношение медсестёр и пациентов.

Кроме того, в южнокорейских клиниках, ориентированных на экспорт медицинских услуг, была проведена масштабная работа по повышению квалификации персонала с ориентацией на обслуживание медицинских туристов в гостиничном стиле для обеспечения искренней вежливости и высокого уровня компетентности персонала, говорящего на одном языке с пациентами и обладающего отличными медицинскими знаниями [3]. Выступая в качестве посредников, эти подразделения медицинских организаций, обеспечивающие размещение медицинских туристов, помогают им получить приятные впечатления от МТ и способствуют увеличению числа международных клиентов, прибывающих для лечения и эстетической хирургии в корейские клиники [3].

Восприятие цены (высокая или низкая, разумная или неразумная) играет важную роль в процессах принятия решений потребителями. Эмпирические данные подтверждают предположение о том, что обоснованность цен компанией по сравнению с ценами её конкурентов играет центральную роль в формировании благоприятных намерений и лояльности по отношению к ней [4]. Исследователи сходятся во мнении, что для чёткого понимания покупательского поведения потребителей следует изучить степень и уровень приемлемости цены, поскольку цена является важнейшей характеристикой продукта/услуги, влияющей на принятие решений о покупке. Именно поэтому при прочих равных условиях (качество медицинской услуги, применяемые технологии, квалификация медицинского персонала клиники и пр.) многие медицинские туристы из экономически развитых стран предпочитают покупать медицинские услуги в менее развитых странах.

Цена становится всё более актуальной темой в индустрии гостеприимства и туризма. Для многих видов бизнеса чрезвычайно важно знать, воспринимают ли клиенты цены и их изменения как адекватные. Опасения потребителей по поводу справедливости цен влияют на их поведение при выборе товара/услуги. Клиенты часто используют разумность цены в качестве ориентира при оценке своего опыта в области продуктов и услуг и формировании своего отношения к поставщику. Суждения отдельных лиц о том, является ли цена фирмы разумной или неразумной, часто приводят к неблагоприятным решениям в отношении компании-поставщика. Термин «цена» имеет как монетарный, так и неденежный аспект. Денежный аспект — это объективная цена

(т. е. фактическая цена) продукта или услуги, в то время как неденежный аспект — это цена, воспринимаемая потребителями (т. е. закодированная цена). Исследователи описали эту закодированную цену как индивидуальную оценку адекватности/разумности цены на продукт или услугу по сравнению с ценами, взимаемыми конкурирующими компаниями [4]. Другими словами, разумность цен можно описать как восприятие потребителями приемлемости цены на товар или услугу по сравнению с ценами конкурентов (т. е. эталонными). Многие исследователи указали, что из-за сложности ценовой среды в секторе гостеприимства/туризма необходимо использовать фактическую цену продукта или услуги при изучении их роли в процессах принятия решений клиентами [4]. Например, медицинская клиника может предлагать несколько видов операций, стремясь предоставить иностранным путешественникам разнообразные медицинские, оздоровительные, эстетические продукты и различные уровни гостиничных услуг (например, широкий ассортимент продуктов питания и напитков, номера различных типов и видов обслуживания, услуги консьержа и пр.). В этой сложной ценовой среде для определения её роли в формировании решения клиента может быть более подходящим взгляд на предполагаемую адекватность цены, а не на фактическую цену. Согласно Н. Oh, клиенты склонны запоминать закодированную/воспринимаемую цену, а не фактическую цену после субъективной оценки разумности цены по сравнению с ценами, предлагаемыми конкурентами [5]. В контексте МТ разумность цены существенно влияет на формирование намерений людей обратиться в клинику за медицинской помощью. Таким образом, воспринимаемая разумность цен является одной из наиболее важных причин, по которой потребители остаются у текущего поставщика услуг или переходят к другому.

С точки зрения международного медицинского туриста, при выборе медицинской клиники в конкретном месте может возникнуть неопределённость в отношении эффективности, поскольку клиенты-пациенты не могут заранее увидеть и проверить продукты/услуги, предлагаемые клиникой. Иными словами, продукты и услуги, скорее всего, не будут доступны для ознакомления до совершения фактических покупок. В таких случаях разумность цены, вероятно, будет играть большую роль в формировании поведенческих намерений пациентов-клиентов. Медицинские туристы, особенно из развитых стран, часто сталкиваются со значительными различиями в стоимости определённых видов лечения (например, стоматологической помощи, косметической хирургии) между странами их происхождения и странами назначения. Эти различия обуславливают популярность направлений и формируют рейтинги стран МТ на основе ценового фактора.

Соответственно, международные медицинские туристы из многих стран путешествуют в менее развитые, равноценные по уровню развития или развитые страны в поисках более разумных/приемлемых цен. Например, клиенты из США, как правило, вы-

езжают за границу для получения менее дорогостоящего медицинского обслуживания; японцы также часто путешествуют за границу в поисках более доступного медицинского обслуживания; китайские пациенты отправляются за границу за высококачественной медицинской помощью по разумной цене. Восприятие цен достаточно важно для того, чтобы у международных потребителей формировались сильные поведенческие намерения. Восприятие потребителями разумности цен может привести их к одному из двух решений: приравнять высокие цены к высокому качеству или отговорить их от выкупа товара/услуги. Оба решения могут играть как положительную, так и отрицательную роль в процессе принятия решений.

Качество медицинских услуг, удовлетворённость и доверие долгое время считались ключевыми понятиями, объясняющими поведение клиентов — медицинских туристов — относительно их потенциальных действий после покупки медицинского тура. Исследователи в целом сходятся во мнении, что эти переменные способствуют формированию благоприятных намерений по отношению к медицинской организации и влияют на удержание клиентов-пациентов и их лояльность [6]. Признавая важность таких переменных, каждая компания в индустрии гостеприимства и туризма, вне зависимости от специализации и занимаемого сегмента, становится всё более озабоченной эффективным управлением, повышением качества, удовлетворённости и доверия потребителей. Таким образом, обеспечение потребителей более высоким качеством продукта или услуги, достижение более высокого уровня удовлетворённости и повышение уровня уверенности в эффективности продукта/услуги — вот некоторые из важных вопросов, с которыми сталкиваются современные маркетологи гостиничного бизнеса и туризма.

Концептуализации воспринимаемого качества продуктов и услуг МТ в существующей литературе мало отличаются от других и также имеют значение только для процесса оценки продуктов и услуг, предлагаемых конкретной компанией, на предмет их превосходства по сравнению с альтернативами, предоставляемыми конкурентами. Воспринимаемое качество продукта (услуги) относится к индивидуальной оценке основных характеристик приобретаемого блага (например, превосходство медицинского обслуживания, хирургические/врачебные навыки персонала, более широкая доступность медицинских изделий, непрерывность ухода, современность медицинского оборудования) в конкретном медицинском учреждении, а воспринимаемое качество обслуживания указывает на оценку качества работы медицинских работников и иного персонала (например, навыки и компетентность в предоставлении услуг, комфортное общение, доброта).

Кроме того, хотя за последние несколько десятилетий сформировались различные концепции удовлетворённости, общее мнение исследователей заключается в том, что индивидуальная удовлетворённость — это оценка общего опыта потре-

ния. Если клиенты оценивают свой общий потребительский опыт достаточно высоко, вполне вероятно, что уровень их удовлетворённости и готовность к повторной покупке повысятся.

Многие исследования в различных областях подтвердили важную роль качества и удовлетворённости в формировании намерений [7, 8]. Существующая литература указывает на то, что, несмотря на сложную природу взаимосвязи между качеством и удовлетворённостью, качество в целом выступает важным предиктором удовлетворённости; и эта взаимосвязь является фундаментальной в формировании поведенческих намерений. В частности, подтверждено, что качество обслуживания/продукта влияет на удовлетворённость, и эти конструкции способствуют формированию поведенческих намерений клиентов.

В сфере услуг соотношение качества и удовлетворённости имеет важное значение для формирования намерения. Качество является основным фактором удовлетворённости, а поведенческие намерения потребителей являются функцией этих переменных. В целом, эмпирические данные указывают на то, что удовлетворённость качеством играет ключевую роль в процессе принятия решений отдельными людьми.

Доверие рассматривается как важнейший ключ к поддержанию преимущества в отношениях между заказчиком и поставщиком услуг. D. Sirdeshmukh и соавт. описали доверие как «ожидания потребителя в отношении того, что поставщик услуг надёжен и на него можно положиться в выполнении его обещаний» [9]. Среди исследователей существует довольно широкий консенсус в отношении того, что доверие служит эффективным средством минимизации неопределённости или смягчения источников неопределённости. Доверие включает в себя два аспекта: доверие к сотрудникам/штату обслуживающего персонала и доверие в политике/практике фирмы. Первый аспект доверия связан с восприятием клиентами поведения персонала и его результатов в ситуации, связанной с оказанием услуг; второй аспект в основном основан на результатах деятельности компании, включая её политику и практику [10].

Согласно агентской теории, доверие скорее всего приводит к лояльности, независимо от величины уровня взаимоотношений между компанией и её клиентами.

Доверие особенно важно в контексте МТ в бедных странах, где непрерывность медицинской помощи, некачественное медицинское обслуживание, халатность и несчастные случаи становятся всё более значимыми рисками в быстро развивающейся международной медицинской индустрии. В целом, удовлетворённость пациентов и клиентов является важной движущей силой доверия, и это доверие играет существенную роль в формировании поведенческих намерений в отношении принятия решений по поводу МТ.

Заключение

МТ демонстрирует феноменальный рост, но по-прежнему мало что известно о роли качества, цены и доверия в объяснении поведения иностранных пациентов-путешественников в принятии решения относительно покупки медицинского тура.

Несмотря на критичность качества продукции/услуг, удовлетворённости и доверия, в научной литературе крайне мало исследований в области МТ, посвящённых их связи с качеством медицинской помощи и обслуживанию и с чувством доверия к медицинским клиникам и их персоналу, а также слабо исследовано влияние таких отношений на поведенческие намерения в контексте МТ. Кроме того, хотя цена и её важность неоднократно подчеркивались в литературе по маркетингу, недостаточно исследований сдерживающей роли воспринимаемой разумности цен в индустрии гостеприимства и туризма именно в сегменте МТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананченкова П. И., Камынина Н. Н. Социально-экономические аспекты развития экспорта медицинских услуг // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 2. С. 184—189.
2. Bernstein N. Chefs, butlers, marble baths: hospitals vie for the affluent // *New York Times*. 2013. March 15.
3. Han H. The healthcare hotel: distinctive attributes for international medical travelers // *Tourism Management*. 2013. Vol. 36. P. 257e268.
4. Han H., Kim W. Outcomes of relational benefits: restaurant customers' perspective // *J. Travel Tourism Mark.* 2009. Vol. 26. P. 820e835.
5. Oh H. The effect of brand class, brand awareness, and price on customer value and behavioral intentions // *J. Hosp. Tourism Res.* 2000. Vol. 24, N 2. P. 136e162.
6. Han H., Ryu K. Moderating role of personal characteristics in forming restaurant customers' behavioral intentions: an upscale restaurant setting // *J. Hosp. Leisure Mark.* 2006. Vol. 15, N 4. P. 25e53.
7. Ryu K., Han H. Influence of the quality of food, service, and physical environment on customer satisfaction and behavioral intention in quick-casual restaurants: moderating role of perceived price // *J. Hosp. Tourism Res.* 2010. Vol. 34, N 3. P. 310e329.
8. Ting D. H. Service quality and satisfaction perceptions: curvilinear and interaction effect // *Int. J. Bank Mark.* 2004. Vol. 22, N 6. P. 407e420.
9. Sirdeshmukh D., Singh J., Sabol B. Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges // *J. Marketing*. 2002. Vol. 66, N 1. P. 15e37.
10. Santos C. P., Basso K. Do ongoing relationships buffer the effects of service recovery on customers' trust and loyalty? // *Int. J. Bank Mark.* 2012. Vol. 30, N 3. P. 168e192.

REFERENCES

1. Ananchenkova P. I., Kamynina N. N. Socio-economic aspects of the development of the export of medical services. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2020;28(2):184—189. (In Russ.)
2. Bernstein N. Chefs, butlers, marble baths: hospitals vie for the affluent. *New York Times*. 2013. March 15.
3. Han H. The healthcare hotel: distinctive attributes for international medical travelers. *Tourism Management*. 2013;36:257e268.

4. Han H., Kim W. Outcomes of relational benefits: restaurant customers' perspective. *J. Travel Tourism Mark.* 2009;26:820e835.
5. Oh H. The effect of brand class, brand awareness, and price on customer value and behavioral intentions. *J. Hosp. Tourism Res.* 2000;24(2):136e162.
6. Han H., Ryu K. Moderating role of personal characteristics in forming restaurant customers' behavioral intentions: an upscale restaurant setting. *J. Hosp. Leisure Mark.* 2006;15(4):25e53.
7. Ryu K., Han H. Influence of the quality of food, service, and physical environment on customer satisfaction and behavioral intention in quick-casual restaurants: moderating role of perceived price. *J. Hosp. Tourism Res.* 2010;34(3):310e329.
8. Ting D. H. Service quality and satisfaction perceptions: curvilinear and interaction effect. *Int. J. Bank Marketing.* 2004;22(6):407e420.
9. Sirdeshmukh D., Singh J., Sabol B. Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges. *J. Marketing.* 2002;66(1):15e37.
10. Santos C. P., Basso K. Do ongoing relationships buffer the effects of service recovery on customers' trust and loyalty? *Int. J. Bank Mark.* 2012;30(3):168e192.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.

The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-256-260

Удовлетворённость качеством медицинской помощи, оказываемой взрослому населению со стоматологическими заболеваниями по полисам ОМС и ДМС: оценка первичного приема

Александр Игоревич Гусев¹, Артак Каренович Аветисян²

¹Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия;

²Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация

¹alexandergusev1986@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-9588-0085>

²artak-avetisyan-1988@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3140-3622>

Аннотация. Удовлетворённость пациентов — это показатель того, в какой степени пациент доволен медицинской помощью, которую он получил от своего поставщика медицинских услуг. Удовлетворённость пациентов является одним из наиболее важных факторов, определяющих эффективность медицинского учреждения. Это один из стандартов для измерения эффективности, когда эффективность медицинской организации связана с предоставлением услуг и обеспечением их качества.

В работе представлены данные авторского исследования удовлетворённости качеством медицинской помощи в рамках первичного приёма по вопросам стоматологической ортопедии, оказываемой по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Сделан вывод о том, что в рамках первичного (консультационного) приёма программа финансирования не влияет на качество оказываемой медицинской помощи и уровень удовлетворённости пациентов.

Ключевые слова: стоматология; ортопедия; зубопротезирование; первичный приём; медицинская помощь; качество; удовлетворённость; пациент

Для цитирования: Гусев А. И., Аветисян А. К. Удовлетворённость качеством медицинской помощи, оказываемой взрослому населению со стоматологическими заболеваниями по полисам ОМС и ДМС: оценка первичного приёма // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 256—260. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-256-260

Original article

Satisfaction with the quality of medical care provided to adults with dental diseases under the policy of CHI and VMI: evaluation of primary reception

Alexandr I. Gusev¹, Artak K. Avetisyan²

¹Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

alexandergusev1986@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-9588-0085>

artak-avetisyan-1988@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3140-3622>

Annotation. Patient satisfaction is an indicator of the extent to which a patient is satisfied with the medical care they have received from their healthcare provider. Patient satisfaction is one of the most important factors determining the effectiveness of a medical institution. This is one of the standards for measuring effectiveness when the effectiveness of a medical organization is related to the provision of services and ensuring their quality.

The paper presents the data of the author's study of satisfaction with the quality of primary admission on dental orthopedics provided within the framework of the CHI and VMI program.

It is concluded that within the framework of the initial (consultation) admission, the funding program does not affect the quality of medical care provided and the level of patient satisfaction.

Key words: dentistry; orthopedics; dental prosthetics; primary admission; medical care; quality; satisfaction; patient

For citation: Gusev A. I., Avetisyan A. K. Satisfaction with the quality of medical care provided to the adult population with dental diseases under the policy of CHI and VMI: assessment of the initial admission. *Remedium*. 2023;27(3):256–260. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-256-260

Введение

Наилучшее предоставление медицинских услуг позволяет руководству медицинской организации дифференцировать её среди конкурентов, повысить практическую конкурентоспособность.

Grönpöös С. охарактеризовал восприимчивое качество как процедуру оценки, при которой клиент

сравнивает свои ожидания со своими наблюдениями за обслуживанием. Качество медицинского обслуживания — это несоответствие между восприятием пациентов и их предположениями относительно услуг [1].

В медицинских учреждениях пациенты являются основой организации процесса оказания меди-

цинской помощи. Исследования, посвящённые оцениванию пациентами оказываемой медицинской помощи, показали, что пациенты оценивают набор отдельных показателей, отражающих процедуру предоставления услуг, её результаты, структуру, а также роль врача [2]. J.J.Jr. Cronin и соавт. пришли к выводу о том, что существует тесная взаимосвязь между качеством оказания медицинских услуг и удовлетворённостью пациентов [3]. Кроме того, удовлетворение потребностей пациентов и стандартов медицинского обслуживания имеют важное значение для достижения высокой значимости медицинской помощи как на персонализированном уровне, так и на уровне системы здравоохранения государства.

Результаты исследований А. Shabbir и соавт., М. Asif и соавт. показали значительную связь между удовлетворённостью пациентов и качеством медицинских услуг [4, 5]. Удовлетворённость пациентов также определяется путём изучения особенностей между ожидаемыми и воспринимаемыми медицинскими услугами. Удовлетворённость пациентов помогает в качестве связующего звена между поведенческими намерениями и качеством предоставления медицинских услуг.

