

# РЕМЕДИУМ

18+

3  
2024  
Том 28

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

Журнал основан в 1997 г.

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

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

ISSN 1561-5936. Ремедиум. 2024.  
Т. 28. № 3. 205—324.



Издатель:  
Акционерное  
общество «Шико»

ОГРН 1027739732822

Корректор *О. В. Устинкова*

Сдано в набор 04.09.2024.

Подписано в печать 15.10.2024.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 15. Усл. печ. л. 14,67. Уч.-изд. л. 16,56.

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 Орозобаевна**, 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 Наталья 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  
2024  
Vol. 28

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

Founded in 1997.

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

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

Subscription via the Internet:  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

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

**ISHMUKHAMEDOV 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

<b>Лекарственные средства и медицинские технологии</b>	
<i>Герцик Ю. Г., Роцин Д. О., Аксенова А. М.</i> Сравнительный анализ стандартов в области системы менеджмента качества на всех этапах жизненного цикла медицинских изделий .....	208
<i>Саркисян А. Д., Даренков С. П.</i> Актуальность использования принципов ускоренного восстановления в урологической практике. Обзор литературы .....	214
<b>Здравоохранение и фармацевтическая деятельность</b>	
<i>Каприн Д. А.</i> Оценка эффективности медицины и здравоохранения: современное состояние проблемы .....	222
<i>Стасевич Н. Ю., Смышляев А. В., Габриелян А. Р., Демурья Л. Э., Серов Д. В.</i> Статус первичного звена в рамках формирования трехуровневой модели системы здравоохранения .....	229
<i>Калининская А. А., Шакуров И. Г., Мерекина М. Д., Балзимова Л. А., Иринева С. В., Смирнов С. А.</i> Особенности заболеваемости и здоровьесбережение населения в условиях пандемии в Самарской области .....	235
<i>Мингазова Э. Н., Гуреев С. А., Железова П. В., Непомнящая Г. Г., Мингазов Р. Н.</i> Особенности репродуктивного поведения молодежи и других уязвимых групп населения с позиций рисков для популяционного здоровья ...	241
<i>Субхонов А. И.</i> Демографические процессы в условиях инновационного развития Таджикистана .....	247
<i>Ибраимова Д. Д.</i> Оценка состояния медицинской помощи онкологическим больным в Кыргызской Республике ...	252
<b>К юбилею НИИОЗММ ДЗМ: сотрудники института об актуальных проблемах здравоохранения</b>	
<i>Бонкало Т. И.</i> Влияние перфекционизма на формирование профессиональной субъектности будущих медицинских работников .....	257
<i>Андреев Д. А., Тимошевский А. А.</i> Организация национальных регистров сахарного диабета на примере ряда западных стран .....	263
<i>Белошистый С. Ю., Кордубан Е. А., Ананченкова П. И.</i> Изучение медицинского туризма на основе базовых научных теорий .....	269
<i>Гусев А. И., Адамов Д. А., Зубков В. С., Нестеренко О. Л., Метельская А. В., Лугинин П. Л., Снегирева Ю. Ю.</i> Некоторые оценки удовлетворенности пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой по полису обязательного медицинского страхования .....	275
<i>Швец Ю. Ю.</i> Качественное исследование здоровья как ценности у жителей мегаполиса .....	280
<b>Здоровье как социальная ценность</b>	
<i>Землянова Е. В.</i> Благополучие пожилых россиян с позиций здоровья .....	286
<i>Козлов В. А.</i> Здоровье в системе показателей уровня жизни населения: влияние технологических инноваций .....	293
<i>Федоткина С. А., Ахминева А. Х., Музалева О. В., Овсянникова Е. Г., Дорфман Ю. Р.</i> Оценка значимости и потребности в долголетию учащейся молодежи отдельных регионов Российской Федерации .....	300
<b>Вопросы управления, кадрового обеспечения, цифровизации</b>	
<i>Гришина Н. К., Бобрович И. В.</i> Анализ нормативно-правового регулирования механизмов медицинского наставничества .....	305
<i>Давронов И. В., Суслонова Н. В., Гаранина И. А.</i> Анализ и оценка цифровой трансформации системы здравоохранения, проблемы реализации (научный обзор) .....	310
<b>История медицины и фармации</b>	
<i>Денисова О. А., Денисов А. П.</i> К истории становления медицинского добровольчества в России: от Древней Руси к современной России .....	319

## CONTENTS

<b>Medicines and medical technologies</b>	
<i>Gertsik Yu. G., Roschin D. O., Aksenova A. M.</i> Comparative analysis of standards in the field of quality management system at all stages of the life cycle of medical devices	
<i>Sarkisjan A. D., Darenkov S. P.</i> The relevance of using the principles of enhanced recovery after surgery in urological practice. Literature review	
<b>Healthcare and pharmaceutical activities</b>	
<i>Kaprin D. A.</i> Assessment of efficiency of medicine and health care: current state of the problem	
<i>Stasevich N. Yu., Smyshlyaev A. V., Gabrielyan A. R., Demuria L. E., Serov D. V.</i> The status of primary care within the framework of the formation of a three-level model of the healthcare system	
<i>Kalininskaya A. A., Shakurov I. G., Merekina M. D., Balzamo-va L. A., Irineva S. V., Smirnov S. A.</i> Features of morbidity and health of the population during a pandemic in the Samara region	
<i>Mingazova E. N., Gureev S. A., Zhelezova P. V., Nepomyash-cha G. G., Mingazov R. N.</i> Peculiarities of reproductive behavior from the perspective of risks to population health	
<i>Subkhonov A. I.</i> Demographic processes in the conditions of innovative development of Tajikistan	
<i>Ibraimova D. D.</i> Assessment of the state of medical care for cancer patients in the Kyrgyz Republic	
<b>To the anniversary of the SRIHOMM MDH: Institute staff about current health issues</b>	
<i>Bonkalo T. I.</i> The influence of perfectionism on the formation of professional subjectivity of future medical workers	
<i>Andreev D. A., Timoshevsky A. A.</i> Organization of national diabetes registers based on the examples of a several western countries	
<i>Beloshisty S. Yu., Korduban E. A., Ananchenkova P. I.</i> The study of medical tourism based on basic scientific theories	
<i>Gusev A. I., Adamov D. A., Zubkov V. S., Nesterenko O. L., Metel-skaya A. V., Luginin P. L., Snegireva Yu. Yu.</i> Some estimates of patient satisfaction with the quality of primary health care provided under a compulsory health insurance policy	
<i>Shvets Yu. Yu.</i> Qualitative research of health as a value in residents of a megapolities	
<b>Health as a social value</b>	
<i>Zemlyanova E. V.</i> Well-being of elderly Russians from the standpoint of health	
<i>Kozlov V. A.</i> Health in the system of indicators of the standard of living of the population: the impact of technological innovations	
<i>Fedotkina S. A., Akhmineeva A. Kh., Muzaleva O. V., Ovsyanniko-va E. G., Dorfman Y. R.</i> Assessment of the importance and need for longevity students of certain regions of the Russian Federation	
<b>Issues of management, staffing, digitalization</b>	
<i>Grishina N. K., Bobrovich I. V.</i> Analysis of legal regulation of medical mentoring mechanisms	
<i>Davronov I. V., Suslonova N. V., Garanina I. A.</i> Analysis and evaluation of the digital transformation of the healthcare system, problems of implementation (scientific review)	
<b>History of medicine and pharmacy</b>	
<i>Denisova O. A., Denisov A. P.</i> On the history of the formation of medical volunteerism in Russia: from ancient Russia to modern Russia	