Удовлетворённость пациентов является важнейшим показателем, который обычно используется для оценки результатов медицинского обслуживания — непосредственно медицинских услуг, которые получили пациенты. Такие оценки могут помочь понять потребности пациентов и определить факторы обслуживания, которые нуждаются в улучшении. Фактические данные показывают, что низкий уровень удовлетворённости пациентов медицинскими услугами является одной из основных причин ухудшения отношений между врачом и пациентом, что приводит к снижению использования медицинских услуг, особенно в системах первичной медико-санитарной помощи [6]. Системы здравоохранения, ориентированные на оказание первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), стремятся к более устойчивым и лучшим результатам в отношении здоровья населения, поскольку ПМСП более эффективна с точки зрения затрат. При этом даже самая совершенная система ПМСП не может избавиться от высокой степени неудовлетворённости пациентов и стабильных отношений между врачами и пациентами. Ещё бóльшая дифференциация в оценках удовлетворённости пациентов наблюдается при оказании ПМСП по полисам обязательного (ОМС) и добровольного (ДМС) медицинского страхования. Таким образом, исследование факторов удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи является актуальным, содействует повышению эффективности системы здравоохранения в целом и определяет **цель** настоящей работы — провести оценку удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой взрослому населению со стоматологическими заболеваниями по полису ОМС и ДМС в рамках первичного приёма.

Материалы и методы

В представленной работе была использована методология стандартизированного пациента (СП) для оценки детерминант удовлетворённости пациентов, связанных с поставщиком медицинских услуг. СП — это пациент, лицо, которое обучено представлять информацию о случае конкретного заболевания стандартизированным образом [7]. Этот метод не только контролирует предвзятость в результате различий в популяции пациентов, но и нацелен на конкретные заболевания, что обеспечивает взаимную надёжность между всеми СП и позволяет вести адекватные сравнения между различными поставщиками одинаковых услуг. Поскольку на практике СП обращаются за медицинской помощью без предупреждения, подробную информацию о посещениях врача в реальных ситуациях можно собрать путём записи взаимодействий между СП и врачами либо проводя исследование сразу после случая обращения за медицинской помощью. Метод СП был рекомендован в качестве эффективного метода оценки клинической эффективности с акцентом на результаты лечения пациентов [8]. В частности, хотя СП могут судить о врачах более критически, чем другие пациенты, они, тем не менее, предоставляют достоверные отзывы о пациентском опыте, а рейтинговые оценки СП соответствуют показателям реальных пациентов в эмпирических исследованиях. Иными словами, удовлетворённость, определяемая СП, может в определённой степени предсказать удовлетворённость реальных пациентов.

Исследование проводилось на базе 6 медицинских организаций города Москвы, оказывающих стоматологическую медицинскую помощь по программам ОМС и ДМС. В исследовании приняли участие 160 человек — получателей медицинских услуг по программам ОМС и ДМС (по 80 человек в каждой категории) в возрасте 65 лет и старше, обратившиеся на первичную консультацию по вопросам зубопротезирования и выступившие в качестве СП.

После каждой консультации СП заполняли структурированный вопросник для оценки их удовлетворённости качеством оказания медицинской помощи. Для оценки процесса консультаций СП при посещении стоматолога мы собрали информацию из нескольких переменных:

- продолжительность консультации;
- изучал ли врач сопутствующие диагнозы;
- задавали ли СП вопросы об основных методах поддержки здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний;
- предлагались ли медицинские обследования (включая обследования, проведённые во время первичного приёма, инвазивные обследования, которые не были завершены, но результаты которых будут предоставлены СП позднее), или последующие визиты;
- прерывался ли первичный приём другими лицами;

- количество пациентов, ожидавших приёма в момент прибытия СП в медицинскую организацию;
- продолжительность ожидания;
- общая стоимость консультации (в рамках обслуживания по полису ДМС).

Для оценки удовлетворённости пациентов врачами-стоматологами, оказывающими ПМСП, и их работой в процессе первичного приёма в рамках исследования использовалась структурированная анкета. Анкета содержала 4 вопроса:

1. «Врач создал спокойную и доброжелательную обстановку, позволил Вам расслабиться и захотеть описать ему симптомы и проблемы»;
2. «Врач много знал о Вашем заболевании»;
3. «В целом, врач дал Вам адекватные и понятные объяснения относительно Вашего состояния во время визита»;
4. «Врач полностью разъяснил план и сущность лечения».

Ответы были оценены по 5-балльной шкале Лайкерта в диапазоне от 1 — «категорически не согласен» до 5 — «полностью согласен». Уровень общей удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой взрослому населению со стоматологическими заболеваниями, полученной в рамках первичного приёма, был рассчитан на основе суммы баллов.

Результаты

Продолжительность консультации (первичного приёма) по вопросам зубопротезирования по полису ОМС в государственных медицинских организациях составила, по оценкам СП, в среднем 8 мин, в негосударственных медицинских организациях — 16 мин.

Изучение врачами сопутствующих диагнозов указали 29 (36,25%) СП по программам ОМС и 54 (67,5%) СП по программам ДМС.

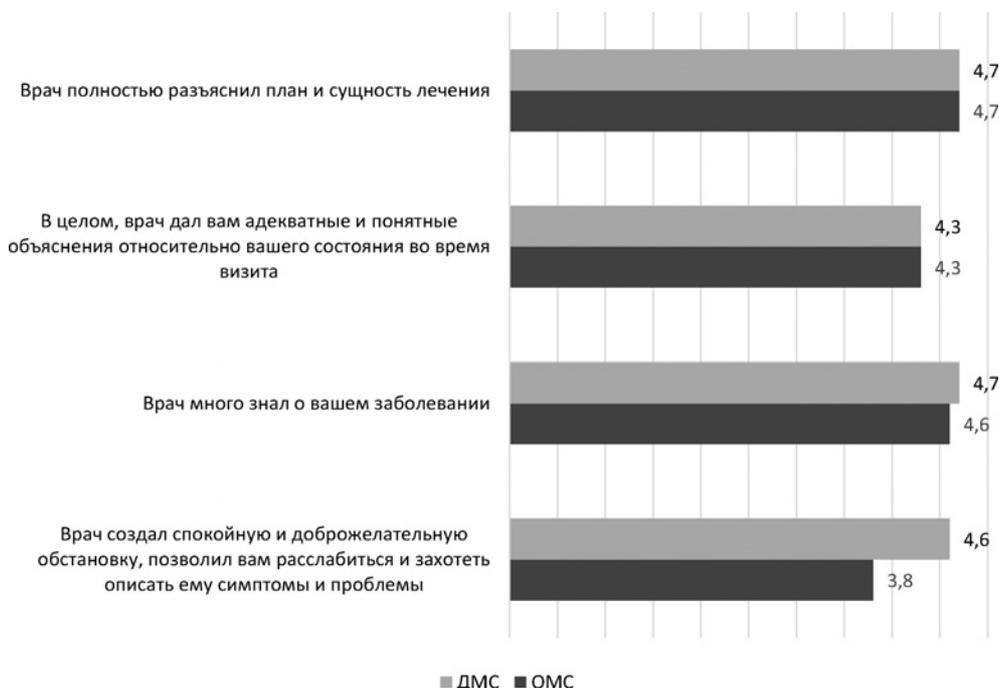
Вопросы об основных методах поддержки здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний, которые задавал врач на приёме, упомянули 62 (77,5%) СП по программам ОМС и 80 (100%) СП по программам ДМС.

Медицинские обследования (включая обследования, проведённые во время первичного приёма, инвазивные обследования, которые не были завершены, но результаты которых будут предоставлены СП позднее), или последующие визиты были предложены 69 (86,25%) СП по программам ОМС и 78 (97,5%) СП по программам ДМС.

По данным СП, по программам ОМС продолжительность ожидания приёма (превышение времени ожидания относительно назначенного) составила 20—40 мин, а количество пациентов в очереди — 2—3 человека. При этом пациенты по ДМС отметили в качестве максимального ожидания приёма период 5 мин и отсутствие очереди.

Существенных различий в удовлетворённости СП работой врачей при оказании ПМСП в рамках программ ОМС и ДМС, не наблюдалось по 3 показателям (рисунок). Дифференциация оценок в объёме 0,8 балла характерна только для показателя оценки спокойной и доброжелательной обстановки, которую врач создал в процессе первичного приёма.

Таким образом, общий балл, отражающий результирующую оценку удовлетворённости пациентов врачами, оказывающими ПМСП, и их работой в процессе первичного приёма составляет 4,575 в оценках пациентов, получивших медицинскую помощь по программе ДМС и 4,35 — по программам ОМС.



Оценка удовлетворённости пациентов врачами-стоматологами, оказывающими ПМСП, и их работой в процессе первичного приёма, баллы.

Обсуждение

Совокупность медико-социальных факторов исследуемого нами контингента (возраст, состояние стоматологического здоровья, сопутствующие заболевания, финансовая обеспеченность и пр.) обуславливают необходимость практически тотального зубопротезирования (стоматологической ортопедической помощи) у пожилых граждан постпенсионного возраста. В связи с этим оценки, отражающие степень удовлетворённости оказываемой стоматологической медицинской помощи именно этой категории пациентов, являются наиболее адекватными и информативными с точки зрения принятых решений по управлению качеством медицинского обслуживания.

Поведение врача является важным компонентом удовлетворённости пациентов. В медицинских организациях (чаще всего государственных), работающих преимущественно по программам ОМС, много пациентов, большая нагрузка на персонал и рабочая среда, в которой врачи могут вести себя грубо. В некоторой степени для ответа на повторяющиеся глупые вопросы пациента требуется только здравый смысл, а не медицинские знания. Сталкиваясь с подобными ситуациями, врачи склонны быть излишне жёсткими, грубоватыми. С другой стороны, медицинские знания врача очень важны для ухода за пациентами, и уникальные клинические наработки специалистов были бы основным фактором, определяющим выздоровление пациента. Многие исследования показали, что пациенты ожидают комфортного и тёплого взаимодействия с врачом, который, по-видимому, обладает серьёзными медицинскими знаниями и навыками, технически компетентен и предоставляет адекватную информацию о болезни [9].

В преклонном возрасте 70% людей нуждаются в восстановлении зубов. Отсутствие зубов неприятно не только с эстетической стороны. Их плохое состояние или отсутствие отрицательно влияет на состояние здоровья, нарушает привычный рацион питания, сказывается на работе желудочно-кишечного тракта. К сожалению, стоматологические услуги — это затратная процедура. Размер пенсии не даёт возможности пожилым людям оплачивать дорогостоящее стоматологическое лечение. Однако государством предусмотрен ряд льгот для пенсионеров, позволяющих получить ортопедические стоматологические услуги по полису ОМС. При этом достаточно велик объём граждан пенсионного возраста, оплачивающих зубопротезирование самостоятельно или в рамках ранее приобретённых полисов ДМС.

Заключение

Проведённое авторами исследование показало, что использование методики СП позволяет объективно оценить уровень удовлетворённости пациентов оказываемой медицинской помощью.

В рамках исследования в качестве СП выступали граждане постпенсионного возраста на первичном

приёме у врача по вопросу получения ортопедической стоматологической помощи (зубопротезирования) по программам ОМС и ДМС.

Исследование показало, что существует разница во времени ожидания приёма и непосредственно времени приёма, очереди, изучении сопутствующих заболеваний и основных методах поддержки здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний, которые характерны для медицинского обслуживания в рамках ОМС и ДМС. Полученные результаты являются поводом для принятия соответствующих управленческих решений и мер по повышению эффективности работы медицинских организаций и качества медицинской помощи для обеспечения высокого уровня удовлетворённости пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Grönroos C. A service quality model and its marketing implications // *Eur. J. Mark.* 1984. Vol. 18. P. 36—44.
2. Andaleeb S. S. Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country // *Soc. Sci. Med.* 2001. Vol. 52. P. 1359—1370.
3. Cronin J. J., Taylor S. A. Measuring service quality: A reexamination and extension. *J. Mark.* 1992. Vol. 56. P. 55—68.
4. Shabbir A., Malik S. A., Malik S. A. Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan // *Int. J. Qual. Reliab. Manag.* 2016. Vol. 33. P. 538—557.
5. Asif M., Jameel A., Sahito N. et al. Can leadership enhance patient satisfaction? Assessing the role of administrative and medical quality // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019. Vol. 16. P. 3212.
6. Wang X., Chen J., Burström B., Burström K. Exploring pathways to outpatients' satisfaction with health care in Chinese public hospitals in urban and rural areas using patient-reported experiences // *Int. J. Equity Health.* 2019. Vol. 18, N 1. P. 29. DOI: 10.1186/s12939-019-0932-3
7. Gellis Z. D., Kim E. G. Training social work students to recognize later-life depression: is standardized patient simulation effective? // *Gerontol. Geriatr. Educ.* 2017. Vol. 38, N 4. P. 425—437.
8. Золотова Е. Н., Боттаев Н. А., Серкина А. А. и др. Опыт обучения стандартизированных пациентов в России // *Виртуальные технологии в медицине.* 2021. № 3. С. 138.
9. Akachi Y., Kruk M. E. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health // *Bull. World Health Organ.* 2017. Vol. 95, N 6. P. 465—472.

REFERENCES

1. Wang X., Chen J., Burström B., Burström K. Exploring pathways to outpatients' satisfaction with health care in Chinese public hospitals in urban and rural areas using patient-reported experiences. *Int. J. Equity Health.* 2019;18(1):29.
2. Gellis Z. D., Kim E. G. Training social work students to recognize later-life depression: is standardized patient simulation effective? *Gerontol. Geriatr. Educ.* 2017;38(4):425—437.
3. Zolotova E. N., Bottaev N. A., Serkina A. A. et al. The experience of teaching standardized patients in Russia. *Virtual technologies in medicine.* 2021;(3):138. (In Russ.)
4. Grönroos C. A service quality model and its marketing implications. *Eur. J. Mark.* 1984;18:36—44.
5. Andaleeb S. S. Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Soc. Sci. Med.* 2001;52:1359—1370.

6. Cronin J. J., Jr., Taylor S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. *J. Mark.* 1992;56:55—68.
7. Shabbir A., Malik S. A., Malik S. A. Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *Int. J. Qual. Reliab. Manag.* 2016;33:538—557.
8. Asif M., Jameel A., Sahito N. et al. Can leadership enhance patient satisfaction? Assessing the role of administrative and medical quality. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019;16:3212.
9. Akachi Y., Kruk M. E. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health. *Bull. World Health Organ.* 2017;95(6):465—472.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.

The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Вопросы управления, этики, психологии

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-261-265

Стратегический менеджмент в управлении медицинской организацией

Гурген Борисович Падиев

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация

goorgen1990@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-9978-7271>

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы обеспечения эффективности медицинской организации (МО) на основе стратегического менеджмента. Здравоохранение в настоящее время является одной из наиболее интенсивно развивающихся и перспективных профессиональных областей, в которой существуют особенности функционирования МО. Несмотря на эти особенности, современные МО развиваются на основе управленческих решений, направленных на устойчивое стратегическое развитие и использующих традиционные методы. **Цель** работы — изучить подходы к использованию принципов и инструментов стратегического менеджмента в управлении МО.

Исследование показало, что сфера медицинского обслуживания постоянно изменяется, чтобы соответствовать эволюции медицинских услуг и целям общественного здравоохранения. Сталкиваясь с вызовами по всем направлениям, включая демографические изменения, растущие расходы, новые технологии и пр., МО нуждаются во внедрении принципов стратегического управления как инструмента повышения экономической устойчивости, результативности и эффективности.

Ключевые слова: здравоохранение; медицина; медицинские организации; менеджмент; стратегическое управление; эффективность; экономическая устойчивость

Для цитирования: Падиев Г. Б. Стратегический менеджмент в управлении медицинской организацией // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 261—265. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-261-265

Questions of management, ethics, psychology

Original article

Strategic management in the management of a medical organization

Gourgen B. Padiev

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

goorgen1990@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-9978-7271>

Annotation. The article discusses the issues of ensuring the effectiveness of a medical organization based on strategic management technology. Healthcare is currently one of the most intensively developing and promising professional fields in which there are features of the functioning of medical organizations due to industry affiliation. Despite these features, modern medical organizations are developing on the basis of management decisions aimed at sustainable strategic development and using traditional methods. The purpose of the work is to analyze the implementation of the principles of strategic management in the management of medical organizations.

The study showed that the medical service sector is in a state of constant change in order to meet the evolution of medical services and public health goals. Facing challenges in all areas, including demographic changes, rising costs, new technologies, etc., medical organizations need to implement the principles of strategic management as a tool to increase economic sustainability, efficiency and effectiveness.

Keywords: healthcare; medicine; medical organizations; management; strategic management; efficiency; economic sustainability

For citation: Padiev G. B. Strategic management in the management of a medical organization. *Remedium*. 2023;27(3):261–265. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-261-265

Введение

Одно из самых ранних определений менеджмента дал французский горный инженер Анри Файоль в начале XX в.: «Управлять — это прогнозировать и планировать, организовывать, командовать, коор-

динировать и контролировать» [1]. Иными словами, «управление заключается в оценке вероятных сценариев будущего, принятии решения о том, как наилучшим образом реагировать на них, объединении ресурсов, необходимых для этого реагирования, и их максимально эффективном использовании» [2].

До относительно недавнего времени большинство исследований в области менеджмента было посвящено промышленному производству, объём которого можно было бы относительно легко измерить. Значительно меньше внимания уделялось управлению сферами услуг в целом и здравоохранением в частности.

Большинство крупных предпринимателей, вероятно, согласятся с тем, что в компаниях частного сектора производительность напрямую связана с эффективностью методов управления. Однако взаимосвязь между практикой управления больницей и клиническими результатами остаётся предметом дискуссий.

Современными медицинскими организациями (МО) сложно управлять, в них много отделений различного профиля, которые находятся в тесном сотрудничестве друг с другом и с аналогичными учреждениями извне. Повторяющиеся инновации или технологические достижения, изменения в поведении пациентов, появление новых игроков на рынке, изменения в законодательстве и т. д. подвергают сектор здравоохранения постоянным потрясениям.

Здравоохранение в настоящее время является одной из наиболее интенсивно развивающихся и перспективных профессиональных областей. Это касается не только врачей: медицине и фармацевтической промышленности нужны менеджеры, инженеры, экономисты и системные интеграторы, обеспечивающие комплексное решение задач по информатизации и автоматизации внутренних процессов в МО.

Если вдуматься, каждой МО нужны грамотный менеджер (управленец, способный формировать механизм стратегического планирования и достижения стратегических целей), адекватная и гибкая маркетинговая поддержка, способная адаптироваться под изменения внешней среды и запросы потребительских аудиторий, а также постоянный мониторинг финансово-экономических показателей для того, чтобы понимать, сколько человек должно обслуживаться в МО, чтобы она была безубыточной и располагала ресурсами для модернизации и развития.

Из-за демографических изменений (глобальное старение населения) востребованность медицинской помощи населением будет повышаться. Соответственно, рынок медицинских услуг предлагает будущие возможности МО для расширения деятельности, что, в свою очередь, требует стратегического планирования и управления. Предпринимательское мышление и действия в сфере здравоохранения имеют свои пределы. И для таких работ МО можно обращаться за помощью к консалтинговым компаниям, специализирующимся на управлении МО.

Цель работы — изучить подходы к использованию принципов и инструментов стратегического менеджмента в управлении МО.

Задачи работы:

- определить сущность стратегического управления как вида управленческой деятельности;

- изучить особенности стратегического менеджмента в здравоохранении.

Материалы и методы

Работа выполнена методом анализа и синтеза данных по вопросам эффективного управления МО и внедрения принципов стратегического менеджмента.

Результаты и обсуждение

Стратегический менеджмент, по нашему мнению, можно определить как искусство контроля за ресурсами организации для достижения целей. Управление, основанное на стратегии, включает в себя постановку целей посредством анализа конкурентов, внутренних потребностей и бизнес-среды. Стратегическое планирование и менеджмент — это группа решений и действий, которые тщательно формируются и реализуются для достижения целей. Она включает в себя изучение текущей и будущей внутренней и внешней среды. Это непрерывный процесс, который помогает организации адаптироваться и идти в ногу с меняющейся бизнес-средой наиболее выгодными способами, что сводит к минимуму юридические, финансовые и операционные риски.

Стратегическое управление отвечает на три основных вопроса организационных изменений: где находится организация сейчас; куда она хочет двигаться; как она этого добьётся. Общая концепция иногда используется для описания конкретных мероприятий, связанных с политикой, контролем ресурсов и техническим планированием. Подобный подход к управлению процессом изменений обеспечивает поддерживающую структуру, систему ценностей и направления для сотрудников, что также помогает руководству формировать политику и переопределять свою бизнес-миссию.

Стратегический управленческий контроль ориентирован на долгосрочное планирование и прогнозирование. Стандартный временной горизонт составляет не менее 3 лет, но всё больше компаний планируют на срок от 5 до 10 лет.

Процесс управления, основанного на стратегии, начинается с определения основных ценностей и целей компании, которые преобразуются в долгосрочные задачи. Далее руководство оценивает внешнюю среду компании с целью выявления рисков и возможностей.

Затем руководство анализирует внутреннюю среду путём оценки имеющихся ресурсов и возможностей, таких как люди, бренд и оборудование, которые могут быть направлены на достижение целей. Этот процесс включает в себя создание официальной организационной структуры, которая учитывает целевые бизнес-единицы и связанные с ними полномочия, ответственность и коммуникацию, которые они должны иметь друг с другом. Наконец, руководство согласовывает структуру принятия решений для распределения ресурсов, реализации целей и поддержания ценностей.

Поскольку темпы изменений в сфере здравоохранения продолжают расти, МО должны находить новые способы воплощения стратегии и видения в жизнь. Исторически МО сталкивались со значительными пробелами в стратегических показателях из-за отрыва разработки стратегии от её исполнения, поскольку в российском здравоохранении не осуществлялось стратегическое планирование развития отдельных МО — их развитие осуществлялось в рамках стратегии развития отрасли. Ситуация изменилась в связи с переходом на рыночные отношения и появлением сектора коммерческой медицины, которая в условиях конкуренции нуждается в сильном стратегическом управлении. Те, кто добился успеха, поняли, что для эффективного исполнения стратегии требуется каскадирование корпоративной стратегии таким образом, чтобы руководители, бизнес-единицы и сотрудники были нацелены на достижение общих целей. Наличие подхода к адаптации и тестированию стратегии становится ещё более важным для поддержания актуальности и планирования изменений в условиях конкуренции.

Стратегическое управление — это активный процесс, который позволяет планам развиваться по мере изменения окружающей среды и трансформироваться под её воздействием. Это постоянный анализ, планирование и мониторинг, необходимые для успешного достижения целей и задач МО.

Типичный процесс стратегического управления обычно включает четыре компонента:

1. Анализ и оценка — анализ текущей ситуации и оценка внутренней среды.
2. Формулирование стратегии — разработка стратегического плана.
3. Исполнение стратегии — преобразование плана в тактические планы и действия.
4. Оценка — постоянный аудит и мониторинг процесса достижения стратегических целей.

Сектор здравоохранения столкнулся с серьёзными преобразованиями, чтобы служить амбициозным целям, которых требует эволюция общества. Поэтому МО необходимо сочетать цели общественного здравоохранения и внедрение высоких технологий, а также расширять доступ к качественному медицинскому обслуживанию для всех, развивать профессиональные навыки и предлагать наилучший уход как можно большему числу людей.

Для поддержки своих амбиций, сохранения и развития общественное здравоохранение нуждается не только в добровольных стратегиях, но и в менеджерах, которые внедряют их и осуществляют на ежедневной основе.

Функция управления лежит в основе системы здравоохранения. Ни одна структура не может функционировать без инструмента управления в условиях финансовых ограничений. В медицинском, или медико-социальном учреждении миссия директора заключается в том, чтобы гарантировать повышение качества обслуживания, а также техническую и финансовую устойчивость учреждения, находящегося под его ответственностью.

Консалтинговые компании по управлению МО (например, HighAdvance, Северная звезда, ГОСТ-Мед и др.) несут ответственность за эффективное и эффективное предоставление медицинских услуг населению. Это может включать управление работой больниц, клиник и служб общего здравоохранения. Они, вероятно, будут отвечать за управление проектами и ресурсами, включая персонал, финансирование, оборудование и здания [3].

Менеджеры тесно сотрудничают с различными медицинскими работниками (например, врачами, медсёстрами, терапевтами и учёными в области здравоохранения), местными органами власти, группами добровольцев и средствами массовой информации. Их работа сильно варьируется в зависимости от части социального обеспечения, в которой они работают [4].

Консалтинговые компании могут управлять повседневной работой МО, а также отвечать за управление финансами, например, составлять бюджеты и управлять ресурсами с максимальной эффективностью.

Стратегическое управление в здравоохранении — это процесс определения будущего МО, постановки целей, которые продвигают к этому будущему, и определения основных проектов, которые необходимо реализовать для достижения этих целей, что также включает в себя поддержание этого стратегического фокуса в течение 3—5 лет [5].

Как и другим компаниям, МО выгодно иметь план на будущее, о котором знают все сотрудники и над которым они последовательно работают. Стратегия должна служить ориентиром для всех важных решений, чтобы всегда иметь возможность убедиться, что МО остаётся на верном пути.

Однако здравоохранение является более сложной системой по сравнению с другими экономическими системами, и на него часто влияют внешние факторы.

Процесс стратегического планирования включает в себя оценку изменений во внешней среде (с помощью таких операционных процедур, как SWOT-анализ) и, таким образом, помогает МО оставаться в курсе процессов, происходящих на рынке медицинских услуг. Это обеспечивает фокус и направление для повседневной работы, даже если обстоятельства (внутренние или внешние) могут измениться. В свою очередь регулярный мониторинг рыночной инфраструктуры предоставляет руководителям постоянный поток информации о результатах деятельности организации, способствуя лучшему и более своевременному принятию решений. Доступность таких данных также помогает МО изменять приоритеты или трансформироваться.

Некоторые фундаментальные принципы управления и определённые административные практики остаются неизменными: способность критически мыслить; брать на себя смелость принимать решения и учиться на собственном опыте; благотворительность; уважение к тем, с кем и для кого работает МО; понимание разницы между важным и срочным; стремление к высокому качеству. В то же вре-

мя руководитель должен уметь реагировать на изменения, вызванные быстрым технологическим прогрессом, сложностью новых экономических структур, изменением профессиональных функций врачей, медсестёр и других медицинских работников, влиянием окружающей среды и пр.

Стратегическое управление предоставляет МО ряд преимуществ, позволяющих более активно использовать стратегию:

1. Стратегическое управление позволяет МО быть гибкими. Качественный и профессиональный подход к стратегическому управлению гарантирует, что общение и обратная связь по результатам деятельности медицинского и вспомогательного персонала, администраторов и иных работников МО в соответствии со стратегическими целями происходят регулярно. Имея структуру стратегического управления, МО обладает «способностью к повороту». Иными словами, когда меняется среда (новые участники рынка, новые правила и т. д.), стратегическое управление позволяет МО нажать кнопку «Пауза» и проанализировать текущие стратегические инициативы на предмет их эффективности и актуальности новым условиям.

2. Стратегическое управление поощряет постоянный диалог стейкхолдеров по стратегии. Во многих МО существует процесс стратегического планирования. Однако, как только стратегия разработана, будущий диалог об изменениях окружающей среды, действиях конкурентов и тенденциях отрасли, как правило, происходит раз в 3—5 лет. Сосредоточившись на стратегическом управлении, руководители могут перейти к ежегодному процессу, требующему постоянного осмысления и сканирования отрасли и анализа собственной эффективности.

3. Стратегическое управление фокусируется на производительности и результатах. Анализ эффективности в соответствии со стратегией становится ежемесячным, ежеквартальным или ежегодным процессом. Ключевым компонентом многих подходов к стратегическому управлению является планирование действий при расхождении между целями и результатами. Эти цели неразрывно связаны с достижением стратегических целей. Ежемесячные собрания руководителей высшего звена становятся форумом для рассмотрения инструментов повышения эффективности, показателей в динамике, которые подчёркивают пробелы в производительности и тенденции.

4. Стратегическое управление затрагивает всю МО. Старые модели стратегического планирования состоят из множества процессов, выполняемых изолированными функциями или бизнес-единицами. Эта модель не способствует сотрудничеству или коммуникации между функциями и подразделениями, и стратегия может оказаться оторванной от тех, кто отвечает за её исполнение. Для содействия интеграции стратегии в МО может быть создан офис управления проектами или офис стратегического управления для координации обязанностей, функ-

ций и установления точек соединения между функциональными группами.

В связи с этим невозможно не согласиться с утверждением Е. А. Степановой и соавт.: «Поскольку услуги в области медицины постоянно дорожают, в обществе существует сопротивление. В то же время усиливается конкуренция между больницами и влияние пациентов на рынок медицинских услуг. Чтобы повысить свою эффективность и просто выжить в условиях жесткой конкуренции, больницы и клиники объединяются в крупные системы предоставления медицинских услуг. Во всём мире предпринимаются шаги по переходу к управляемому механизму здравоохранения» [6].

Заключение

Стратегическое планирование и менеджмент необходимы для поддержания конкурентного преимущества, которое позволяет лучшим МО опережать своих конкурентов, и напрямую приводит к улучшению финансовых и отраслевых показателей, помогает руководству рассматривать текущие вопросы с более широкой точки зрения. Кроме того, стратегическое управление способствует сотрудничеству и улучшает ситуационную осведомлённость как о внешней, так и о внутренней среде. Стратегическое управление определяет, как достичь и поддерживать конкурентное преимущество. Это помогает МО регулярно и своевременно пересматривать своё видение, миссию и будущие цели. Это повышает приверженность медицинского персонала, способствует достижению целей, координации деятельности и эффективному распределению ресурсов.

При правильном внедрении стратегическое управление помогает слаженно интегрировать все функциональные области МО, облегчая общение и сотрудничество между сотрудниками всех уровней.

Методы стратегического менеджмента претерпевают изменения. В настоящее время наблюдается переход от иерархичности в управлении МО к командным методам принятия управленческих решений, а также партисипативному управлению, в том числе с участием пациентов.

В такой уязвимой и расширяющейся среде, как сектор здравоохранения, важно уметь использовать разнообразные методы и технологии управления для обеспечения конкурентоспособности МО на рынке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Fayol H. General and industrial management. 1949.
2. Preker A. S., McKee M., Mitchell A., Wilbulpolprasert S. Disease control priorities in developing countries. Washington; 2006.
3. Гриднев А. А., Ананченкова П. И. Кадровый консалтинг для малого бизнеса: основные услуги и виды деятельности. Путеводитель предпринимателя. 2013. № 20. С. 70—76.
4. Шапиро С. А., Самраилова Е. К., Ананченкова П. И. Поведение в организации. М.—Берлин; 2015.
5. Лепский В. В. Модель разработки стратегии развития медицинского учреждения // Управленец. 2018. Т. 9, № 3. С. 40—44.
6. Степанова Е. А., Михайлов А. Ю. Определение приоритетности медицинских проектов // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2015. Т. 11, № 40. С. 35—46.

REFERENCES

1. Fayol H. General and Industrial Management. 1949.
2. Preker A. S., McKee M., Mitchell A., Wilbulpolprasert S. Disease control priorities in developing countries. Washington; 2006.
3. Gridnev A. A., Ananchenkova P. I. HR consulting for small businesses: basic services and activities. *Entrepreneur's Guide*. 2013;(20):70—76. (In Russ.)
4. Shapiro S. A., Samrailova E. K., Ananchenkova P. I. Behavior in the organization. Moscow—Berlin; 2015. (In Russ.)
5. Lepsky V. V. A model for developing a strategy for the development of a medical institution. *Manager*. 2018;9(3):40—44. (In Russ.)
6. Stepanova E. A., Mikhailov A. Yu. Determining the priority of medical projects. National interests: priorities and security. 2015;11(40):35—46. (In Russ.)

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.

The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Обзорная статья

УДК 65.01

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-266-271

Влияние организационной культуры на внедрение системы управления знаниями в организации

Серафим Олегович Худяков^{1✉}, Тимур Максимович Воронов²

^{1,2}Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

¹s.o.khydiakov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2472-6389>

²getright3850@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-7788-9542>

Аннотация. Организационная культура является важным фактором, влияющим на процессы управления знаниями (УЗ) в компаниях. В работе представлены данные, отражающие обзор теоретических и прикладных исследований по вопросам внедрения системы УЗ в организациях и влиянии организационной культуры на них. Отмечены особенности УЗ в организациях здравоохранения. Сделан вывод о том, что организационную культуру следует рассматривать как один из инструментов, который можно использовать для достижения организационных целей в области УЗ. Понимая влияния организационной культуры на УЗ, организации могут устранить потенциальные барьеры на пути к УЗ и оптимизировать стоимость своих затрат на те или иные управленческие решения.
Ключевые слова: менеджмент; знания; стратегия; организационная культура; управление знаниями; персонал; человеческие ресурсы

Для цитирования: Худяков С. О., Воронов Т. М. Влияние организационной культуры на внедрение системы управления знаниями в организации // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 266–271. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-266-271

Review article

The impact of organizational culture on the implementation of a knowledge management system in an organization

Serafim O. Khudyakov^{1✉}, Timur M. Voronov²

^{1,2}Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

¹s.o.khydiakov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2472-6389>

²getright3850@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-7788-9542>

Annotation. Organizational culture is an important factor influencing knowledge management processes in companies. The paper presents data reflecting an overview of theoretical and applied research on the implementation of a knowledge management system in organizations and the impact of organizational culture on them. The peculiarities of knowledge management in healthcare organizations are noted.

It is concluded that organizational culture should be considered as one of the tools that can be used to achieve organizational goals in the field of knowledge management. By understanding the impact of organizational culture on UZ, organizations can eliminate potential barriers to UZ and optimize the cost of their costs for certain management decisions.

Key words: management; knowledge; strategy; organizational culture; knowledge management; personnel; human resources

For citation: Khudyakov S. O., Voronov T. M. The influence of organizational culture on the implementation of a knowledge management system in an organization. *Remedium*. 2023;27(3):266–271. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-266-271

Введение

Современные экономические отношения характеризуются рыночной конкуренцией, степень жёсткости которой зависит от особенностей отраслевого и регионального рынка. В условиях экономического соперничества коммерческие и государственные производственные компании и организации сферы услуг сталкиваются с острой необходимостью поиска и оперативного внедрения разнообразных механизмов, позволяющих им обеспечить устойчивую конкурентоспособную позицию. В рамках новой экономики, основанной на знаниях¹, соз-

даются базы и банки информации и знаний, которые ценятся как наиболее адекватные современным экономическим условиям инструменты и которыми управляют организации, администрации, страны и группы стран. Знания обеспечивают компаниям долгосрочные конкурентные преимущества и выступают стратегически значимым активом. Организации, основанные на знаниях², не только стоят перед необходимостью «дорожить» определённым объёмом знаний, но и должны обеспечивать системный подход к организации процессов управления знаниями (УЗ), что предполагает определённые

¹Новая экономика — экономика знаний, пришедшая на смену индустриальной экономике.

²Исследования организаций, основанных на знаниях, восходят к теории обучающейся организации П. Сенге и фокусируются на использовании знаний как одного из производственных факторов.

управленческие решения, направленные на сбор, хранение, распространение и использование знаний в рамках деятельности компании.

Одним из наиболее значимых факторов, обеспечивающих внедрение и эффективное использование систем УЗ, выступает организационная культура. **Цель** настоящей работы — рассмотреть связь между организационной культурой и процессами УЗ в организации.