# Лекарственные средства и медицинские технологии

Научная статья

УДК 005.6+658.562

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-208-213

## Сравнительный анализ стандартов в области системы менеджмента качества на всех этапах жизненного цикла медицинских изделий

Юрий Генрихович Герцик<sup>1</sup>, Денис Олегович Рошин<sup>2</sup>, Анастасия Михайловна Аксенова<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Московский государственный технический университет имени Н. Э. Баумана, Москва, Россия;

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

<sup>1</sup>ygerzik@bmstu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9286-648X>

<sup>2</sup>droschchin2@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7151-1324>

<sup>3</sup>aksenovaam@student.bmstu.ru

**Аннотация.** Мировое производство медицинских изделий с каждым годом растёт и развивается, ситуация в сфере медицинской промышленности России — не исключение. Поэтому для поддержания конкурентоспособности российских производителей не только на отечественном, но и на мировом рынках необходимо соответствовать мировым стандартам качества продукции: для этого в последние 10–15 лет активно внедряется единая система качества в регионе Евразийского экономического союза, основанная на западных стандартах Международной организации по стандартизации, в частности ISO 9001 и ISO 9004. Не менее важно гармонизировать внутренние системы качества промышленных предприятий и системы качества по эксплуатации медицинского оборудования, существующие в лечебно-профилактических учреждениях, для создания единого информационного пространства в целях безопасности и эффективности эксплуатации и послепродажного обслуживания.

**Целью** данной статьи является анализ имеющейся законодательной базы в сфере менеджмента качества медицинской промышленности и выработка предложений по её гармонизации в рамках Евразийского экономического союза. За основу взят метод сравнения с элементами анализа и последующего прогнозирования и моделирования.

**Ключевые слова:** система менеджмента качества; медицинская промышленность; медицинское оборудование; стандарты Международной организации по стандартизации; лечебно-профилактические учреждения; предприятия медицинской промышленности

**Для цитирования:** Герцик Ю. Г., Рошин Д. О., Аксенова А. М. Сравнительный анализ стандартов в области системы менеджмента качества на всех этапах жизненного цикла медицинских изделий // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 208—213. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-208-213

## Medicines and medical technologies

Original article

### Comparative analysis of standards in the field of quality management system at all stages of the life cycle of medical devices

Yury G. Gertsik<sup>1</sup>, Denis O. Roschin<sup>2</sup>, Anastasia M. Aksenova<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Bauman Moscow State Technical University, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>ygerzik@bmstu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9286-648X>

<sup>2</sup>droschchin2@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7151-1324>

<sup>3</sup>aksenovaam@student.bmstu.ru

**Annotation.** The global production of medical devices is growing and developing every year, the situation in the medical industry of the Russian Federation is no exception. In this regard, in order to maintain the competitiveness of Russian manufacturers not only in the domestic, but also in the world markets, it is necessary to comply with international standards of product quality: for this purpose, in recent years, a unified quality system has been actively introduced in the region of the Eurasian Economic Union, based on Western standards of the International Organization for Standardization, in particular 9001 and 9004. No less important is the fact that it is necessary to harmonize the internal quality systems of industrial enterprises and quality systems for the operation of medical equipment that exist in medical institutions to create a single information space for the safety and efficiency of operation and after-sales service.

**Keywords:** quality management system; medical industry; medical equipment; standards of the International Organization for Standardization; medical institutions; enterprises of the medical industry

**For citation:** Gertsik Yu. G., Roschin D. O., Aksenova A. M. Comparative analysis of standards in the field of quality management system at all stages of the life cycle of medical devices. *Remedium*. 2024;28(3):208–213. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-208-213

## Введение

Актуальность данного исследования обусловлена наличием широкого круга открытых вопросов в области формирования в России и странах Евразийского экономического союза (ЕАЭС) общего рынка медицинских изделий (МИ) на основе принципов менеджмента качества. Данная тема поднималась в рамках анализа законодательства менеджмента качества [1], её освещали научные журналы [2]. В целом, внедрение системы менеджмента качества (СМК) на предприятиях медицинской промышленности (ПМП) и её дальнейшая гармонизация с мировыми стандартами и СМК в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) — один из важнейших вопросов, которые сейчас стоят перед Россией в рамках промышленной политики. От этого зависит не только качество изделия, но и конкурентоспособность предприятия и его продукции на мировых рынках. Более того, без определённых сертификатов невозможно выйти на рынки многих стран или в принципе реализовать свою продукцию, а получение сертификатов осуществляется лишь при соответствии требованиям международных стандартов. Таким образом, данный вопрос является одним из основополагающих в деятельности существующих и зарождающихся ПМП.

### Текущее состояние рынка медицинских изделий в России

С начала 2020-х гг. российская экономика столкнулась с множеством вызовов, которые постепенно пытается преодолеть. Сфера производства медицинского оборудования также не оказалась исключением, напротив, из-за случившейся в 2020 г. пандемии произошли резкие скачки в спросе на МИ, что увеличило количество государственных заказов на определённые категории медицинского оборудования.

Переходя к статистике по российскому рынку медицинской промышленности, стоит понимать, что на данный момент произошло снижение объёма производства по сравнению с прошлыми годами в связи с сохранением высокого спроса в послепаде-мийный период и расходом имевшихся до этого запасов готового оборудования. Для сглаживания данного дисбаланса необходимо наращивать темпы производства отечественного оборудования с целью закрытия дефицита, образовавшегося в результате ухода большинства крупных иностранных поставщиков. По этой причине Министерством промышленности и торговли РФ Приказом № 3273 от 28.08.2021 были утверждены ряд мероприятий по импортозамещению в медицинской промышленности<sup>1</sup>, а приказом № 1159 от 22.03.2024 определён перечень критически важной для государства меди-

цинской продукции, включая реабилитационную индустрию<sup>2</sup>. В совокупности эти нормативные правовые акты должны в краткосрочной перспективе привести к увеличению объёмов и перечню выпускаемых в России конкурентоспособных МИ, а также росту капиталовложений в эту отрасль. Однако, несмотря на это, большую долю по-прежнему занимает импортное оборудование, даже несмотря на санкции против России со стороны подавляющего большинства стран [2], а на МИ отечественного производства приходится всего 26,7% общего объёма, в то время как объём рынка медицинского оборудования, по стоимостной оценке Росстата, составляет более 600 млрд руб. (рис. 1).

На рис. 1 представлена гистограмма, описывающая ситуацию на рынке медицинской продукции. За 5 лет произошёл рост объёмов медицинского оборудования на российском рынке почти в 2 раза, однако темпы роста были неодинаковыми. После 2020 г., когда наблюдался пиковый темп роста в 36% в связи с пандемией и необходимостью охватить огромное количество пациентов, объёмы продукции медицинского назначения стали расти гораздо медленнее, но уже более уверенно, поскольку толчок был дан в связи с внешними вызовами. Тем не менее рынок до пандемии показывал также неплохую динамику роста: с 2018 по 2019 г. — почти 20%.

Рассматривая российский внешнеторговой оборот МИ, можно выделить главного экспортера — Беларусь и импортера — КНР. Естественно, на данном этапе развития рынка медицинской промышленности в России рассчитывать на высокие объёмы экспорта не приходится, хотя потенциал однозначно есть: сейчас активно развивается сотрудничество со странами ЕАЭС и Латинской Америки<sup>3</sup>.

Помимо объёмов российского рынка медицинского оборудования нужно понимать, какие товарные категории производятся на данный момент у нас в стране. В России лидируют диагностические приборы, остальное — это инструменты, которые не являются высокотехнологичным сложным оборудованием (рис. 2). В целом, такая картина характерна и для мирового рынка, поскольку роботы-хирурги — это редкость, а в лечебной практике сложней всего именно поставить диагноз, ведь лечение чаще всего проводится медикаментозно. Однако, как было указано ранее, большую часть рынка МИ в России занимает импортное оборудование, и на создание своего технологического и социально-экономического суверенитета направлены сейчас основные силы государства.

Таким образом, для российских производителей медицинского оборудования поставлена задача по

<sup>1</sup> Приказ Министерства промышленности и торговли РФ № 3273 от 28.08.2021 «Об утверждении мероприятий по импортозамещению в медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2024 года».

<sup>2</sup> Приказ Минпромторга России № 1159 от 22.03.2024 «Об утверждении Перечня критической продукции медицинской промышленности и реабилитационной индустрии Российской Федерации на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

<sup>3</sup> Федеральная таможенная служба. URL: <https://customs.gov.ru> (дата обращения: 26.02.2024)

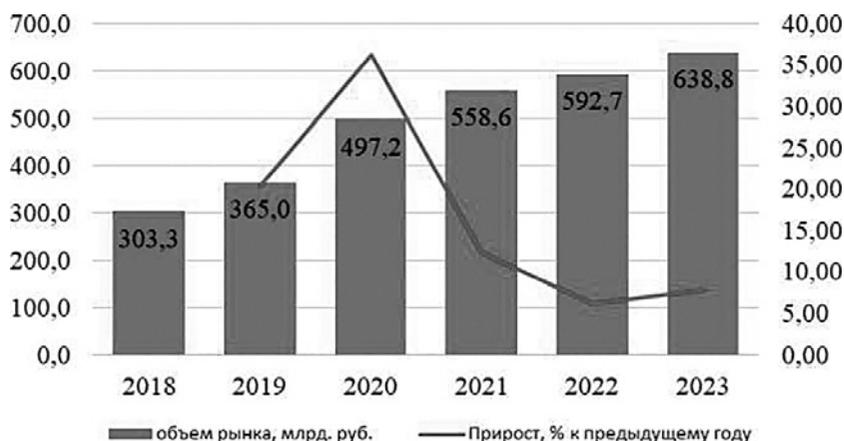


Рис. 1. Объём рынка медицинского оборудования в России в 2018–2023 гг. по данным Федеральной службы государственной статистики (URL: <https://rosstat.gov.ru>).

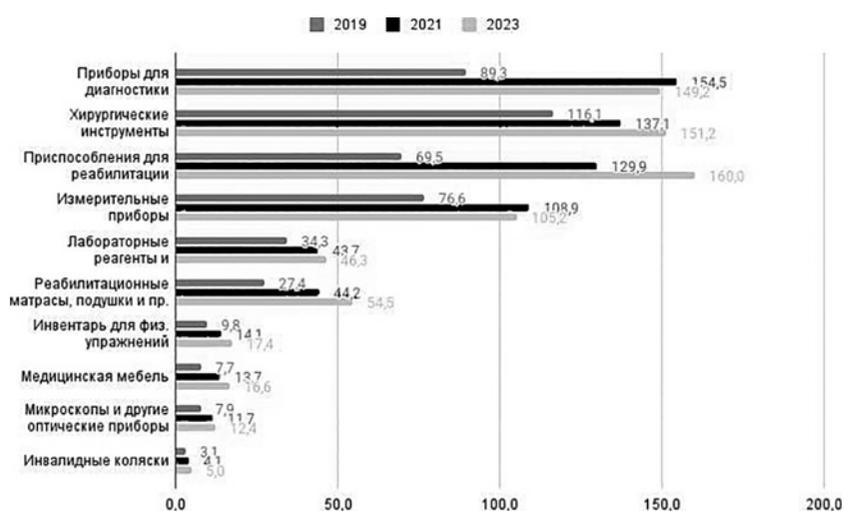


Рис. 2. Объём российского рынка медицинского оборудования, по товарным категориям, 2018–2023 гг., млрд руб. [2].

наращиванию производства для завоевания и поддержания конкурентных позиций на рынке МИ. Это должно достигаться в том числе за счёт повышения качества МИ, что возможно только при внедрении СМК, соответствующей международным стандартам, которые постоянно адаптируются под российские реалии.

### Обзор существующего законодательства в сфере менеджмента качества медицинских изделий в России

В настоящее время действующее в России законодательство в сфере производства МИ основывается на стандартах Международной организации по стандартизации (ISO), которая предписывает формирование СМК в ПМП для эффективного и успешного функционирования производственной и сбытовой деятельности:

- ГОСТ Р ИСО 9001–2015<sup>4</sup> идентичен международному стандарту ISO 9001:2015 «Системы

<sup>4</sup>ГОСТ Р ИСО 9001–2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования. URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200124394>

менеджмента качества. Требования»;

- ГОСТ Р ИСО 9004–2019<sup>5</sup> идентичен международному стандарту ISO 9004:2018 «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации»;
- ГОСТ ИСО 13485–2017<sup>6</sup> идентичен международному стандарту ISO 13485:2016 «Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Требования для целей регулирования» и основан на ISO 9001:2008, который был заменён на ISO 9001:2015.

Следует отметить, что данные стандарты переведены и адаптированы под российский рынок, в особенности первые два. Названия описывают их сущность и те сферы, в которых они применяются и предписывают определённый порядок действий. В таблице представлен анализ данных стандартов с целью дальнейшего построения единого информационного пространства, выделения основных моментов с целью избегания путаницы в их последовательном применении.