Материал и методы

Проведён обзор научной литературы, в которой отражены результаты зарубежных теоретических и прикладных исследований по вопросам организационной культуры, её элементов и их влияния на процессы УЗ в современных организациях.

Результаты и обсуждение

УЗ как направление научных исследований появилось в 1980-е гг. в рамках менеджмента, что дало толчок прикладным разработкам, обеспечивающим устойчивое развитие коммерческого сектора в экономических условиях, при которых именно знания становятся движущей силой устойчивого развития.

Нынешняя концепция УЗ появилась в различных областях, таких как бизнес-администрирование, в начале 1990-х гг. Однако сектор здравоохранения медленно внедрял системы УЗ и в начале XXI в. начал уделять основное внимание систематической работе по УЗ. В сфере здравоохранения УЗ считается одним из важных инструментов сокращения использования ресурсов и улучшения ухода за пациентами, поскольку предоставляет возможность выбора наиболее оптимального и эффективного взаимодействия из массива имеющихся и подтверждённых практикой.

Знание — это знакомство, понимание или осведомлённость о ком-либо или о чём-либо, например, об объекте, информации, описаниях, фактах или навыках, которые собираются в процессе образования или опыта путём изучения, открытия или восприятия [1]. В контексте управления организациями и предприятиями знания относятся к данным, информации, талантам и любым интеллектуальным активам, необходимым для ведения бизнеса, включая коммерческие секреты, ноу-хау, патенты, управленческие навыки и т. д.

УЗ определяется как система процессов организации знаний и управления ими, таких как выявление пробелов в знаниях, приобретение, развитие, хранение, распространение, совместный доступ и применение знаний. Процессы УЗ стали играть решающую роль в повышении эффективности организаций, которые могут быть направленным либо на большее созидание, либо на большую эффективность. Знания также являются основой для инноваций и совершенствования в организациях.

По мнению V. Grover и соавт., УЗ — это «искусство преобразования информации и интеллектуальных активов в непреходящую ценность для клиентов организации и её сотрудников. Основная цель

УЗ заключается в предоставлении нужной информации нужным людям в нужное время для обмена опытом и инсайтами, а также для повышения производительности команд» [2].

УЗ было охарактеризовано Т. Mojibi и соавт. как процесс создания ценности нематериальных активов, результатом которого являются знания [3]. Эти процессы, связанные с нематериальными активами, включают в себя различные виды деятельности и должны быть хорошо скоординированы. Это также непрерывный процесс, и поэтому его не следует рассматривать как разовый.

Механизм управления знаниями аккумулирует способы организации знаний и предполагает, по мнению I. Vecerra-Fernandez и соавт., четыре базовых процесса:

- обнаружение знаний (комбинирование и социализация);
- захват знаний (экстернализация и интернализация);
- обмен знаниями (социализация и обмен информацией);
- применение знаний (направление и процедуры) [4].

Современные научные исследования и аналитические данные показывают, что организационная культура является одним из важных факторов конкурентоспособности и устойчивого развития организаций разной отраслевой принадлежности. Организационная культура «включает в себя ценности и убеждения, которых придерживаются сотрудники, и способствует эффективной деятельности в организации» [5]. При этом, по мнению С. Chen, «в организации должна быть создана организационная культура, которая поощряет сотрудников постоянно делиться своими знаниями и участвовать в креативности и организационных инновациях» [6]. В работе А. Khalghania и соавт. организационная культура рассматривается как «набор ценностей, норм и убеждений, которые разделяются членами организации и обеспечивают надлежащий способ мышления, чувств и поведения новых членов организации» [7].

Организационную культуру можно определить как «процесс конструирования и интерпретации социальной реальности организации в символической и языковой деятельности индивида в группе» [8]. Она может наблюдаться на нескольких уровнях организации, отражаясь в ценностях, нормах и практиках. Организационная культура позволяет отдельным лицам понимать, как функционирует организация, и формирует их поведение [9]. Как учёные, так и практики утверждают, что эффективность организации зависит от типа заветных ценностей и степени, в которой они разделяются сотрудниками [10]. Таким образом, организационная культура может служить конкурентным преимуществом благодаря своему «качеству уникальности» [11].

Каждая организация состоит из внешних элементов культуры: нации, региона, отрасли и профессии; и внутренних: сотрудников. На сотрудников оказывают влияние различные институты, при-

существующие в их культуре прежде, чем они начинают участвовать в деятельности организации, — такие как семья, общество, нация, образование и опыт, которые формируют их отношение, поведение и идентичность. При этом в научной литературе продолжаются дебаты о том, в какой степени эти элементы могут влиять на организационную культуру. Наиболее часто обсуждаемыми являются национальная культура и управленческое влияние.

Исследователи указывают на тесную взаимосвязь между национальной культурой и организационной культурой. Как указано в работе R. J. House и соавт., «компании отражают общества, из которых они происходят», когда речь заходит о культуре [12]. Более того, национальная культура — это ограничивающая вариация организационной культуры [13]. Поэтому менеджерам необходимо развивать понимание местных культур, изучая их или нанимая тех, кто обладает таким пониманием, для адаптации управленческих практик [14]. В соответствии с этой перспективой проведены различные сравнительные исследования [12, 15, 16]. Однако ряд исследователей обнаружили доказательства того, что национальная культура может не полностью определять ограничения для организационной культуры [17].

Существует тесная связь между организационной культурой и УЗ. Культурный контекст необходим для адекватного анализа и применения знаний. Согласно D. W. De Long и соавт. [18], Y. Wei и соавт. [19] организационная культура влияет на поведение, являющееся центральным элементом УЗ:

- культура формирует представления о том, что такое знания и, следовательно, какими знаниями стоит управлять;
- культура опосредует отношения между индивидуальными и организационными знаниями;
- культура создает контекст для социального взаимодействия, который в конечном итоге определяет, насколько эффективной организация может быть в создании, обмене и применении знаний и в какой степени она управляет процессами.

Культура формирует процессы, посредством которых создаются, легитимируются и распространяются новые организационные знания — с сопутствующими им неопределённостями. V. Supriah и соавт. представили интересные результаты в отношении влияния организационной культуры на негласный обмен знаниями [20]. Они применили систему конкурирующих ценностей для анализа того, какой тип культуры улучшает процессы получения знаний в организации. Результаты исследования показали, что только клановая культура, которая характеризуется командным подходом и высокой приверженностью сотрудников организации, оказала положительное влияние на негласный обмен знаниями. Наиболее негативное влияние оказала культура иерархии, которая поощряла использование стандартных операционных процедур и передовых практик и имела несколько уровней вертикальных (должности) и горизонтальных (рабочие подразделения) изолированных подразделений, работаю-

щих относительно изолированно. Другим типом культуры, который препятствовал обмену знаниями, была рыночная культура, где основными ценностями были конкурентоспособность и производительность. Эти выводы согласуются с исследованиями ценностей, которые способствуют управлению знаниями.

Результаты исследования A. H. Gold и соавт. показали, что культура обмена информацией имеет решающее значение для успеха УЗ [21]. D. Nicolini и соавт. утверждают, что «организационная культура, поощряющая прозрачное и открытое общение между сотрудниками, приведёт к расширению сотрудничества в обмене знаниями на вертикальных уровнях организации, что, в свою очередь, помогает обмениваться знаниями, улучшать коммуникацию и создавать стандартизированные процессы. Аналогичным образом партнёрство, доверие и обучение являются показателями организационной культуры» [22]. Авторы подчёркивают, что «организационная культура и влияющие на неё факторы, такие как лидерство, процессы и мотивация (вознаграждения), являются одними из факторов успеха обучающихся организаций и УЗ» [22]. Значение организационной культуры и её влияние на внедрение УЗ признается теоретиками и практиками эффективного менеджмента.

По мнению С. Juma и соавт., «организации, которые постепенно внедряют процессы УЗ, и эти процессы соответствуют организационной культуре, более успешны, чем организации, которые претерпели кардинальные и более широкие изменения» [23]. Следовательно, эффективность УЗ напрямую зависит от их самостоятельности и независимости от особенностей организационной культуры.

Y. Chen и соавт. обнаружили, что сильная организационная культура, способствующая развитию и укреплению процессов УЗ, а также непосредственно сам процесс УЗ в своей основе имеют три базовых измерения:

- люди с позитивным отношением к знаниям;
- люди, которые привыкли делиться знаниями;
- актуальность проекта по УЗ для современной культуры [24].

По мнению A. Khalghania и соавт., «уделять достаточное время обучению сотрудников и совместной работе, созданию знания и обмену ими можно считать фундаментальными компонентами структуры организации, основанной на знаниях» [7].

Организационная культура регулирует две важные области с точки зрения управления знаниями: готовность к сотрудничеству и доверие между сотрудниками. Обмен знаниями требует человеческого взаимодействия, обмена идеями и открытости. Это может быть сложно в организациях, где знания воспринимаются как источник власти, престижа или возможного карьерного роста. Поэтому руководство должно продвигать такие ценности, как сосредоточенность на установлении целей сотрудничества и открытое общение. Часто это требует пересмотра отношений работодателя и работника в ан-

тагонистических категориях и развития таких ценностей, как диалог, партнёрство и кооперация [25].

Организационная культура, ориентированная на эффективное УЗ, побуждает сотрудников подвергать сомнению устоявшиеся практики и искать новые возможности. Развитие условий свободы мнений и принятия ошибок поддерживает такие установки.

Другим важным аспектом является обеспечение автономии сотрудников, поскольку это повышает мотивацию и вовлечённость [26]. Сотрудники определяют границы своих обязанностей в достижении целей, поставленных организацией. Автономия касается также таких областей, как выбор методов выполнения задач, мониторинг процесса, поощрение к обучению, свобода экспериментировать и принятие риска, и этого можно достичь путём создания независимых многофункциональных команд.

Говоря о влиянии организационной культуры на УЗ в медицинских организациях, следует отметить, чем сектор здравоохранения отличается от бизнес-сектора с точки зрения организационного контекста. Организации здравоохранения, как правило, испытывают нехватку ресурсов, и ожидается, что они будут действовать в соответствии с государственной или национальной политикой в области здравоохранения, в то время как организации частного сектора реагируют в первую очередь на внутренние цели. В связи с этим организации здравоохранения с большей вероятностью столкнутся с политическим вмешательством (или поддержкой) со стороны выборных должностных лиц, чем может столкнуться независимый бизнес. Организации здравоохранения часто являются основой, на которой держится сотрудничество с другими учреждениями здравоохранения и организациями гражданского общества; благодаря этим межорганизационным соглашениям осуществляется обмен информацией и практическими приёмами для поддержки непрерывного ухода в сообществе. В отличие от этого, в бизнес-секторе ключевая информация скрывается ради конкурентного преимущества на рынке. Бизнес ориентирован на прибыль, в то время как здравоохранение нацелено на создание некоторого неосозанного общественного блага. Внутри организации здравоохранения, скорее всего, можно найти разные профессиональные группы, которые принадлежат к разным профсоюзам; получают зарплату в разных схемах финансирования (например, из бюджета больницы или возмещаются государством); получают оплату через разные механизмы финансирования (например, зарплату или плату за обслуживание); и которые имеют прочные связи со своим профессиональным сообществом в разных организациях. Внутри организации эти различные группы демонстрируют особую профессиональную культуру. Однако, несмотря на эти различия, оба сектора испытывают общее влияние новых технологий, глобализации, операционной оптимизации и необходимости развиваться посредством реформ и преобразований.

Следовательно, для повышения вероятности успешного внедрения следует принимать во внимание факторы, влияющие на успех процессов УЗ, которые были установлены в качестве базовых и рассмотрены выше.

Заключение

Руководство, участвующее в УЗ, должно осознавать, что организационная культура является фактором, как способствующим, так и ограничивающим УЗ. Понимание того, когда организационная культура является препятствием, а когда — благоприятной, становится критически важным для процессов УЗ.

Организационную культуру следует рассматривать как один из инструментов, который можно использовать для достижения организационных целей в области УЗ. Понимая влияние организационной культуры на УЗ, организации могут устранить потенциальные барьеры на пути к УЗ и оптимизировать стоимость своих затрат на те или иные управленческие решения. УЗ предполагает множество процессов, включающих не только создание, но и заимствование (приобретение) знаний, фиксацию, хранение, извлечение знаний и т. д. Существует необходимость в дальнейшем изучении того, влияет ли организационная культура на остальные процессы УЗ таким же образом, как и на создание знаний.

Использование УЗ в организациях здравоохранения, которые богаты информацией и знаниями, может повысить эффективность организации и качество медицинской помощи, а также помогает снизить затраты и количество ошибок. Организационная культура, организационная структура, информационные технологии и оценка эффективности наиболее часто влияют на успешное внедрение УЗ в организациях здравоохранения. Выявление этих факторов может помочь организациям здравоохранения быть более реалистичными и принимать более обоснованные решения до внедрения проектов по УЗ. Поскольку организационная культура и структура играют ключевую роль в реализации проектов УЗ, организациям предлагается уделять больше внимания поощрению сотрудников к сотрудничеству в этой области, системам обмена и распространения знаний, проведению семинаров по УЗ и измерению участия сотрудников в процессах УЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kimiz D. Knowledge management in theory and practice. Oxford, 2005.
2. Grover V., Davenport T. H. General perspectives on knowledge management: fostering a research agenda // Journal of Management Information Systems. 2001. Vol. 18, N 1. P. 5—21.
3. Mojibi T., Hosseinzadeh S., Khojasteh Y. Organizational culture and its relationship with knowledge management strategy: a case study // Knowledge Management Research & Practice. 2015. Vol. 13, N 3. P. 281—288.
4. Becerra-Fernandez I., Sabherwal R. Knowledge management: systems and processes. N.Y.; 2010.

5. Ghosh B., Scott J. E. Knowledge management for healthcare organizations: comparing strategies with technical support // *Proceedings of the 41st Hawaii International Conference on System Sciences*. Waikoloa; 2008.
6. Chen C. Modeling and initiating knowledge management program using FQFD: A case study involving a healthcare institute // *Quality & Quantity*. 2012. Vol. 46, N 3. P. 889—915.
7. Khalghania A., Reshadatjoo H., Iran-nejad-parizi M. A study on organizational culture, structure and information technology as three KM enablers: a case study in five Iranian medical and healthcare research centers // *Management Science Letters*. 2013. Vol. 3. P. 147—158.
8. Sułkowski Ł. Czy warto zajmować się kulturą organizacyjną? // *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*. 2008. Vol. 6. P. 9—25.
9. Schwartz H., Davis S. Matching corporate culture and business strategy // *Organizational Dynamics Summer*. 1981. Vol. 10, N 1. P. 30—48.
10. Ouchi W. G. *Theory Z: how American business can meet the Japanese challenge*. Reading; 1981.
11. Ogbonna E., Harris L. C. Leadership style, organizational culture and performance: empirical evidence from UK companies // *International Journal of Human Resource Management*. 2000. Vol. 11, N 4. P. 766—788.
12. House R. J., Hanges P. J., Javidan M. et al. *Culture, leadership, and organizations: the globe study of 62 societies*. Thousand Oaks; 2004.
13. Johns G. The essential impact of context on organizational behavior // *Academy of Management Review*. 2006. Vol. 31, N 2. P. 386—408.
14. Warrick D. D. What leaders need to know about organizational culture // *Business Horizons*. 2017. Vol. 60. P. 395—404.
15. Hofstede G. *Culture's consequences: international differences in work-related values*. Beverly Hills; 1980.
16. Nelson R., Gopalan S. Do organizational cultures replicate national cultures? Isomorphism, rejection, and reciprocal opposition in the corporate values of three countries // *Organization Studies*. 2003. Vol. 24, N 7. P. 1115—1151.
17. Gerhart B. How much does national culture constrain organizational culture? // *Management and Organization Review*. 2009. Vol. 5, N 2. P. 241—259.
18. De Long D. W., Fahey L. Diagnosing cultural barriers to knowledge management // *Academy of Management Executive*. 2000. Vol. 14, N 4. P. 113—127.
19. Wei Y., Miraglia S. Organizational culture and knowledge transfer in project-based organizations: Theoretical insights from a Chinese construction firm // *International Journal of Project Management*. 2017. Vol. 35, N 4. P. 571—585.
20. Suppiah V., Sandhu M. S. Organizational culture's influence on tacit knowledge sharing behavior // *Journal of Knowledge Management*. 2011. Vol. 15, N 3. P. 462—477.
21. Gold A. H., Malhotra A., Segars A. H. Knowledge management, an organizational capabilities perspective // *Journal of Management Information Systems*. 2001. Vol. 18, N 1. P. 185—214.
22. Nicolini D., Powell J., Conville P., Martinez-Solano L. Managing knowledge in the healthcare sector: a review // *International Journal of Management Reviews*. 2008. Vol. 10. P. 245—263.
23. Juma C., Sundsmo A., Maket B. et al. Using information communication technologies to increase the institutional capacity of local health organizations in Africa: a case study of the Kenya Civil Society Portal for Health // *Pan African Medical Journal*. 2015. Vol. 21. P. 23.
24. Chen Y., Liu C. F., Hwang H. Key factors affecting healthcare professionals to adopt knowledge management: The case of infection control departments of Taiwanese hospitals // *Expert Systems with Applications*. 2011. Vol. 38, N 1. P. 450—457.
25. Morawski M. *Przedsiębiorstwo zorientowane na wiedzę // E-Mentor*. 2006. Vol. 16, N 4. P. 61—68.
26. Lemon M., Sahota P. S. Organizational culture as a knowledge repository for increased innovative capacity // *Technovation*. 2004. Vol. 24, N 6. P. 483—498.

REFERENCES

1. Kimiz D. *Knowledge management in theory and practice*, Oxford; 2005.
2. Grover V., Davenport T.H. General perspectives on knowledge management: fostering a research agenda. *Journal of Management Information Systems*. 2001;18(1):5—21.
3. Mojibi T., Hosseinzadeh S., Khojasteh Y. Organizational culture and its relationship with knowledge management strategy: a case study. *Knowledge Management Research & Practice*. 2015;13(3):281—288.
4. Becerra-Fernandez I., Sabherwal R. *Knowledge management: systems and processes*. N.Y.; 2010.
5. Ghosh B., Scott J. E. Knowledge management for healthcare organizations: Comparing strategies with technical support. *Proceedings of the 41st Hawaii International Conference on System Sciences*. Waikoloa; 2008.
6. Chen C. Modeling and initiating knowledge management program using FQFD: A case study involving a healthcare institute. *Quality & Quantity*. 2012;46(3):889—915.
7. Khalghania A., Reshadatjoo H., Iran-nejad-parizi M. A study on organizational culture, structure and information technology as three KM enablers: a case study in five Iranian medical and healthcare research centers. *Management Science Letters*. 2013;3:147—158.
8. Sułkowski Ł. Czy warto zajmować się kulturą organizacyjną? *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*. 2008;6:9—25.
9. Schwartz H., Davis S. Matching corporate culture and business strategy. *Organizational Dynamics Summer*. 1981;10(1):30—48.
10. Ouchi W. G. *Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge*. Reading; 1981.
11. Ogbonna E., Harris L. C. Leadership style, organizational culture and performance: Empirical evidence from UK companies. *International Journal of Human Resource Management*. 2000;11(4):766—788.
12. House R. J., Hanges P. J., Javidan M., Dorfman P. W., Gupta V. *Culture, Leadership, and Organizations: The Globe Study of 62 Societies*. Thousand Oaks; 2004.
13. Johns G. The essential impact of context on organizational behaviour. *Academy of Management Review*. 2006;31(2):386—408.
14. Warrick D. D. What leaders need to know about organizational culture. *Business Horizons*. 2017;60:395—404.
15. Hofstede G. *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Beverly Hills; 1980.
16. Nelson R., Gopalan S. Do organizational cultures replicate national cultures? Isomorphism, rejection, and reciprocal opposition in the corporate values of three countries. *Organization Studies*. 2003;24(7):1115—1151.
17. Gerhart B. How much does national culture constrain organizational culture? *Management and Organization Review*. 2009;5(2):241—259.
18. De Long D. W., Fahey L. Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive*. 2000;14(4):113—127.
19. Wei Y., Miraglia S. Organizational culture and knowledge transfer in project-based organizations: theoretical insights from a Chinese construction firm. *International Journal of Project Management*. 2017;35(4):571—585.

20. Suppiah V., Sandhu M. S. Organizational culture's influence on tacit knowledge sharing behavior. *Journal of Knowledge Management*. 2011;15(3):462—477.
21. Gold A. H., Malhotra A., Segars A. H. Knowledge management, an organizational capabilities perspective. *Journal of Management Information Systems*. 2001;18(1):185—214.
22. Nicolini D., Powell J., Conville P., Martinez-Solano L. Managing knowledge in the healthcare sector: a review. *International Journal of Management Reviews*. 2008;10:245—263.
23. Juma C., Sundsmo A., Maket B. et al. Using information communication technologies to increase the institutional capacity of local health organizations in Africa: a case study of the Kenya Civil Society Portal for Health. *Pan African Medical Journal*. 2015;21:23.
24. Chen Y., Liu C. F., Hwang H. Key factors affecting healthcare professionals to adopt knowledge management: the case of infection control departments of Taiwanese hospitals. *Expert Systems with Applications*. 2011;38(1):450—457.
25. Morawski M. Przedsiębiorstwo zorientowane na wiedzę. *E-Mentor*. 2006;16(4):61—68.
26. Lemon M., Sahota P. S. Organizational culture as a knowledge repository for increased innovative capacity. *Technovation*. 2004;24(6):483—498.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.
The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-272-276

Коммуникационные барьеры как фактор снижения эффективности кампаний по детской вакцинопрофилактике

Дени Адамович Адамов

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

adamovda@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1014-8549>

Аннотация. Усилия по улучшению охвата вакцинацией имеют центральное значение для достижения Целей развития тысячелетия по снижению детской смертности и, вероятно, всегда будут занимать центральное место в Целях устойчивого развития. Нерешительность с вакцинацией считается одной из причин неоптимального охвата вакцинацией. Вакцинация признаётся одним из величайших достижений общественного здравоохранения XX в. и рассматривается как экономически эффективная мера общественного здравоохранения. Вакцинация в детском возрасте является эффективным способом профилактики серьёзных детских заболеваний. Однако многие дети не получают всех рекомендованных прививок. Причиной этого могут служить коммуникационные барьеры, снижающие эффективность информационного обеспечения родителей и их возможности принятия разумных и обоснованных решений относительно вакцинации своих детей. Объём информации, которую хотят получать родители, и источники, которым они могли бы доверять, непосредственно влияют на решительность в отношении вакцинации, родители хотят быть более информированными и просвещёнными.

Ключевые слова: вакцинация; пациенты; родители; дети; убеждения; коммуникация; барьеры коммуникации; вакцинационная кампания

Для цитирования: Адамов Д. А. Коммуникационные барьеры как фактор снижения эффективности кампаний по детской вакцинопрофилактике // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 272–276. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-272-276

Original article

Communication barriers as a factor in reducing the effectiveness of campaigns on children's vaccination

Deni A. Adamov

Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

adamovda@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1014-8549>

Annotation. Efforts to improve vaccination coverage are central to achieving the Millennium Development Goals to reduce child mortality and are likely to always be central to the Sustainable Development Goals. Indecision with vaccination is considered one of the reasons for suboptimal vaccination coverage. Vaccination is recognized as one of the greatest public health achievements of the twentieth century, and it is widely regarded as a worthwhile and cost-effective public health measure. Vaccination in childhood is an effective way to prevent serious childhood diseases. However, many children do not receive all the recommended vaccinations. There may be various reasons for this, one of which is communication barriers that reduce the effectiveness of information support for parents and their ability to make reasonable and informed decisions regarding the vaccination of their children. The amount of information that parents want to receive and sources that they could trust directly affect the determination regarding vaccination, parents would like to be more informed and enlightened.

Key words: vaccination; patients; parents; children; beliefs; communication; communication barriers; vaccination campaign

For citation: Adamov D. A. Communication barriers as a factor in reducing the effectiveness of campaigns for children's vaccination. *Remedium*. 2023;27(3):272–276. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-272-276

Введение

В настоящее время вакцинации уделяется большое внимание во всём мире. Отчасти это связано с Целями развития тысячелетия, которые включают вакцинацию в качестве ключевого результата. Для информирования о вакцинации используются все более значительные ресурсы в попытке достичь ключевых целей. Доступность новых вакцин также привела к усилению внимания к информированию о вакцинации. Другие проблемы, которые повысили интерес к информированию о вакцинации, включают недостаточную вакцинацию, приводящую к вспышкам опасных, но предотвратимых заболева-

ний; регионы с низким уровнем вакцинации, такие как зоны конфликтов, где имели место вспышки болезней, предотвратимых с помощью вакцин; становятся доступными больше вакцин; всё больше болезней становятся предметом кампаний по вакцинопрофилактике.

В большинстве случаев родители и лица, осуществляющие неформальный уход за детьми, имеют доступ к широкому и растущему спектру источников информации различного качества. В то же время абсолютное отсутствие информации и коммуникации может стать значительным препятствием для решения проблемы нерешительности в отношении вакцинации и улучшения охвата населения вакци-

нацией. Для поддержки лиц, принимающих решения в рамках программ вакцинации, важно понимать, как родители и лица, осуществляющие неформальный уход за детьми, воспринимают информацию о вакцинации и влияет ли информация или способ общения на их намерение вакцинировать ребёнка. Также важно учитывать, как убеждения и ценности людей влияют на обработку информации и их доверие к источнику информации. Все эти факторы могут влиять на понимание полученной информации и определять решения, которые принимают люди.

В мире проведено достаточное число научных исследований, позволяющих обобщить доступные качественные данные о том, что родители думают об информации, которую они получают о вакцинации детей, о том, как эта информация передаётся и как это может повлиять на их намерение вакцинировать своего ребёнка. Опубликовано большое количество обзоров по вопросам коммуникации, нерешительности или принятия вакцинации, однако проблема низкой эффективности вакцинационных программ остаётся нерешённой.

Для того, чтобы надлежащим образом структурировать и осуществлять коммуникационные воздействия, важно, чтобы заинтересованные стороны понимали взгляды и опыт родителей и лиц, осуществляющих неформальный уход за детьми, по поводу общения и информации о плановой вакцинации детей раннего возраста, а также степень, в которой это общение влияет на их решение о вакцинации.

Цель работы — провести обзор научных публикаций, отражающих коммуникационные барьеры, препятствующие проведению вакцинопрофилактики.

Материалы и методы

Работа представляет собой теоретический обзор подходов, определяющих отношение авторов научных исследований к проблемам вакцинации детей, связанным с коммуникационной эффективностью в отношении родителей и иных лиц, принимающих решения о вакцинации детей. При работе над темой был использован метод контент-анализа опубликованных в научных работах материалов.

Результаты и обсуждение

Вакцинация признаётся одним из величайших достижений общественного здравоохранения XX в. Однако, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)¹, более 22 млн младенцев, главным образом в странах с низким и средним уровнем дохода, не получают полную серию базовых прививок, что приводит ко многим предотвратимым детским смертям. Усилия по улучшению охва-

та вакцинацией имеют центральное значение для достижения Целей развития тысячелетия по снижению детской смертности и, вероятно, всегда будут занимать центральное место в Целях устойчивого развития. Нерешительность с вакцинацией считается одной из причин неоптимального охвата вакцинацией.

Вакцины зарекомендовали себя как эффективные инструменты для контроля и ликвидации опасных для жизни инфекционных заболеваний и, по оценкам, позволяют избежать от 2 до 3 млн смертей ежегодно. При наличии чётко определённых целевых групп они являются одними из наиболее рентабельных инвестиций в здравоохранение, а стратегии, основанные на фактических данных, позволяют сделать их доступными даже для самых социально незащищённых и уязвимых групп населения². Программы вакцинации могут касаться населения в целом (детей, подростков и взрослых с хорошим здоровьем), но обычно они ориентированы на конкретные группы, такие как беременные женщины, путешественники и лица с определёнными заболеваниями/состояниями.

Несмотря на доказанную эффективность вакцин, некоторые родители продолжают испытывать опасения и формировать неверные представления о детских прививках, даже в регионах и сообществах с высоким уровнем вакцинации. Аналогичным образом, работники здравоохранения имеют сохраняющиеся неправильные представления о болезнях, которые можно предотвратить с помощью вакцинации, и являются одной из основных причин снижения потребления рекомендованных вакцин. Это отсутствие уверенности со стороны значимых лиц (врачей, родителей) способствует возникновению нерешительности в отношении вакцинации со стороны общественности, угрожая эффективности программ вакцинации.

Для поддержания приобретённого коллективного иммунитета к возбудителю важно, чтобы охват населения вакцинацией оставался выше определённых пороговых значений. Национальные программы вакцинации сильно различаются по всему миру: некоторые страны сосредоточены на просвещении населения, предоставляя отдельным лицам свободу выбора, в то время как другие внедрили обязательные прививки для обеспечения высоких показателей охвата [1].

Введение политики обязательной вакцинации остаётся предметом острых дискуссий: например, среди работников здравоохранения некоторые обязательные прививки, например против гепатита В, в целом приняты, хотя их преимущества и возникающие при этом этические проблемы ещё широко обсуждаются, как и в случае вакцинации против гриппа [2].

Во многих странах усилия по плановой иммунизации препятствуют группы людей, отказывающиеся от вакцинации для себя и своих детей, и ни-

¹ World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). Progress Towards Global Immunization Goals - 2012: Summary presentation of key indicators. WHO, UNICEF, 2013. URL: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/SlidesGlobalImmunization.pdf?ua=1 (дата обращения: 01.03.2023).

² WHO. Immunization WHO. 2018. URL: <http://www.who.int/topics/immunization/en/>. (дата обращения: 01.03.2023).

какое вмешательство пока не оказалось решающим в устранении этой проблемы. Такое поведение может повлечь за собой высокую заболеваемость и даже инвалидизацию [3]. Однако социально-психологические факторы остаются очень сильными [4] и препятствуют практической вакцинации.

Стратегии обязательной вакцинации могут представлять собой жизнеспособное решение, поскольку их эффективность была продемонстрирована в нескольких контекстах. В Италии 31.07.2017 были введены обязательные прививки от 10 инфекционных заболеваний после снижения уровней иммунизации ниже целевых показателей, определённых итальянским национальным планом профилактики с помощью вакцин³. Согласно предварительным данным, реализация этой стратегии привела к увеличению охвата вакцинацией с июня по октябрь 2017 г. на 1,0% для шестивалентной вакцины против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, гемофильной инфекции типа b и гепатита В и на 2,9% для вакцины против кори, паротита и краснухи [5]. Однако, несмотря на их доказанную эффективность, обязательные прививки (в рамках национальных календарей профилактических прививок) не являются безоговорочно принимаемыми гражданами.

Коммуникационные вмешательства можно определить как «целенаправленную, структурированную, воспроизводимую и адаптируемую стратегию информирования и влияния на индивидуальные решения и решения сообщества в отношении личного и общественного участия в здравоохранении, профилактики и продвижения заболеваний, выработки политики, улучшения обслуживания и исследований» [6]. Общение может быть односторонним (например, посредством предоставления информации по радио), двусторонним (например, общение лицом к лицу во время сеанса вакцинации) или разнонаправленным (например, обсуждение вакцинации в групповой обстановке).

ВОЗ определяет нерешительность при вакцинации как «поведение, на которое влияет ряд факторов, включая вопросы уверенности (не доверяют вакцине или поставщику), самоуспокоенность (не ощущают необходимости в вакцине или не ценят её) и удобство (доступ). Люди, сомневающиеся в вакцинации, представляют собой разнородную группу, которая в разной степени не уверена в отношении конкретных вакцин или вакцинации в целом». Факторы, которые могут определять нерешительность человека в отношении вакцинации, «подразделяются на три области:

- контекстуальные влияния, включая социокультурные факторы и факторы систем здравоохранения;
- индивидуальные и групповые влияния, включая те, которые обусловлены личным восприятием вакцины;

- вопросы, связанные с вакциной или прививками, включая индивидуальные оценки рисков и преимуществ, а также воздействия способа введения»⁴.

Коммуникационные вмешательства могут учитывать некоторые из этих факторов, включая восприятие отдельными лицами поставщика вакцины, а также рисков и преимуществ вакцины. Понимание того, как эти факторы проявляются в различных условиях, может помочь определить, какие вмешательства могут быть наиболее подходящими и могут пролить свет на различные уровни эффективности.

По данным ВОЗ, плохая коммуникация является важным фактором, препятствующим принятию положительного решения относительно вакцинации. Это может быть проблемой в любых условиях: в странах с высоким уровнем дохода, хорошо обеспеченными ресурсами программами вакцинации неадекватная или плохая коммуникация с программами иммунизации может усилить нерешительность в отношении вакцинации и привести к отказу от неё; в странах с низким и средним уровнем дохода ограниченные коммуникационные ресурсы снижают способность противостоять негативной информации о вакцинах и добиваться поддержки программ вакцинации со стороны общества.

Вакцинация в детском возрасте является эффективным способом профилактики серьёзных детских заболеваний. Однако многие дети не получают всех рекомендованных прививок. Для этого могут быть разные причины. Некоторые родители не имеют доступа к вакцине, например, из-за низкого качества медицинских услуг, удалённости медицинского учреждения от дома или нехватки денег. Некоторые родители не доверяют самой вакцине или медицинскому работнику, который её предоставляет, в то время как другие вообще не видят необходимости вакцинировать своих детей. Родители могут не знать, как работают прививки или о болезнях, которые они предотвращают. Они также могли получать информацию, которая вводит в заблуждение или неверна.

Родители хотят получить больше информации, чем они получают по факту. То же самое касается сбалансированности информации относительно пользы и вреда вакцинации, доступности изложения. Важное значение для родителей имеют каналы коммуникации: важно получать информацию не только от врача как основного источника, но и из других каналов (книг, информационных буклетов, публикаций в специализированных журналах, от священников, учителей, социальных работников и других значимых коммуникационных агентов).

Объём информации, которую хотят получить родители, и источники, которым, по их мнению,

³ Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. 2017. URL: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf. (дата обращения: 01.03.2023).

⁴ Sage Vaccine Hesitancy Working Group. What influences vaccine acceptance: a model of determinants of vaccine hesitancy. WH, 2013. URL: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccineConfidence_22_March.pdf (дата обращения: 01.03.2023).

они могли бы доверять, по-видимому, связаны с их принятием вакцинации, при этом более нерешительные родители хотели бы быть более информированными и просвещёнными в вопросах вакцинации.

Для решения некоторых из этих проблем правительства и учреждения здравоохранения пытаются вступать в диалог с родителями по поводу прививок в детском возрасте путём проведения коммуникационных кампаний. Такое общение может происходить в медицинских учреждениях, дома или в сообществе. Общение может быть двусторонним, например, личные обсуждения между родителями и медицинскими работниками. Это также может включать одностороннюю коммуникацию, например, информацию, предоставляемую посредством текстовых сообщений, плакатов, листовок или радио- или телевизионных программ. Некоторые виды общения позволяют родителям активно обсуждать вакцину, её преимущества и вред, а также заболевание, которое она призвана предотвратить. Другие виды общения просто предоставляют информацию об этих проблемах или о том, когда и где доступны вакцины. Люди, участвующие в программах вакцинации, должны понимать, как родители воспринимают различные виды общения о вакцинации и как это влияет на их решение вакцинировать своего ребёнка.