Так, при детальном рассмотрении этих стандартов можно выявить следующие закономерности:

- основным стандартом является ГОСТ Р ИСО 9001–2015, на принципах которого созданы остальные два;
- ГОСТ Р ИСО 9001–2015 и ГОСТ ИСО 13485–2017 схожи по целям, второй стандарт более детально рассматривает внедрение СМК в медицинскую промышленность, тогда как первый обобщает принципы СМК для всех сфер;
- ГОСТ Р ИСО 9004–2019 функционирует отдельно и больше затрагивает цели предприятия, чем построение СМК как таковую. Он может функционировать автономно, но в данном случае этот стандарт дополняет другие два стандарта.

Исходя из данных положений можно заключить, что для упрощения процедуры сертификации медицинского производства на основе приведённых в таблице данных можно использовать единый стандарт ГОСТ ИСО 13485–2017, включающий в себя дополнения из ГОСТ Р ИСО 9001–2015 и ГОСТ Р ИСО 9004–2019.

<sup>5</sup>ГОСТ Р ИСО 9004–2019 Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации (Переводное). URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200167117> (дата обращения 03.04.2024).

<sup>6</sup>ГОСТ ИСО 13485–2017 Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Требования для целей регулирования. URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200146167> (дата обращения 03.04.2024).

Сравнение стандартов ИСО в сфере производства МИ

Характеристики	ГОСТ Р ИСО 9001–2015	ГОСТ Р ИСО 9004–2019	ГОСТ ISO 13485–2017
Цель	Применение процессного подхода при разработке, внедрении и улучшении результативности СМК в целях повышения удовлетворённости потребителей путём выполнения их требований	Обеспечение уверенности в способности организации добиваться устойчивого успеха	Установление требований к СМК, которые могут применяться организацией, участвующей в одной или нескольких стадиях жизненного цикла МИ
Инструменты, предлагаемые в стандарте	Позволяет организации применять процессный подход в сочетании с циклом планирование–действие–проверка–корректировка и риск-ориентированным мышлением	Рассматривает систематическое улучшение общих результатов деятельности организации. Это руководство согласуется с принципами менеджмента качества, приведёнными в ISO 9000:2015	Основан на процессном подходе к менеджменту качества
В каких пунктах представлена информация «Анализ и Улучшение» в каждом из стандартов	9–10 пункты	10–11 пункты	8 пункт
Взаимосвязь стандартов	Создает первоначальную базу для ГОСТ Р ИСО 9004–2019 и является основой ГОСТ ISO 13485–2017	ГОСТ Р ИСО 9001–2015 представляет собой требования по первоначальному созданию в организациях СМК, а ГОСТ Р ИСО 9004–2019 направлен на дальнейшее развитие внедрённой системы. С ГОСТ ISO 13485–2017 интегрируются, но могут применяться автономно	С ГОСТ Р ИСО 9004–2019 интегрируются (дополняют друг друга), но могут применяться автономно. Полностью повторяет структуру старой версии стандарта ГОСТ Р ИСО 9001–2015, в приложениях стандарта ГОСТ ISO 13485–2017 даже можно найти их соответствия
Нормативные ссылки	ISO 9000:2015	ISO 9000:2015	ISO 9000:2015
Количество редакций	5	4	3
Год издания первой редакции	1987	1994	1996

### Формирование единого рынка в рамках Евразийского экономического союза

Рассмотренные упрощения и объединения будут способствовать более быстрому формированию единого рынка МИ на территории ЕАЭС. Единый рынок обращения МИ и лечебных средств в рамках интеграционного объединения начал формироваться с 2015 г., далее в 2016–2017 гг. стали появляться новые законодательные акты, которые официально ввели в действие функционирование данного рынка [3, 4]. Однако до сих пор продолжают интеграционные процессы и унификация законодательства в рамках стран — участниц ЕАЭС. Данный проект основывается на практическом опыте, а также увеличивает права и ответственность производителей МИ. Эффективность функционирования единого рынка происходит посредством наличия единых требований к регистрации и сертификации МИ, произведённых на территории ЕАЭС либо импортированных в него [5]. Также значимым является взаимное признание результатов экспертизы и различных сертификатов безопасности, что упрощает многие процедуры и снижает риски прохождения одних и тех же испытательных процедур дважды и более раз: в качестве решения этой проблемы ввели, например, наличие маркировки МИ в ЕАЭС.

Наконец, одним из важнейших требований к единому рынку, помимо унификации законодательства, является создание единой информационной системы, которая должна включать в себя базы данных, реестры всех произведённых и ввезённых МИ на территории ЕАЭС, различные данные о безопасности и сертификации изделий, что в свою очередь увеличивает уровень доверия потребителей к производителям медицинского оборудования, а также упростит поиск достоверной информации и поможет избежать двойного контроля [6].

Так, если внедрить в этот проект единый унифицированный и адаптированный стандарт ИСО, состоящий из трёх вышеперечисленных, то это поможет не только соответствовать стандартам качества внутри ЕАЭС, но и выходить на мировые рынки<sup>7</sup>.

На рис. 3 представлена правовая база, которая сопоставляет каждый этап жизненного цикла МИ с имеющимся нормативным решением в рамках коллегии и совета Евразийской экономической комиссии (ЕЭК)<sup>8</sup>. Таким образом, практически для каждого этапа существует единый порядок действий на территории ЕАЭС.

Из всех отображённых на рис. 3 этапов следует подробнее изучить такую неотъемлемую часть жизненного цикла МИ, как эксплуатация и обслуживание. Поскольку эксплуатация происходит уже на уровне ЛПУ, то необходимо рассмотреть, как осуществляются контроль и послепродажное обслуживание уже в местах непосредственного использования медицинского оборудования.

### Гармонизация СМК ЛПУ и предприятий, производящих медицинскую продукцию

В связи с тем, что медицинское оборудование является сложным и наукоёмким, необходимо проводить его комплексное послепродажное обслуживание. В настоящее время для данных целей ЛПУ заключают сервисные контракты на обслуживание и ремонт приобретаемой у ПМП техники. Законодательством предусмотрено, что Постановление Правительства РФ № 2129 от 30.11.2021 предполагает

<sup>7</sup> Соглашение о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) в рамках Евразийского экономического союза от 23.12.2014. URL: [https://docs.eaeunion.org/docs/ru-ru/0157059/itia\\_24122014](https://docs.eaeunion.org/docs/ru-ru/0157059/itia_24122014) (дата обращения: 06.04.2024).

<sup>8</sup> Общие рынки ЕАЭС: Общий рынок медицинских изделий. URL: <https://eec.eaeunion.org/upload/medialibrary/58f/33.-Obshchiy-rynok-meditsinskikh-izdelyi.pdf> (дата обращения: 06.04.2024).