Коммуникационные вмешательства могут использоваться для устранения аспектов или факторов, способствующих нерешительности в отношении вакцинации. В ряде исследований и обзоров были изучены причины нерешительности при вакцинации и невакцинации детей [7]. В целом, обзоры показывают, что принятие решения о вакцинации является сложным процессом, итоговая результативность которого находится под влиянием целого ряда факторов.

Коммуникационные вмешательства часто упоминаются как центральные для улучшения охвата вакцинацией, что необходимо для достижения целей, поставленных международным сообществом. Конечно, общение является одним из многих взаимодействующих факторов, влияющих на решения родителей и лиц, осуществляющих неформальный уход, отвести своих детей на вакцинацию, и само по себе общение не может решить все аспекты нерешительности или отказа от вакцинации. Однако коммуникационные вмешательства являются важным компонентом программ вакцинации и общественного здравоохранения, а неадекватная коммуникация может оказать негативное влияние на охват вакцинацией и доверие родителей к вакцинационным кампаниям. В большинстве ситуаций общение о вакцинации в детском возрасте является обычным делом, но существует неопределённость в отношении того, как люди воспринимают и понимают это общение, и влияет ли это на их решение о вакцинации, и если да, то как. Кроме того, эффективность многих коммуникационных вмешательств остаётся неопределённой.

Заключение

Обзор зарубежных исследований позволяет сделать вывод о том, что коммуникационные барьеры влияют на эффективность вакцинационных кампаний и имеют схожий характер.

Оценка отношения к обязательной вакцинации может привести к лучшему пониманию этих проблем и позволит спланировать подходящие стратегии для улучшения охвата иммунизацией. Таким образом, исследования показывают, что оценка отношения общественности к программам обязательной вакцинации, а также осведомлённость по этому вопросу могут способствовать реализации государственной политики вакцинации и разработке стратегии повышения общественного одобрения и соблюдения национальных графиков вакцинации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Walkinshaw E. Mandatory vaccinations: the international landscape // *CMAJ*. 2011. Vol. 183, N 16. P. E1167—E1168.
2. Thomas R. E., Jefferson T., Lasserson T. J. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. N 6. P. CD005187.
3. Volkova O. A., Naberushkina E. K., Nadutkina I. E. et al. Russian focus on the problem of disability // *Res. J. Pharm. Biol. Chem. Sci.* 2016. Vol. 7, N 6. P. 3247—3252.
4. Tscymbalystov A. V., Volkova O., Kopytov A. A. et al. Activating technologies of social service as a factor of improving social self-personality of elderly and disabled people in Russia // *Int. J. Pharm. Res.* 2018. Vol. 10, N 4. P. 346—349.
5. Signorelli C., Iannazzo S., Odone A. The imperative of vaccination put into practice // *Lancet Infect Dis.* 2018. Vol. 18, N 1. P. 26—27.
6. Lewin S., Hill S., Abdullahi L. H. et al. Communicate to vaccinate (COMMVAC). Building evidence for improving communication about childhood vaccinations in low- and middle-income countries: protocol for a programme of research // *Implement. Sci.* 2011. Vol. 6, N 125. P. 1—7.
7. Larson H. J., Jarrett C., Eckersberger E. et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007—2012 // *Vaccine.* 2014. Vol. 32, N 19. P. 2150—2159.

REFERENCES

1. Walkinshaw E. Mandatory vaccinations: the international landscape. *CMAJ*. 2011;183(16):E1167—E1168.
2. Thomas R. E., Jefferson T., Lasserson T. J. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016;(6):CD005187.
3. Volkova O. A., Naberushkina E. K., Nadutkina I. E. et al. Russian focus on the problem of disability. *Res. J. Pharm. Biol. Chem. Sci.* 2016;7(6):3247—3252.
4. Tscymbalystov A. V., Volkova O., Kopytov A. A. et al. Activating technologies of social service as a factor of improving social self-personality of elderly and disabled people in Russia. *Int. J. Pharm. Res.* 2018;10(4):346—349.
5. Signorelli C., Iannazzo S., Odone A. The imperative of vaccination put into practice. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(1):26—27.
6. Lewin S., Hill S., Abdullahi L. H. et al. Communicate to vaccinate (COMMVAC). Building evidence for improving communication

about childhood vaccinations in low- and middle-income countries: protocol for a programme of research. *Implement. Sci.* 2011;6(125):1—7.

7. Larson H. J., Jarrett C., Eckersberger E. et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007—2012. *Vaccine.* 2014;32(19):2150—2159.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.

The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Информатика и цифровые технологии

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-277-281

Влияние цифровизации условий и содержания труда на здоровье работников

Александр Борисович Зудин¹, Артем Игоревич Введенский²,
Александр Викторович Мелерзанов³

¹Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация;

²Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Рязань, Россия;

³Московский физико-технический институт, Москва, Россия

¹zudin-ab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²ai_vvedenskiy@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4593-8030>

³melerzanov.av@mopt.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4749-5851>

Аннотация. Введение. Тотальный и массовый переход отраслей, бизнесов и отдельных компаний на цифровые технологии обусловил необходимость оценки влияния цифровизации на здоровье работников. Стратегические решения, влияющие на эффективность бизнеса, должны учитывать состояние рабочей силы, способность персонала воспринимать и осваивать цифровые преобразования в максимально экологичном производственном климате, не оказывающем негативного влияния на здоровье (как физическое, так и психическое) работников.

Цель работы — провести обзор зарубежных научных исследований, посвящённых анализу влияния цифровизации на здоровье работников.

Материалы и методы. Работа выполнена методом контент-анализа научных работ, опубликованных в зарубежных специализированных изданиях по медицине труда, общественному здоровью и организации здравоохранения.

Результаты. Исследование показало, что вопросу влияния цифровой трансформации условий и содержания работы на здоровье работников в современной научной литературе уделяется недостаточно внимания. Основными исследовательскими фокусами выступают техностресс и его последствия. Это обуславливает необходимость дальнейших исследований и разработки прикладных рекомендаций для снижения негативных последствий цифровизации на здоровье работников.

Ключевые слова: цифровизация; труд; рабочее место; персонал; здоровье; работники; техностресс

Для цитирования: Зудин А. Б., Введенский А. И., Мелерзанов А. В. Влияние цифровизации условий и содержания труда на здоровье работников // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 277—281. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-277-281

Computer science and digital technologies

Original article

The impact of digitalization of working conditions and content on the health of workers

Aleksander B. Zudin¹, Artem I. Vvedenskiy², Aleksander V. Melerzanov³

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia;

²I. P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia;

³Moscow Institute of Physics and Technology, Moscow, Russia

¹zudin-ab@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6966-5559>

²ai_vvedenskiy@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4593-8030>

³melerzanov.av@mopt.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4749-5851>

Annotation. Introduction. The total and massive transition of industries, businesses and individual companies to digital technologies has led to the need to assess the impact of digitalization on the health of employees. Strategic decisions affecting business efficiency should take into account the state of the workforce, the ability of personnel to perceive and master digital transformations with the most environmentally friendly production climate that does not have a negative impact on the health (both physical and mental) of employees. The **purpose** of the work is to review foreign scientific research devoted to the analysis of the impact of digitalization on the health of workers.

Materials and methods. The work was carried out by the method of content analysis of scientific papers published in foreign specialized publications on occupational medicine, public health and healthcare organization.

Results. The study showed that the issue of the impact of digital transformation of working conditions and content on the health of workers in modern scientific literature is not given enough attention. The main research focuses are technostress and its consequences.

© А. Б. Зудин, А. И. Введенский, А. В. Мелерзанов, 2023

This necessitates the development of further research and the development of applied recommendations to reduce the negative effects of digitalization on the health of workers.

Key words: digitalization; labor; workplace; staff; health; workers; technostress

For citation: Zudin A. B., Vvedensky A. I., Melerzanov A. V. The impact of digitalization of working conditions and content on the health of workers. *Remedium*. 2023;27(3):277–281. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-277-281

Введение

В последние годы индустриализация и цифровизация существенно изменили не только глобальные социально-экономические процессы, но и характер работы, трудовых функций и социально-трудовых отношений в целом. Цифровизация как растущий тренд обусловила корпоративные изменения, которые привели к новым возможностям, но также породили проблемы, связанные с быстрыми технологическими изменениями и повышением сложности выполняемых персоналом трудовых функций. При этом использование цифровых технологий на рабочем месте оказывает неоднозначное влияние на здоровье работника, следовательно, в условиях оцифровки трудовых функций необходимо учитывать это влияние, и работодателям, возможно, потребуется внедрять новые методы работы, учитывающие эти воздействия.

Процессы цифровой трансформации ставят новые задачи перед руководством и топ-менеджментом. Администрация компаний, ориентированных на тотальное внедрение цифровых технологий в сферу социально-трудовых отношений, должна проводить не только технологическую цифровую трансформацию внутри компании, быть в курсе последних технологических разработок и принимать сложные решения с далеко идущими последствиями, но и учитывать последствия для здоровья сотрудников. Формат работы во многом изменился, прежде всего для основного персонала, и сегодня она часто является более когнитивно сложной, командной и требует больше времени на перестройку, чем раньше. Это может быть особенно актуально для сотрудников международных компаний с растущей глобальной конкуренцией. В результате перед сотрудниками ставятся новые, более сложные задачи, требующие также сложных, многовариантных решений. Подобные условия провоцируют перегрузку и повышенный стресс, которые являются результатом сложного взаимодействия между чувством профессиональной ответственности, когнитивными и психологическими процессами (включая осознание альтернативных издержек), а также сожалением в случае принятия неправильного решения.

Цель настоящей работы — провести обзор зарубежных исследований, посвящённых влиянию цифровых трансформаций рабочего места на здоровье работников.

Материалы и методы

Работа выполнена методом контент-анализа научных работ, опубликованных в зарубежных специализированных изданиях по медицине труда, обще-

ственному здоровью и организации здравоохранения. В фокусе внимания находились исследования, в которых рассматривались последствия цифровых преобразований рабочего места (изменения в форме и содержании рабочих функций и процессов) для здоровья работников.

Результаты и обсуждение

В качестве теоретической основы исследования влияния цифровизации труда на здоровье работников следует рассматривать модель «Требования к работе — ресурсы» (JDR — Job Demands-Resources) A. B. Bakker и соавт. [1]. Она является одной из наиболее широко изученных моделей профессионального стресса и предполагает, что условия труда можно разделить на две широкие категории: требования к работе и рабочие ресурсы. Исследователи доказали, что чрезмерные требования к работе, когда они не сопровождаются адекватными трудовыми ресурсами, связаны с ухудшением здоровья и повышением риска выгорания работников [2, 3]. В соответствии с данной концепцией оцифровка рабочего места требует от работника новых, дополнительных ресурсов, позволяющих быть адекватным новым требованиям. Этими ресурсами выступают цифровая грамотность, цифровые навыки и компетенции, а необходимость их формирования и своевременного обновления становится значимой задачей в рамках персональной ответственности работника.

Второй теоретической концепцией исследования является модель контроля спроса на работу (JDC — Job-Demand-Control), разработанная в 1979 г. R. A. Karasek [4]. В соответствии с этой моделью полномочия на принятие решений или автономия работы приводят к положительным результатам для здоровья. Напротив, высокие требования к работе в сочетании с низким контролем работы связаны с риском психических расстройств и болезнями. В контексте цифровой трансформации рабочих мест данная концепция предполагает, что цифровые компетенции, необходимые работнику, находятся исключительно в зоне его ответственности.

Исследование последствий принятия решений и ответственности персонала коммерческих компаний в соответствии с моделью JDC показывают, что наличие некоторого количества вариантов принятия решений (т. е. высокий контроль над работой) способствует укреплению здоровья работников. Однако, когда выбор вариантов принятия решений становится слишком широким, подобная ситуация становится слишком стрессогенной. Как отмечает V. Schwartz, «тот факт, что какой-то выбор хорош, не обязательно означает, что больший выбор лучше [...], за перегрузку выбором приходится платить» [5]. B. S. Lehner и соавт. обнаружили, что, когда вос-

принимаемый диапазон широты принятия решений слишком велик, возникает желание его уменьшить [6]. Когда перед работником стоит самостоятельный выбор — использовать цифровые (инновационные) технологии или воспользоваться аналоговыми (традиционными), возникает риск когнитивной перегрузки. Дальнейшие исследования подтверждают идею о негативных последствиях «перегрузки выбором» — термин, который обычно используется в отношении сценария, когда сложность проблемы принятия решения индивидом превышает его/её когнитивные ресурсы.

Концепция, разработанная Н. Pfaff, относится к стрессу, возникающему в результате наличия слишком большого количества вариантов. Концепция предполагает, что перегрузка выбором возникает, «если человек оценивает ситуацию, которая характеризуется множеством или трудным выбором, как обременительную, превышающую его или ее ресурсы и ставящую под угрозу его или ее благополучие» [7]. Перегрузка выбором может быть описана как результат дисбаланса между требованиями и ресурсами, а также как ситуация, в которой, с точки зрения заинтересованного лица, личных, социальных и организационных ресурсов недостаточно для адекватного управления количеством и/или качеством вариантов принятия решений.

Таким образом, перегрузка выбором — это индивидуальное состояние, возникающее в результате психологического бремени. Это бремя возникает из-за перегрузки вариантами и является «результатом сложного взаимодействия между психологическими процессами, включая осознание альтернативных издержек, растущие ожидания, неприятие компромиссов, а также сожаление и самообвинение в случае принятия неправильного решения» [6]. Кроме того, согласно модели Н. Pfaff, можно провести различие между количественной и качественной перегрузкой выбором. Количественная перегрузка выбором может возникнуть, когда доступно слишком много вариантов. Качественная перегрузка может возникнуть, если человеку приходится принимать излишне сложные решения. Перегрузка выбором — это концепция, которая ещё не получила широкого развития, особенно в области исследований стресса и трудовой и организационной психологии.

«Цифровизация означает внедрение цифровых технологий в бизнес и общество с целью улучшения процессов. За последнее десятилетие использование технологий на рабочем месте резко возросло; например, доля европейских работников, сообщающих о частом использовании цифровых технологий, увеличилась с 36% до 57% в период с 2005 по 2015 год»¹.

Оцифровка (т. е. преобразование аналоговых данных в цифровые) является основой для цифровизации, которую можно определить как «использование цифровых возможностей» [8]. В свою оче-

редь, цифровая трансформация относится к «процессу, который используется для реструктуризации экономики, институтов и общества на системном уровне» [8].

Искусственный интеллект (ИИ), нейросети, роботизированные процессы, виртуальная реальность и многие другие современные формы цифровых технологий стали активно внедряться в организацию и управление рабочими местами и существенно трансформировать процессы труда.

Цифровизация рабочей среды привела к изменениям в том, как люди общаются, выполняют задачи и социализируются, что, в свою очередь, меняет ландшафт рынков труда, обуславливая спрос на кадры с новыми профессиональными знаниями, умениями и навыками. Кроме того, оцифровка рабочих функций может существенно повлиять на удовлетворённость работников работой и их психическое здоровье — как положительно, так и отрицательно.

Как основное негативное последствие оцифровки рабочих мест исследователи склонны рассматривать техностресс — психологическую реакцию (связанную с биологическим ответом организма на раздражитель), возникающую в ответ на неспособность человека адекватно отвечать на внедрение цифровых технологий и пользоваться ими в нормальном рабочем режиме. Например, исследования показали, что компьютерные сбои могут вызывать повышенный уровень кортизола, а сбои, связанные с информационно-компьютерными технологиями, могут повышать уровень альфа-амилазы — маркера острого стресса — в слюне².

Работа и условия труда являются важными факторами, определяющими психологическое благополучие. Высокие требования к работе и неблагоприятные психосоциальные факторы в значительной степени связаны с плохим самочувствием. Плохое психологическое благополучие является сигналом бедствия и признаком возможной депрессии. Снижение психологического благополучия влияет на здоровье человека и может в долгосрочной перспективе привести к депрессии, снижению производительности и прогулам.

В исследовании S. Fiedler и соавт. 25,4% опрошенных менеджеров среднего звена были классифицированы как имеющие плохое самочувствие, что указывает на то, что эти работники подвержены риску развития депрессии. В том же исследовании 10,3% сотрудников уже сообщили о симптомах депрессии [9]. Исследование A. Nyberg и соавт. показало, что стресс также может влиять на здоровье (например, на развитие ишемической болезни сердца) подчинённых [10].

В исследовании, проведённом R. Peña-Casas и соавт., около 66% опрошенных работников сообщили об интенсификации труда и увеличении темпов работы из-за цифровизации [11]. Исследователи акцентируют внимание на том, что это может иметь

¹ Lebeau E. Mental health in a digitalized workplace. URL: <https://www.news-medical.net/health/Mental-Health-in-a-Digitalized-Workplace.aspx> (дата обращения: 26.03.2023).

² Буценко Т. Эксперты изучили влияние цифровых технологий на психику человека. URL: <https://med-heal.ru/archives/43808> (дата обращения: 14.02.2023).

негативные последствия, поскольку чрезмерные рабочие нагрузки вызывают симптомы психологического расстройства: стресс, беспокойство и недосыпание.

В ближайшие 10 или 20 лет примерно половина мировой рабочей силы, по прогнозам, будут подвержены высокому риску компьютеризации, и эта цифра включает не только работников транспортной, логистической и производственной отраслей, но и большинство офисных и административно-вспомогательных работников [12]. Кроме того, с быстрым развитием ИИ эксперты прогнозируют, что в ближайшие 30 лет ИИ превратится в супер-ИИ, вероятность негативного влияния которого на людей составляет одну треть [13]. Поскольку ИИ приближается к человеческому уровню интеллекта или достигает его, он активно конкурирует с работниками, усугубляя неопределённость на рынке труда. Работники постоянно обеспокоены потерей работы, падением своих доходов и экономической нестабильностью, что негативным образом сказывается на их психологическом состоянии. Ожидается, что ИИ повлияет на традиционные карьерные траектории работников, что усилит проявление и частоту случаев депрессии. Кроме того, из-за замены работников ИИ потерявшие работу граждане могут оказаться в состоянии длительной или постоянной безработицы, что ещё больше затруднит их способность удовлетворять свои социальные и психологические потребности и приведет к ухудшению их психического здоровья.