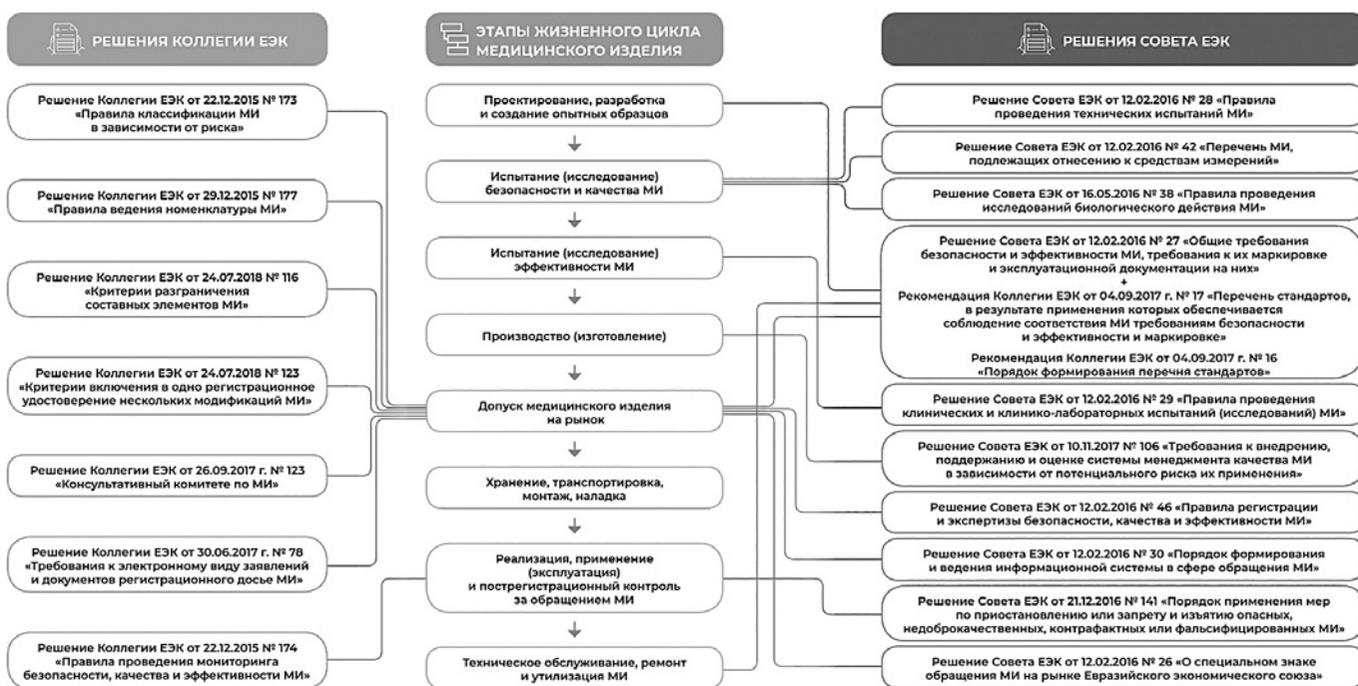


Рис. 3. Нормативная база ЕЭК в области регулирования рынка МИ.

Источник: Общие рынки ЕАЭС: Общий рынок медицинских изделий. URL: <https://eec.eaeunion.org/upload/medialibrary/58f/33.-Obshchiy-rynok-meditsinskikh-izdeliy.pdf> (дата обращения: 06.04.2024).

лицензирование деятельности по проведению сервисных и ремонтных работ медицинской техники по причине высокой ответственности за качество проведённых работ<sup>9</sup>. Однако законодательная база в России по качеству обслуживания и степени ответственности инженера за проведённую им работу ещё находится на стадии формирования, что в свою очередь создаёт определённое количество прецедентов, где сложно установить степень ответственности врача (при эксплуатации этой техники) и инженера (при её обслуживании). На уровне ЕАЭС этот вопрос также остаётся открытым, тогда как при производстве существует достаточное количество стандартов и процедур по сертификации, то на стадии эксплуатации в ЛПУ СМК как таковая не прописана, а определяется только контрактом с поставщиком [7].

Действительно, на рис. 3 были представлены решения ЕЭК для этапов эксплуатации и сервисного обслуживания, однако эти решения касаются лишь регламента безопасного использования, в то время как необходимо также рассматривать зоны ответственности, что имеет большое значение при различных инцидентах. Именно поэтому важно дорабатывать законодательство на уровне эксплуатации МИ для формирования чёткой структуры проводимых работ и сопутствующей этим работам ответственности. Для этой цели необходимо создать не только единое информационное пространство на уровне производящих предприятий, но и отдельную экосистему для взаимодействия с клиниками для

<sup>9</sup> Положение о лицензировании деятельности по техническому обслуживанию медицинских изделий. Утверждено Постановлением Правительства РФ № 2129 от 30.11.2021. URL: [https://base.garant.ru/403138281/#block\\_1000](https://base.garant.ru/403138281/#block_1000) (дата обращения: 07.04.2024).

получения данных в режиме реального времени, отслеживания состояния техники и определения причин отказа для распределения ответственности [8].

Всё это требует создания новой законодательной базы и применения современных технологий больших данных. Не менее важна защита этих данных для обеспечения сохранности имеющихся прецедентов и избегания «подмены» информации в целях сохранения репутации<sup>10</sup>.

Исходя из этого перед государствами — членами ЕАЭС стоит масштабная задача по реализации данного проекта, что в дальнейшем также обеспечит конкурентоспособность на мировых рынках в связи с востребованностью МИ, т. к., по данным Московского экспортного центра, медицинское оборудование занимает одну из лидирующих позиций в экспортной структуре страны: около 61% экспорта России за 2021 г. приходилось на МИ и фармацевтику. Таких показателей удалось достигнуть вследствие стремительного прироста на 290% по сравнению с прошлыми периодами — это свидетельствует о значимости МИ как товарной категории для экономики России<sup>11</sup>.

### Заключение

Развитие и формирование новых точек соприкосновения в медицинской промышленности в

<sup>10</sup> О правилах регистрации и экспертизы безопасности, качества и эффективности медицинских изделий. URL: [https://docs.eaeunion.org/ria/ru-ru/0121166/ria\\_07072015\\_con.pdf](https://docs.eaeunion.org/ria/ru-ru/0121166/ria_07072015_con.pdf) (дата обращения 09.04.2024).

<sup>11</sup> Ежемесячный статистический бюллетень по экспорту Москвы // Цифры и факты. Московский экспортный центр. URL: <https://moscow-export.com/upload/iblock/8cb/6lp7gun1jgso0htzuwh3umske1kig5f3.pdf> (дата обращения: 03.04.2024).

рамках ЕАЭС позволит России поддерживать конкурентные позиции как на внутренних, так и на внешних рынках. Для достижения поставленных целей необходимо постоянно развивать имеющиеся мощности, но первоначальным толчком к этому может послужить только создание необходимых условий в виде нормативно-законодательной базы и цифровых решений, позволяющих спроектировать единое информационное пространство. Дальнейшее совершенствование процессов СМК также представляется интересным для рассмотрения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова А. М., Герцик Ю. Г. Анализ механизмов контроля качества в области производства и технического обслуживания медицинских изделий // Чарновские чтения. XII Всероссийской научной конференции по организации производства: сборник трудов. М.; 2022. С. 5–11.
2. Дюков А. Б. Будущее цифровой медицины — за стандартизацией и унификацией данных // Менеджмент качества в медицине. 2023. № 1. С. 53–56.
3. Герцик Ю. Г., Аксенова А. М. Внедрение систем менеджмента качества на основе стандартов ИСО в рамках единого рынка обращения медицинских изделий стран ЕАЭС // Экономика Центральной Азии. 2024. Т. 8, № 1. С. 29–52. DOI: 10.18334/asia.8.1.120023
4. Астапенко Е. М., Суханова М. М. Правила регистрации и экспертизы безопасности, качества и эффективности медицинских изделий в рамках Евразийского экономического союза // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 5. С. 17–20.
5. Герцик Ю. Г., Плутницкий А. Н., Рошин Д. О. Отдельные вопросы регулирования обращения медицинских изделий на рынках Евразийского экономического союза // Менеджер здравоохранения. 2020. № 7. С. 60–64. DOI: 10.37690/1811-0185-2020-7-60-64
6. Куракова Н. Г. Сервисный контракт на обслуживание медицинского оборудования — новые возможности для ЛПУ // Менеджер здравоохранения. 2011. № 12. С. 49–55.

7. Герцик Ю. Г. Новая модель повышения качества сервиса: контракты жизненного цикла на закупку и техническое обслуживание медицинских изделий // Менеджер здравоохранения. 2020. № 5. С. 54–59.
8. Руденко М. Н., Окулова О. В. Анализ российского рынка медицинского оборудования с целью разработки эффективной бизнес-модели и стратегии по выходу на рынок // Московский экономический журнал. 2020. № 10. С. 411–420. DOI: 10.24411/2413-046X-2020-10671

## REFERENCES

1. Aksenova A. M., Gertsik Yu. G. Analysis of quality control mechanisms in the field of production and maintenance of medical devices. *Charnovsky Readings. XII All-Russian Scientific Conference on the Organization of Production: a Collection of Works*. Moscow; 2022. P. 5–11. (In Russian)
2. Dyukov A. B. The future of E-health lies in the standardization and unification of data. *Menedzhment kachestva v meditsine*. 2023;(1):53–56.
3. Gertsik Yu. G. Aksenova A. M. Implementation of quality management systems based on ISO standards within the framework of the single market for the circulation of medical products of the EAEU countries. *Ekonomika Tsentralnoy Azii*. 2023;8(1):29–52. (In Russian)
4. Astapenko E. M., Sukhanova M. M. Rules for registration and examination of safety, quality and effectiveness of medical devices within the framework of the Eurasian Economic Union. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016;(5):17–20. (In Russian)
5. Gertsik Yu. G., Plutnitskiy A. N., Roshchin D. O. Issues of regulation of handling of medical products in the markets of the Eurasian Economic Union. *Manager Zdravoohranenia*. 2020;(7):60–64. (In Russian). DOI: 10.37690/1811-0185-2020-7-60-64
6. Kurakova N. G. Service contract for the maintenance of medical equipment — new opportunities for healthcare facilities. *Manager Zdravoohranenia*. 2011;(12):49–55. (In Russian)
7. Gertsik Yu. G. The new model for improving quality of service: entering into life-cycle contracts for the purchase and maintenance of medical devices. *Manager Zdravoohranenia*. 2020;(5):54–59. (In Russian)
8. Rudenko M. N., Okulova O. V. Analysis of the Russian medical device market in order to develop an effective business model and market entry strategy. *Moscow Economic Journal*. 2020;(10):411–420. (In Russian). DOI: 10.24411/2413-046X-2020-10671

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024. The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-214-221

## Использование принципов ускоренного восстановления в урологической практике. Обзор литературы

Армен Джаникович Саркисян<sup>1✉</sup>, Сергей Петрович Даренков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Долгопрудненская больница, Долгопрудный, Россия;

<sup>1,2</sup>Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента, Москва, Россия

<sup>1</sup>a.sarkisyan@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2867-0033>

<sup>2</sup>darenkov@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3797-7160>

**Аннотация.** Концепция ускоренного восстановления после операции (УВПО) в настоящее время применяется у пациентов различного хирургического профиля, в том числе урологического. В статье рассмотрен мировой опыт хирургического лечения пациентов с различными урологическими заболеваниями при внедрении протокола УВПО. Показано, что использование данной концепции способствует статистически значимому снижению продолжительности пребывания в стационаре, в некоторых случаях количества осложнений и повторных госпитализаций, а также снижению стоимости лечения. Внедрение концепции УВПО в повседневную урологическую практику расширяет возможности быстрого и эффективного восстановления после операции, снижает стоимость стационарной медицинской помощи без ущерба для качества.

**Ключевые слова:** концепция ускоренного восстановления после операции; радикальная цистэктомия; радикальная простатэктомия; радикальная нефрэктомия; трансуретральная резекция простаты; чрескожная нефролитотрипсия; осложнения; продолжительность пребывания в стационаре; стоимость

**Для цитирования:** Саркисян А. Д., Даренков С. П. Актуальность использования принципов ускоренного восстановления в урологической практике. Обзор литературы // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 214—221. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-214-221

Review article

## The relevance of using the principles of enhanced recovery after surgery in urological practice. Literature review

Armen D. Sarkisyan<sup>1✉</sup>, Sergey P. Darenkov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dolgoprudny Hospital, Dolgoprudny, Russia;

<sup>1,2</sup>Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

<sup>1</sup>a.sarkisyan@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2867-0033>

<sup>2</sup>darenkov@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3797-7160>

**Annotation.** Enhanced recovery after surgery (ERAS) is currently used in various surgical operations, including in urological patients. This article discusses the results of surgical treatment of patients with various urological diseases when implementing the ERAS protocol. It has been shown that the use of this concept contributes to a statistically significant reduction in the length of hospital stay, the incidence of complications and readmissions, as well as the cost of treatment. The introduction of the ERAS expands the possibilities of quick and effective recovery after surgery, improving the quality and reducing the cost of medical care.

**Key words:** enhanced recovery after surgery; radical cystectomy; radical prostatectomy; radical nephrectomy; transurethral resection of the prostate; percutaneous nephrolithotripsy; complications; length of hospital stay; cost

**For citation:** Sarkisyan A. D., Darenkov S. P. The relevance of using the principles of enhanced recovery after surgery in urological practice. Literature review. Remedium. 2024;28(3):214–221. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-214-221

### Введение

Концепция ускоренной реабилитации (УР) была предложена в 1990-х гг. в Дании [1]. Протоколы, основанные на данной концепции, ускоряют восстановление пациента и сокращают его пребывание в стационаре, воздействуя на факторы, которые задерживают послеоперационное восстановление: послеоперационный стресс и дисфункция органов [2]. Принципы УР после хирургических операций были обобщены, и полученные протоколы оказались безопасными и эффективными в различных хирургических специальностях [3, 4]. Однако протоколы УР не универсальны и основаны на реализации прин-

ципов ухода за пациентом после конкретной операции, принимая во внимание особенности процедуры и аспекты, специфичные для пациента.