С другой стороны, применение ИИ может помочь работникам избавиться от деятельности, которая им не нравится, и дать им больше времени для занятий, которые вызывают положительные эмоции. С созданием большого количества «приятных рабочих мест» качество занятости работников может быть значительно улучшено, и позитивные жизненные события, которые улучшают психическое здоровье работников, могут стать более частыми. Кроме того, технологические изменения способствуют росту доходов работников и ещё больше повышают средний уровень их счастья.

Е. F. Rietzschel и соавт. обнаружили, что высокий уровень эпиднадзора положительно коррелирует с удовлетворённостью работой у людей с повышенным стремлением к структуре, что подчёркивает необходимость учёта индивидуальных различий при оценке воздействия использования технологий [14].

Цифровизация привела к трансформации во всех отраслях и создала огромное давление для преобразования существующих корпоративных структур, оказывает серьёзное влияние на предприятия, общества и отдельных людей. Она меняет не только требования к работе, но также рабочие ресурсы и их качество. Например, домашний офис и удалённая работа могут служить ресурсом для трудоустройства и связаны с положительным влиянием на здоровье сотрудников, таким как лучший сон и бóльшая физическая активность [15], более низкий уровень стресса и улучшение общего физического здоровья [16] и более низкие показатели выгорания

[17]. С другой стороны, когнитивные требования к работе с ростом цифровизации трудовых процессов возрастают [18].

Заключение

Цифровизация и её влияние на благосостояние часто являются предметом дискуссий, её фактические последствия ещё недостаточно изучены, и можно предположить, что бремя принятия решений руководством на современных рабочих местах возрастает. Существуют более сложные процессы и большой объём и/или неоднозначная информация, которую необходимо обработать.

В будущем, вероятно, будет наблюдаться дальнейший рост распространения цифровых технологий в рабочей среде; в настоящее время около 50% рабочих мест требуют, чтобы сотрудники обладали цифровыми навыками, и, по прогнозам, к 2030 г. этот показатель возрастет до 75%. Поэтому оценка влияния технологий на психическое здоровье сотрудников всё более важна.

Поскольку цифровая работа потенциально может негативно сказаться на физическом и психическом здоровье работников, руководителям организаций и предприятий необходимо брать ответственность за создание рабочих условий, ограничивающих это воздействие и способствующих гармоничному освоению инноваций сотрудниками и цифровой социализации.

Чтобы помочь достичь этого, компании могут попытаться уменьшить стресс и эмоциональное выгорание, призывая сотрудников отключаться от своих смартфонов в нерабочее время и вводя в действие политику, позволяющую гибко реагировать на личные потребности и требования рабочей жизни.

Другие стратегии, которые можно использовать для предотвращения техностресса и улучшения психического благополучия, включают внедрение чётких правил электронной почты, которые поощряют сотрудников проверять электронную почту только в определённое время, а также предоставление консультаций для оказания помощи работникам в решении проблем, связанных с цифровыми технологиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bakker A. B., Demerouti E. The job demands-resources model: State of the art // *J. Manag. Psychol.* 2007. Vol. 22. P. 309—328.
2. Bakker A. B., Demerouti E., Verbeke W. Using the job demands resources model to predict burnout and performance // *Hum. Resour. Manag.* 2004. Vol. 43. P. 83—104.
3. Bakker A. B., Demerouti E., Euwema M. C. Job resources buffer the impact of job demands on burnout // *J. Occup. Health Psychol.* 2005. Vol. 10. P. 170.
4. Karasek R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign // *Adm. Sci. Q.* 1979. P. 285—308.
5. Schwartz B. *The Paradox of Choice: Why More is Less.* N.Y., 2009.
6. Lehner B. S., Jung J., Stieler-Lorenz B. et al. Is WDLR (wish for decision latitude reduction) linked to work engagement? An exploratory study among knowledge workers // *JPR.* 2013. Vol. 3.
7. Pfaff H. Optionsstress und Zeitdruck. In: Junghanns G., Morschhäuser M. (eds.) *Immer Schneller, Immer Mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit.* Wiesbaden, 2013. P. 113—143.

8. Rachinger M., Rauter R., Müller C. et al. Digitalization and its influence on business model innovation // *J. Manuf. Technol. Manag.* 2018. Vol. 30, N 8. P. 1143—1160.
9. Fiedler S., Pfaff H., Soellner R., Pfortner T.-K. Exploring the association between health literacy and psychological well-being among industry managers in Germany // *J. Occup. Environ. Med.* 2018. Vol. 60. P. 743—753.
10. Nyberg A., Alfredsson L., Theorell T. et al. Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study // *Occup. Environ. Med.* 2009. Vol. 66. P. 51—55.
11. Peña-Casas R., Ghailani D. A European minimum wage framework: the solution to the ongoing increase in in-work poverty in Europe? // *Social policy in the European Union: state of play.* 2020.
12. Frey C. B., Osborne M. A. The Future of employment: how susceptible are jobs to computerisation? // *Technol. Forecast Soc.* 2017. Vol. 114, P. 254—280.
13. Müller V. C., Bostrom N. Future progress in artificial intelligence: a survey of expert opinion. In: *Fundamental Issues of Artificial Intelligence.* Cham, 2016. P. 555—572.
14. Rietzschel E. F., Slijkhuis M., Van Yperen N. W. Close monitoring as a contextual stimulator: How need for structure affects the relation between close monitoring and work outcomes // *Eur. J. Work and Organizational Psychol.* 2014. Vol. 23, N 3. P. 394—404.
15. Grzywacz J. G., Casey P. R., Jones F. A. The effects of workplace flexibility on health behaviors: a cross-sectional and longitudinal analysis // *J. Occup. Environ. Med.* 2007. Vol. 49. P. 1302—1309.
16. Butler A. B., Grzywacz J. G., Ettner S. L., Liu B. Workplace flexibility, self-reported health, and health care utilization // *Work Stress.* 2009. Vol. 23. P. 45—59.
17. Hill J. E., Jacob J. I., Shannon L. L. et al. Exploring the relationship of workplace flexibility, gender, and life stage to family-to-work conflict, and stress and burnout // *Commun. Work Fam.* 2008. Vol. 11. P. 165—181.
18. Meyer S.-C., Hunefeld L. Challenging cognitive demands at work, related working conditions, and employee well-being // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018. Vol. 15. P. 2911.
4. Karasek R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm. Sci. Q.* 1979:285—308.
5. Schwartz B. *The Paradox of Choice: Why More is Less.* N.Y., 2009.
6. Lehner B. S., Jung J., Stieler-Lorenz B. et al. Is WDLR (wish for decision latitude reduction) linked to work engagement? An exploratory study among knowledge workers. *JPR.* 2013;3.
7. Pfaff H. Optionsstress und Zeitdruck. In: Junghanns G., Morschhäuser M. (eds.) *Immer Schneller, Immer Mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit.* Wiesbaden, 2013. P. 113—143.
8. Rachinger M., Rauter R., Müller C. et al. Digitalization and its influence on business model innovation. *J. Manuf. Technol. Manag.* 2018;30(8):1143—1160.
9. Fiedler S., Pfaff H., Soellner R., Pfortner T.-K. Exploring the association between health literacy and psychological well-being among industry managers in Germany. *J. Occup. Environ. Med.* 2018;60:743—753.
10. Nyberg A., Alfredsson L., Theorell T. et al. Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *J. Occup. Environ. Med.* 2009;66:51—55.
11. Peña-Casas R., Ghailani D. A European minimum wage framework: the solution to the ongoing increase in in-work poverty in Europe? *Social policy in the European Union: state of play.* 2020.
12. Frey C. B., Osborne M. A. The future of employment: how susceptible are jobs to computerisation? *Technol. Forecast Soc.* 2017;114:254—280.
13. Müller V. C., Bostrom N. Future progress in artificial intelligence: a survey of expert opinion. In: *Fundamental Issues of Artificial Intelligence.* Cham, 2016:555—572.
14. Rietzschel E. F., Slijkhuis M., Van Yperen N. W. Close monitoring as a contextual stimulator: How need for structure affects the relation between close monitoring and work outcomes. *Eur. J. Work and Organizational Psychol.* 2014;23(3):394—404.
15. Grzywacz J. G., Casey P. R., Jones F. A. The effects of workplace flexibility on health behaviors: a cross-sectional and longitudinal analysis. *J. Occup. Environ. Med.* 2007;49:1302—1309.
16. Butler A. B., Grzywacz J. G., Ettner S. L., Liu B. Workplace flexibility, self-reported health, and health care utilization. *Work Stress.* 2009;23:45—59.
17. Hill J. E., Jacob J. I., Shannon L. L. et al. Exploring the relationship of workplace flexibility, gender, and life stage to family-to-work conflict, and stress and burnout. *Commun. Work Fam.* 2008;11:165—181.
18. Meyer S.-C., Hunefeld L. Challenging cognitive demands at work, related working conditions, and employee well-being. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;15:2911.

REFERENCES

1. Bakker A. B., Demerouti E. The job demands-resources model: State of the art. *J. Manag. Psychol.* 2007;22:309—328.
2. Bakker A. B., Demerouti E., Verbeke W. Using the job demands resources model to predict burnout and performance. *Hum. Resour. Manag.* 2004;43:83—104.
3. Bakker A. B., Demerouti E., Euwema M. C. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *J. Occup. Health Psychol.* 2005;10:170.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023. The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

История медицины и фармации

Научная статья

УДК 614 (2):929

doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-282-285

К вопросу о понятии public health: черты биографии Чарльза Уинслоу (1877—1957)

Василий Сергеевич Нечаев

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,
г. Москва, Российская Федерация

vn52@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8411-9575>

Аннотация. Рассмотрены черты биографии Чарльза Уинслоу (1877—1957) — американского бактериолога, специалиста в области проблем здоровья общества, автора широко распространённого в международном здравоохранении понятия public health. Показана широта тематики научного творчества Ч. Уинслоу. Установлено, что своим определением Ч. Уинслоу внёс в содержание public health междисциплинарность, приоритетность профилактики и принцип коллективных действий на благо здоровья общества.

Ключевые слова: история медицины; Чарльз Уинслоу; public health; профилактика; здоровье общества; здравоохранение

Для цитирования: Нечаев В. С. К вопросу о понятии public health: черты биографии Чарльза Уинслоу (1877—1957) // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 3. С. 282—285. doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-282-285

History of Medicine and pharmacy

Original article

On the issue of concept of public health: traits of Charles Winslow biography (1877—1957)

Vasily S. Nechaev

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

vn52@inbox.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8411-9575>

Annotation. The article considers traits of biography of Charles Winslow (1877—1957), american bacteriologist and specialist in public health and health care, the author of concept of public health that is widespread in world health care nationally and internationally. The encyclopedic breadth of subject-matters of research works of Ch. Winslow is demonstrated. It is established that Ch. Winslow by his definition introduced into content of public health multidisciplinary, priority of prevention and principle of collective actions for benefit of health of society.

Key words: history of medicine; Ch. Winslow; public health; prevention; health of society; health care

For citation: Nechaev V. S. On the issue of concept of public health: traits of Charles Winslow biography (1877—1957). *Remedium*. 2023;27(3):282—285. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2023-27-3-282-285

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) с момента образования в 1946 г. приоритетно анализировала существенные международные проблемы здоровья и здравоохранения. Для их решения ВОЗ разрабатывались фундаментальные концепции и долгосрочные стратегии — например, материалы Алма-Атинской конференции по первичной медико-санитарной помощи (1978) [1] или Глобальная Стратегия «Здоровье для всех к 2000 году» (1981) [2]. Все документы такого рода излагались на английском языке (с последующим переводом на другие рабочие языки) и использовали сложившийся набор базовых рабочих терминов. Одно из ключевых мест среди них занимает понятие public health. В основу дефиниции было положено опреде-

ление public health, которое в начале 1920-х гг. сформулировал Чарльз Уинслоу, американский бактериолог и специалист в области проблем здоровья общества и здравоохранения.

Чарльз Уинслоу (Charles-Edward Amory Winslow, 04.02.1877—08.01.1957) родился в США, в городе Бостон (штат Массачусетс) в состоятельной высокообразованной семье. Его отец, Эрвинг Уинслоу, выпускник Гарварда, был успешным коммерсантом, поэтом и автором передовых статей в местных периодических изданиях, в которых он последовательно критиковал империализм. Мать, Кэтрин Мэри Рейнолдс, была английской актрисой, которая в Америке получила известность благодаря своим ролям в пьесах Шекспира и Ибсена.



Чарльз Эдвард Амори Уинслоу (1877—1957)

После окончания Бостонской английской средней школы Ч. Уинслоу поступил на факультет естественных наук Массачусетского технологического института (МТИ) с намерением специализироваться по биологии и в дальнейшем стать врачом. На кафедре биологии он всерьёз увлёкся биологическими науками и бактериологией [3]. Окончательный выбор области своих профессиональных интересов Ч. Уинслоу сделал под влиянием лекций профессора Уильяма Седвика (1855—1921), который отстаивал новое для своего времени понимание многосторонности внешних причин ухудшения здоровья людей. Он доказывал, что устранение этих причин возможно только через применение объединённых единой целью научных знаний и методов гигиены, бактериологии, эпидемиологии и здравоохранения. Их воздействие следует направлять на группы населения, а не на привычного для клинической медицины пациента [4]. Научная убедительность образа мыслей и искренняя увлечённость У. Седвика побудили Ч. Уинслоу перенести своё внимание с клинической медицины и бактериологии на существенно более широкие области научного познания — предупреждение болезней и public health [5].

В 1898 г. Ч. Уинслоу успешно закончил МТИ и получил учёную степень бакалавра естественных наук. В 1910 г. ему была присвоена учёная степень магистра естественных наук [5].

С 1900 по 1910 г. Ч. Уинслоу — сотрудник лаборатории гигиенических исследований факультета естественных наук МТИ. Начинал он как штатный бактериолог и преимущественно занимался бактериологическими лабораторными исследованиями. Получение должности старшего преподавателя, а позднее главного биолога добавило к его обязанностям научно-педагогическую деятельность в области гигиены внешней среды. В 1908—1910 гг. Ч. Уинслоу совмещал основную работу в лаборатории с руководством экспериментальной станцией по очистке сточных вод Бостона. В 1910 г. он поступил в Американский музей естественной истории смо-

тритеlem раздела public health и организовал при музее Бактериологический музей и Бюро по обмену бактериальными культурами в научных целях. Музейным делом он занимался до 1922 г. А сам музей стал для Ч. Уинслоу привлекательной площадкой для занятий публичным преподаванием и просвещением в области public health.

Одновременно с музейным делом Ч. Уинслоу в 1910—1914 гг. преподавал гигиену, бактериологию и public health в Городском колледже Нью-Йорка в должности адъюнкт-профессора биологии. В 1915 г. он организовал на медицинском факультете Йельского Университета кафедру public health (с 1947 г., после введения в стране обязательной аккредитации, кафедра преобразована в факультет — School of public health), на которой читал лекции и вёл семинарские занятия по теории public health, управлению здравоохранением, сестринскому делу и демографической статистике как заведующий и профессор кафедры вплоть до своего выхода на пенсию в 1945 г. С 1945 по 1957 г. — почётный профессор Йельского Университета [3, 6].

Профессиональные интересы Ч. Уинслоу включали и международное здравоохранение. В 1917 г. он посетил Россию в составе миссии Американского Красного Креста [6]. В результате у него возник научный интерес к проблемам здоровья населения и здравоохранения в Советской России и СССР. Последовали публикации о проблемах управления здравоохранением (1917) [7] и о состоянии здравоохранения в России (1918) [8], о социальных условиях жизни населения России (1918) [9]. Отдельную публикацию Ч. Уинслоу посвятил сравнительному анализу состояния здравоохранения в России и США (1919) [10]. В 1943 г. он вернулся к изучению здравоохранения в Советском Союзе в своей статье о медицине военного времени в СССР [11].

В 1927 г. его пригласили экспертом по оценке здоровья общества в Комитет по здравоохранению Лиги Наций, с которым Ч. Уинслоу активно и плодотворно сотрудничал до 1930 г. В 1950-е гг. его регулярно привлекали как консультанта по международным проблемам public health уже в ВОЗ [5, 6].

Значительное место в жизни Ч. Уинслоу занимала общественная деятельность. В 1899 г. он стал самым молодым членом-учредителем Американского Общества бактериологов, с 1917 по 1951 г. состоял постоянным членом Совета по public health при Департаменте здравоохранения штата Коннектикут, с 1926 г. и до конца своих дней оставался президентом Американской ассоциации public health. В 1916 г. Ч. Уинслоу стал первым главным редактором журнала «The Journal of Bacteriology», который возглавлял до 1944 г. С 1944 по 1954 г. он выполнял обязанности научного редактора журнала «The American Journal of Public Health» [5].

Научно-литературное творчество было неотъемлемой частью профессиональной жизни Ч. Уинслоу. А вот его первая публикация 1896 г. к медицине, бактериологии, гигиене и public health никакого отношения не имела. Это был авторский художественный перевод на английский язык пьесы «Родина»

немецкого драматурга Германа Судерманна (1857—1928) под названием «Магда» (по имени главной героини). Пьесу с успехом играли в Нью-Йорке на Бродвее при участии известных американских актёров театра и кино того времени [5].

В целом перу Ч. Уинслоу принадлежат более 600 статей и монографий по проблемам гигиены, бактериологии, здоровья общества и здравоохранения. Тематика public health присутствовала в научном творчестве Ч. Уинслоу постоянно и приоритетно. В центре его научных интересов всегда оставались фундаментальные вопросы исторических предпосылок public health и будущего развития этой научной дисциплины [4, 6].

Так, в монографии «The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign» (1923) Ч. Уинслоу прослеживает исторические аспекты развития и становления предмета общественного здоровья, начиная с представлений о здоровье и болезни в Древней Греции и до современных взглядов. Свою профессиональную убежденность в том, что для общества по сравнению с лечением болезней (при всей его важности) их предупреждение обладает неоспоримым преимуществом и выгодностью, Ч. Уинслоу обосновывал в ходе всестороннего обсуждения проблем эпидемиологии в фундаментальных монографиях «The Conquest of Epidemic Disease» (1943) и «The History of American Epidemiology» (1952).

В научном наследии Ч. Уинслоу в первую очередь привлекает внимание не количество опубликованных текстов, а широта их тематики: public health (история, теория и музейное дело); бактериология; эпидемиология; промышленная гигиена; гигиена внешней среды; здоровье общества; социальные аспекты медицины и здравоохранения; школьное здравоохранение (включая половую гигиену для учителей и родителей); жилищные условия; коммунальное водоснабжение; организация уборки мусора в больших городах; подготовка врачей и медицинских сестёр в области public health; влияние запаса на аппетит и т. д. [6].

Универсальный склад ума, культура энциклопедиста, умение обобщать, профессиональный опыт научной и практической работы во многих сферах охраны здоровья позволили Ч. Уинслоу посмотреть на содержание понятия public health с новой перспективой. Он сумел выделить в различных научных дисциплинах те знания и понимания, которые необходимы для обновления содержания public health, и интегрировал их на новой «междисциплинарной» основе.

В законченной форме своё определение public health Ч. Уинслоу представил на суд научной общественности в 1920 г. [12]: «Общественное здоровье — это наука и практические знания и умения предупреждения болезней, продления жизни и содействия физическому здоровью и эффективности посредством организованных общественных усилий по оздоровлению окружающей среды, борьбе с инфекциями по месту жительства, обучению человека принципам личной гигиены, организации медицин-

ского и сестринского обслуживания для ранней диагностики и превентивного лечения болезни и совершенствованию социальных механизмов, которые обеспечат каждому по месту его жительства стандарт уровня жизни, достаточный для поддержания здоровья» (перевод автора — В.Н.).

До этой публикации public health преимущественно связывалось с гигиеной и борьбой с эпидемическими заболеваниями. Своим определением Ч. Уинслоу поместил public health в область коллективных действий на благо здоровья общества. Основами public health были определены профилактика, борьба с инфекционными заболеваниями, гигиена среды обитания, чистое водоснабжение, достойные жилищные условия, полноценное питание, безопасные рабочие места, медицинское обслуживание беременных, здоровье детей, обучение людей базовым основам охраны здоровья (включая личную гигиену).

Более глубокое погружение в содержание определения позволяет увидеть следующее. Ч. Уинслоу настойчиво поясняет, что в public health речь прежде всего идет о предупреждении болезней, продлении жизни людей и содействии физическому здоровью человека. Он не описывает public health фактографически, а ведёт речь о том, каким образом достигать его необходимого уровня, а именно — посредством организованных общественных усилий. И это не только обязательное наличие медицинских и сестринских служб, но и совершенствование социальных механизмов, которые гарантируют всем и каждому стандарт уровня жизни, достаточный для поддержания здоровья. Ч. Уинслоу, определив public health как «область социальной активности», предложил системный набор конкретных действий, служб и всеобъемлющих общественных усилий для формирования посредством public health здорового населения и здорового общества.

В своё время Ч. Уинслоу высказал глубокую мысль [3] о том, что обучение в рамках public health людей простым способам предупреждения болезней по глубине своего влияния на их здоровье сопоставимо с открытием микробной теории. Это утверждение сохраняет свою актуальность и сегодня, как и предложенное им определение public health.

ЛИТЕРАТУРА

1. Primary Health Care: a joint report of the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund (International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6—12 September 1978). Geneva—N. Y., 1978. 50 p.
2. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Health for All Series No. 3. Geneva 1981. 90 p.
3. Kemper S.C.-E. A. Winslow, who launched public health at Yale a century ago, still influential today. Fall 2014—Spring 2015 Centennial issue of Yale Public Health magazine. URL: <https://news.yale.edu/2015/06/02/public-health-giant-c-ea-winslow-who-launched-public-health-yale-century-ago-still>
4. Whipple G. C. The public health work of professor Sedgwick // Am. J. Public Health. 1921. Vol. 11, N 4. P. 361—367.
5. Charles-Edward Amory Winslow — a memorial // Am. J. Public Health Nations Health. 1957. Vol. 47, N 2. P. 153—167.
6. Watkins E. M., Nelbach J. H. Bibliography of Charles-Edward Amory Winslow // Yale J. Biol. Med. 1947. Vol. 19, N 4. P. 779—800.

7. Winslow Ch. Public health administration in Russia in 1917 // *Pub. Health Rep.* 1918. Vol. 32. P. 2191—2219.
8. Winslow Ch. Public health problems in Russia // *Am. Mus. J.* 1918. Vol. 18. P. 30—37.
9. Winslow Ch. Social conditions in Russia // *Proc. Hosp. Social Serv. Assoc. N. Y. City.* 1918. Vol. 5. P. 28—39.
10. Winslow Ch. Public health in Russia and the United States // *N. Y. State J. Med.* 1919. Vol. 19. P. 52—56.
11. Winslow Ch. Public health in the Soviet Union. Public health and wartime medicine in the U.S.S.R. // *Am. Rev. Sov. Med.* 1943. Vol. 1. P. 163—165
12. Winslow Ch. The untitled field of public health // *Nat. Sci.* 1920. Vol. LI, N 1306. P. 30.

REFERENCES

1. Primary Health Care: a joint report of the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund (International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6—12 September 1978). Geneva—N. Y., 1978. 50 p.
2. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Health for All Series No. 3. Geneva 1981. 90 p.
3. Kemper S.C-E. A. Winslow, who launched public health at Yale a century ago, still influential today. Fall 2014—Spring 2015 Centennial issue of Yale Public Health magazine. URL: <https://news.yale.edu/2015/06/02/public-health-giant-c-ea-winslow-who-launched-public-health-yale-century-ago-still>
4. Whipple G. C. The public health work of professor Sedgwick. *Am. J. Public Health.* 1921;11(4):361—367.
5. Charles-Edward Amory Winslow — a memorial. *Am. J. Public Health Nations Health.* 1957;47(2):153—167.
6. Watkins E. M., Nelbach J. H. Bibliography of Charles-Edward Amory Winslow. *Yale J. Biol. Med.* 1947;19(4):779—800.
7. Winslow Ch. Public health administration in Russia in 1917. *Pub. Health Rep.* 1918;32:2191—2219.
8. Winslow Ch. Public health problems in Russia. *Am. Mus. J.* 1918;18:30—37.
9. Winslow Ch. Social conditions in Russia. *Proc. Hosp. Social Serv. Assoc. N. Y. City.* 1918;5:28—39.
10. Winslow Ch. Public health in Russia and the United States. *N. Y. State J. Med.* 1919;19:52—56.
11. Winslow Ch. Public health in the Soviet Union. Public health and wartime medicine in the U.S.S. R. *Am. Rev. Sov. Med.* 1943;1:163—165
12. Winslow Ch. The untitled field of public health. *Nat. Sci.* 1920;LI(1306):30.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.01.2023; одобрена после рецензирования 29.03.2023; принята к публикации 05.07.2023.

The article was submitted 18.01.2023; approved after reviewing 29.03.2023; accepted for publication 05.07.2023.

Знаменательные и юбилейные даты фармакологии 2023 года¹

Историко-медицинские события

275 лет — первая в России научная химическая лаборатория при Петербургской Академии наук (М. В. Ломоносов, 1748).

150 лет — «Naunyn-Schmiedeberg's archives of pharmacology» (Гейдельберг, Германия — Нью-Йорк, США; 1873).

100 лет — «Основы фармакологии и токсикологии» (Д. М. Лавров, 1923).

100 лет — первое в СССР приготовление инсулина в лаборатории и начало применения его для лечения других внутренних заболеваний (В. М. Коган-Ясный, 1923).

100 лет — метод приготовления анатоксина для иммунизации против дифтерии (G. Ramon, 1923).

100 лет — «Всероссийский фармацевтический вестник» (Москва, 1923).

75 лет — синтезирован препарат дибазол (С. В. Аничков совместно с др., 1948).

75 лет — успешное применение кортизона для лечения ревматоидного артрита (Ph. Hench, E. Kendall, 1948).

75 лет — открытие витамина В₁₂ (цианокобаламина) (E. L. Smith, E. L. Rickes, 1948).

75 лет — «Витамины в педиатрии» (Ю. Ф. Домбровская, 1948).

75 лет — «Пенициллин» (П. Л. Сельцовский, 1948).

75 лет — «Фитонциды: Очерки об антисептиках растительного происхождения» (Б. П. Токин, 1948).

50 лет — «Toxicology» (Амстердам, Нидерланды, 1973).

Персоналии

1050 лет со дня рождения Абу Рейхана Мухаммеда ибн Ахмед аль-БИРУНИ (973—1048, по другим данным — после 1050, род. в г. Кяте, Хорезм), среднеазиатского ученого-энциклопедиста. Своим оригинальным трудом по фармакологии «Китаб ас-Сайдана фит тибб» заложил основы науки о лекарствоведении в Средней Азии. В «Книге о распределении климата» впервые коснулся вопросов медицинской метеорологии. Руководил Академией шаха Хорезма Мамуна II в столице Куны — Ургенче, объединявшей крупнейших учёных Средней Азии того времени (Ибн-Сина, Масихи, Ибн-Хаммар и др.).

Соч. и лит.: см. БРЭ; Бируни. Избранные произведения. Т. 1—10. 1970—1980; Арзуметов Ю. С. Бируни в истории медицины Средней Азии (к 1000-летию со дня рождения) // Советское здравоохранение. 1973. № 3. С. 73—75; Бируни — великий учёный средневековья: сб. ст. Ташкент, 1950; Тимофеев И. В. Бируни. М., 1986.

18 мая — 70 лет со дня рождения Рамила Усмановича ХАБРИЕВА (1953, род. в д. Таишево Татарской АССР), организатора здравоохранения, специалиста в области экономики здравоохранения, академика РАН, Заслуженного врача РФ и РТ, Заслуженного деятеля науки РФ. В 1989—1994 гг. — министр здравоохранения Республики Татарстан. В 1994—2001 гг. — начальник инспекции, начальник управления, руководитель Департамента Министрства здравоохранения РФ. С 2004 г. — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, одновременно (с 2000 г.) — заведующий кафедрой организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Первого Московского медицинского университета им. И. М. Сеченова. С 2007 г. — заместитель директора — начальник отдела Департамента социального развития и охраны окружающей среды Правительства РФ. С 2009 г. — первый проректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова. В 2013—2018 гг. — директор, затем научный руководитель Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. Основные направления научной практической деятельности: повышение эффективности государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств; поиск оптимальных схем лекарственного обеспечения депривированных контингентов, законодательно-нормативная деятельность; фармакоэкономические исследования. Главный редактор журналов «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины», «Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко», «Ремедиум». Лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники (2007).

Соч.: Молекулярные механизмы нежелательных эффектов лекарственных средств. М., 2005 (совместно с др.); Методологические основы фармакоэкономического анализа. М., 2011 (совместно с др.); Комментарии к нормам труда в здравоохранении (совместно с др.). М., 2017.

Лит.: Р. У. Хабриев // 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 481; Академику Хабриеву Рамилу Усмановичу — 65 лет! URL: <http://www.ras.ru/news/shownews.aspx?id=02e16b98-e7cf-492a-818a-b8e4114c5f89>; Рамил Усманович Хабриев (к 70-летию со дня рождения) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 2. С. 5—6.

¹ Авторский коллектив: ведущий научный сотрудник, к.и.н. Егорышева И. В., ведущий научный сотрудник, к.и.н. Шерстнева Е. В. (отдел истории медицины и здравоохранения Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко; otdelistorii@rambler.ru).

3 июня — 150 лет со дня рождения Отто ЛЕВИ (O. Loewi, 1873—1961), австрийского физиолога и фармаколога. Предложил (в 1908 г.) адреналиновую реакцию как симптом, характеризующий повышенную возбудимость симпатической нервной системы — симптом Леви (совместно с Cords). Лауреат Нобелевской премии 1936 г. за открытие химической передачи нервных импульсов (совместно с H. Dale).

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.

28 августа — 80 лет со дня рождения Николая Николаевича КАРКИЩЕНКО (1943, род. в с. Койсуг Ростовской области), российского специалиста в области фармакологии, биомедицинских технологий, члена-корреспондента РАН, заместителя министра здравоохранения РСФСР (1990—1991), с 2002 г. — директора Научного центра биомедицинских технологий, лауреата Государственных премий СССР и Российской Федерации. Организатор первой в СССР кафедры клинической фармакологии. В настоящее время — научный руководитель НЦБМТ Федерального медико-биологического агентства, главный редактор научного журнала «Биомедицина». Основные научные исследования посвящены проблемам биобезопасности, проблемам в области оборонных и специальных тематик и разработок. Автор более 360 научных работ, 12 монографий, 37 патентов на изобретения.

Соч.: Фармакология системной деятельности мозга. 1975; Психонитропизм лекарственных средств. М., 1993; Фармакологические основы терапии. 1996; Фармакокинетика. М., 2001 (совместно с др.); Лекарственная профилактика. М., 2001; Основы биомоделирования. М., 2004.

Лит.: Николай Николаевич Каркищенко. Вестник РАМН. 2013. № 8. С. 56; <http://www.rtc.ru/encyk/biog-r-book/10K/1221.shtml>; <http://rusportal.net/persons/lichnye-stranicy/detail/25218>

24 сентября — 125 лет со дня рождения Говарда Уолтера ФЛОРИ (H. W. Florey, 1898—1968, род. в Аделаиде, Австралия), английского патолога, микробиолога, фармаколога, иностранного члена АМН СССР с 1966 г. Совместно с Е. В. Chain выделил пенициллин (1940), открытый А. Fleming (1929 г.), в очищенном виде и устойчивой форме и исследовал его терапевтические свойства, за что все трое были удостоены Нобелевской премии 1945 г. по физиологии и медицине. Именем Флори первоначально была названа единица для измерения активности пенициллина — «единица Флори».

Соч. и лит.: см. БМЭ. 2-е и 3-е изд.

24 октября — 125 лет со дня рождения Зинаиды Виссарионовны ЕРМОЛЬЕВОЙ (1898—1974, род. на хуторе Фролове области Войска Донского), российского микробиолога, академика АМН СССР (с 1963 г.), заслуженного деятеля науки. В 1945—1946 гг. — директор Института биологической профилактики инфекций. С 1947 г. заведовала отделом экспериментальной терапии во Всесоюзном научно-исследовательском институте пенициллина

(позже ВНИИ антибиотиков). Одновременно в 1952—1974 гг. возглавляла кафедру микробиологии в ЦИУ (ныне Российская медицинская академия последипломного образования). Является одним из основателей медицинской бактериохимии и изучения антибиотиков в России. Главные работы посвящены изучению холеры, иммунитета, антибиотиков и биологически активных веществ природного происхождения. Предложила оригинальные методы идентификации холерных и холероподобных вибрионов. В конце 1942 г. на базе Всесоюзного института экспериментальной медицины возглавила работы по получению отечественного пенициллина, передала в конце 1944 г. методику его производства на промышленные предприятия. В 1959 г. получила противовирусный препарат интерферон, а в 1970 г. — кристаллический лизоцим. Основатель и главный редактор журнала «Антибиотики» (1956—1974). Награждена медалью им. Пуркинине (1973). Лауреат Государственной премии 1943 г. за разработку нового метода быстрой диагностики и фагопрофилактики инфекционных болезней.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; БРЭ; Кузнецова С. М. К 90-летию со дня рождения З. В. Ермолевой // Антибиотики и химиотерапия. 1989. № 7. С. 483—485.

2 ноября — 150 лет со дня рождения Рудольфа МАГНУСА (R. Magnus, 1873—1927), голландского физиолога и фармаколога. Изучал явления децеребрационной ригидности, установил две группы рефлексов (рефлексы позы и положения тела), которые необходимы для поддержания нормального положения тела в пространстве и нормального положения головы и конечностей по отношению к туловищу. Открыл четыре группы рефлексов выпрямления, «рефлекс поддержки» и «магнитный рефлекс», обеспечивающие нормальное стояние и ходьбу.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е изд.; БРЭ.

19 декабря — 85 лет со дня рождения Валерия Алексеевича БЫКОВА (1938, род. в Куйбышеве), российского специалиста в области биомедицинской технологии, академика РАН. В 1985—1991 гг. — министр медицинской промышленности СССР. С 1990 г. — заведующий кафедрой общей фармацевтической и биомедицинской технологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова (ныне Первый Московский государственный университет им. И. М. Сеченова) и одновременно с 1991 г. — генеральный директор Научно-производственного объединения «ВИЛАР» (Всероссийский научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений). Научные исследования посвящены вопросам производства микробиологического белка, деполимеризации и биоконверсии природных полисахаридных комплексов, получения физиологически активных веществ, определения их структур и создания биотест-систем на молекулярном, клеточном, тканевом и нативном уровнях для фундаментальных исследований, контроля качества и оцен-

ки безопасности. Главный редактор научно-практического журнала «Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии». Удостоен премии Правительства РФ (2007).

Соч.: Биотехнология лекарственных средств / под ред. В. А. Быкова. М., 1991; Основы применения акустической микроскопии в медико-биологиче-

ских исследованиях / под ред. В. А. Быкова. М., 2002; Защита лекарственных культур от вредителей, болезней и сорняков: Справочник. М., 2006. (совместно с др.).

Лит.: В. А. Быков // Вестн. РАМН. 1998. № 12. С. 64; В. А. Быков // 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 356.