К основным компонентам программы УР в предоперационном периоде относятся предварительная беседа и обучение пациента, отказ от голодания и подготовки кишечника, профилактика тромбоэмболических осложнений, антибиотикопрофилактика и обработка кожи; в интраоперационном периоде — выбор наименее инвазивных методов хирургического лечения, поддержание нормотермии, применение мультимодальной опиодсберегающей технологии, рестриктивная модель инфузионной терапии, отсутствие дренажей, применение кислорода в

высоких дозах; в послеоперационном периоде — отказ от рутинного использования назогастрального зонда и дренажей, раннее удаление мочевого катетера, ранняя мобилизация, ранее энтеральное питание после операции, мультимодальная опиоидсберегающая технология послеоперационного обезболивания, а также мультикомпонентная профилактика делирия [5].

Протоколы концепции ускоренного восстановления после операции (УВПО) были первоначально разработаны колоректальными хирургами и, как было показано, снижали частоту осложнений, связанных с желудочно-кишечным трактом, и продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре (ППС) [6]. Аналогичные протоколы, основанные на фактических данных, были разработаны при урологических операциях для ускорения выздоровления и улучшения качества жизни пациентов [7]. Несколько центров адаптировали протоколы УВПО и наблюдали снижение ППС без увеличения осложнений [8, 9]. Хотя как клиническая, так и экономическая выгода была чётко продемонстрирована в популяции пациентов после колоректальных операций, существует недостаточно информации об экономической эффективности внедрения концепции УВПО у урологических пациентов [10].

В настоящее время большинство исследований эффективности протоколов УВПО проведено в когортах пациентов после радикальной цистэктомии (РЦЭ), простатэктомии (РПЭ) и нефрэктомии (РНЭ) [8, 11–13]. Также существуют работы, освещающие аспекты УВПО и после операций при доброкачественной гиперплазии простаты и мочекаменной болезни [14–17].

Основным положительным последствием внедрения концепции УВПО является улучшение результатов лечения пациентов при снижении затрат. Некоторые исследования показывают, что УВПО снижает частоту послеоперационных осложнений. Ниже мы приводим анализ эффективности внедрения протокола ERAS по таким аспектам, как продолжительность пребывания в стационаре, частота осложнений и повторных госпитализаций, а также стоимость лечения.

**Цель** работы — на основе анализа зарубежной и отечественной литературы рассмотреть эффективность применения принципов УР после типовых урологических операций.

### Материалы и методы

Работа написана на основе анализа научных публикаций, представленных в электронных базах PubMed, Scopus, Web of Science и eLIBRARY.RU за 1994–2024 гг.

#### Продолжительность пребывания в стационаре

Продолжительность пребывания в стационаре представляет собой показатель, который часто служит эквивалентом восстановления после операции, и он используется во многих публикациях, касающихся концепции УВПО [18].

#### Радикальная цистэктомия

M. D. Tyson и соавт. продемонстрировали, что применение протокола УВПО у пациентов с РЦЭ снижает ППС: стандартизованная разность средних  $-0,87$ ; 95% ДИ от  $-1,31$  до  $-0,42$ ;  $p = 0,001$ ;  $I^2 = 92,8\%$  [19]. Однако все включённые в данный метаанализ исследования были обсервационными и в большинстве случаев использовали ретроспективный контроль. Большинство современных исследователей соглашались с этими результатами и выявляют значительную связь между внедрением УВПО и снижением ППС.

W. S. Tan и соавт. также продемонстрировали связь концепции УВПО и более молодого возраста пациентов с ППС менее 10 дней в когорте лиц, получавших роботизированную РЦЭ. В целом в данном исследовании ППС снизилась с 11 до 6 дней ( $p < 0,001$ ) [20].

S. T. Bazargani и соавт. заметили, что только пожилой возраст связан с более длительным сроком госпитализации [21], а внедрение протокола УВПО уменьшило ППС с 9 до 4 дней ( $p < 0,001$ ). Другие факторы, такие как общее количество введённой жидкости, индекс массы тела, время хирургического вмешательства, объём кровопотери или индекс коморбидности Чарльсона, не были связаны с ППС.

R. S. Matulewicz и соавт. обнаружили, что пациенты, прошедшие реабилитацию по протоколу УВПО, с большей вероятностью находились в стационаре менее длительное время по сравнению с пациентами, ведение которых осуществлялось без применения данного протокола — 7,0 и 8,5 дня соответственно ( $p < 0,01$ ) [22]. Проспективное исследование, в котором приняли участие 453 пациента [18], также показало значимое снижение ППС при внедрении протокола УВПО с 18 до 8 дней. В данном исследовании авторы также продемонстрировали, что такие факторы, как женский пол, более высокий индекс массы тела, сопутствующие заболевания и отсутствие концепции УВПО в процессе реабилитации были независимо связаны с ППС более 7 дней [18].

Напротив, T. Lin и соавт. не выявили различий в ППС — 17 и 15 дней ( $p = 0,26$ ) в рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ), в котором сравнивались 145 пациентов в стандартной группе и 145 пациентов, проходивших реабилитацию в соответствии с концепцией УВПО. Однако несколько факторов, такие как компенсация затрат на лечение и местные традиции, повлияли на ППС [23].

#### Радикальная простатэктомия

В РКИ с участием 50 пациентов, перенёвших лапароскопическую РПЭ, 25 пациентов были рандомизированы на группы, получающие УР или традиционную терапию [12]. Интраоперационные данные не выявили различий между двумя группами лечения. Средняя ППС составила 3,6 дня в группе УР по сравнению с 6,7 днями в группе, получавшей стандартную помощь ( $p < 0,001$ ). В исследовании Y. Xu и

соавт. 163 пациента, перенёсших малоинвазивную РПЭ, лечились в соответствии с концепцией УВПО, а остальные пациенты получали традиционное лечение ( $n = 138$ ). Продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре была значительно короче в группе УВПО (в среднем 6 дней против 8;  $p < 0,001$ ) [24]. В исследовании, проведенном А. К. Носовым и соавт., у пациентов после РПЭ использование протокола ERAS позволило сократить длительность пребывания в стационаре с  $15,1 \pm 5,1$  до  $6,5 \pm 4,1$  сут ( $p = 0,0008$ ) [25].

#### *Радикальная нефрэктомия*

В другом РКИ изучалось влияние метода УР на восстановление и ППС после лапароскопической РНЭ [13]. Всего 25 пациентов были рандомизированы для получения либо УР, либо традиционной терапии. Местную анестезию вводили в хирургические порты, а в послеоперационном периоде применяли неопиоидную анальгезию, профилактику послеоперационной тошноты и рвоты, а также раннее пероральное питание и передвижение. Продолжительность пребывания в стационаре в группе УР сократилась с 59 до 41 ч, и у пациентов наблюдался лучший контроль боли. В исследовании S. Chen и соавт. были собраны клинические данные 89 пациентов, перенёсших лапароскопическую РНЭ (40 в группе УВПО и 49 в группе до УВПО). Общая и послеоперационная ППС были значительно короче в группе УВПО, чем в группе до УВПО [15,0 против 12,0;  $p < 0,001$ ; и 8,0 против 7,0;  $p = 0,001$ ] [26]. В исследовании H. Abou-Naidar и соавт. ППС после введения протоколов УВПО снизилась с 3 до 2 дней, независимо от использованного хирургического доступа ( $p < 0,001$ ) [27].

#### *Трансуретральная резекция простаты*

В период с февраля 2014 г. по сентябрь 2019 г. было проведено проспективное и ретроспективное обсервационное когортное обследование 399 пациентов, которым выполнена трансуретральная резекция (ТУР) простаты. С октября 2017 г. в протокол послеоперационного ведения внесены изменения — уретральный катетер должен быть удален не позднее чем через 24 ч после операции. Подобный протокол использовался у 95 пациентов. В качестве контрольной группы были использованы данные пациентов с февраля 2014 по октябрь 2017 г. Авторами было показано, что ППС оказалось достоверно меньше на 38,1 ч в группе с более ранним удалением катетера ( $p < 0,01$ ) [15].

В другом проспективном исследовании концепция УВПО была использована у 80 пациентов, перенёсших ТУР по поводу доброкачественной гиперплазии простаты. Результаты сравнивали с группой из 80 пациентов, которым не применялось УВПО. В результате в группе УВПО средняя продолжительность пребывания в стационаре сократилась с 6 до 4,9 дня ( $p < 0,0001$ ), а продолжительность катетеризации уретры — с 4,5 до 3,8 дня ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контрольной группой [28].

В исследовании E. J. Mueller и соавт. пребывание в стационаре также сократилось с 3,1 до 1,28 дня у пациентов в экспериментальной и контрольной группах соответственно [14].

#### *Чрескожная нефролитотрипсия*

В исследовании L. Shu и соавт. ретроспективно были проанализированы результаты лечения 435 пациентов с диагнозом «мочекаменная болезнь», которым в период с 2017 по 2020 г. выполнена чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛ). Пациенты в группе УВПО отличались более коротким временем оперативного вмешательства (75 и 90 мин;  $p = 0,003$ ), меньшим временем послеоперационного восстановления (10 и 22 ч;  $p < 0,001$ ), более коротким сроком пребывания в стационаре (2 и 3 дня;  $p < 0,001$ ) [29].

J. Lei и соавт. был проведен ретроспективный анализ 106 пациентов с коралловидными конкрементами почек, перенёсших ЧНЛ. В группе УВПО (56 пациентов) по сравнению с контрольной группой (50 пациентов) ППС было несколько меньше —  $6,67 \pm 2,09$  против  $7,96 \pm 2,02$  дня ( $p = 0,002$ ) [17].

#### **Осложнения**

В колоректальной хирургии метаанализ 16 рандомизированных исследований с участием 2376 пациентов показал снижение частоты послеоперационных осложнений на 40% (отношение шансов (ОШ) = 0,6; 95% ДИ 0,46–0,76) [30]. В метаанализе 14 нерандомизированных исследований, посвящённых хирургии поджелудочной железы, также было продемонстрировано снижение частоты послеоперационных осложнений (ОШ = 0,63; 95% ДИ 0,54–0,74) [31]. При операциях на печени количество осложнений снизилось на 30–50% [32].

#### *Радикальная цистэктомия*

T. Lin и соавт. не наблюдали в своем РКИ, включавшем 290 пациентов после РЦЭ, различий в частоте осложнений через 30 (30,3% и 25,7% до и после внедрения протокола УВПО соответственно;  $p = 0,4$ ) или 90 дней (3,4% и 3,5% до и после внедрения протокола УВПО соответственно) [23]. С другой стороны, S. T. Vazargani и соавт. показали более низкую частоту желудочно-кишечных осложнений в течение первых 30 дней после РЦЭ (13 и 27% с и без протокола УВПО соответственно;  $p = 0,003$ ) без статистически значимых различий в общей частоте осложнений за 30 дней (73 и 64% без и с протоколом УВПО соответственно;  $p = 0,1$ ) [33]. Самым частым осложнением в анализируемой когорте была анемия, требующая переливания крови (20%), за ней следовали инфекции мочевыводящих путей (16%), желудочно-кишечные осложнения (15,4%) и обезвоживание. В исследовании 50 пациентов, перенёсших РЦЭ с интракорпоральной деривацией мочи, использование концепции УВПО привело к значительному снижению общей частоты осложнений через 30 (64 и 38%;  $p < 0,001$ ) и 90 дней (26 и 12%;  $p = 0,04$ ), а также к снижению частоты желудочно-кишечных осложнений через 30 (46% и 22%;  $p = 0,023$ ) и 90 дней (52% и 18%;  $p = 0,001$ ) [20].

В работе С. В. Котова и соавт. показано, что у пациентов после РЦЭ общее число осложнений было сопоставимо в группах с и без УВПО (49,3 и 57,6% соответственно;  $p > 0,05$ ), тогда как осложнения Clavien-Dindo I–II статистически значимо реже отмечались в группе пациентов ERAS (21,9 и 40,6% соответственно;  $p < 0,05$ ) [34].

#### *Радикальная простатэктомия*

В исследовании О. Gralla и соавт. частота общих послеоперационных осложнений была значительно меньше у пациентов, перенёвших лапароскопическую РПЭ, группы УВПО: 24 против 56% ( $p = 0,02$ ) [12].

В исследовании Y. Xu и соавт. послеоперационные осложнения развились у 10 (6,1%) пациентов в группе УВПО и у 17 (12,3%) пациентов в группе традиционной терапии ( $p = 0,07$ ). Многофакторный анализ показал, что уход в соответствии с концепцией УВПО был важным независимым прогностическим фактором для сокращения ППС и снижения затрат на госпитализацию [24].

В другом исследовании после РПЭ частота осложнений существенно не различалась в группах до и после УВПО (17% против 21%;  $p = 0,80$ ) [27].

#### *Радикальная нефрэктомия*

Среди пациентов, перенёвших лапароскопическую РНЭ, частота послеоперационных осложнений в группе УВПО снизилась с 22,4 до 7,5% ( $p = 0,054$ ) [26].

#### *Трансуретральная резекция простаты*

В течение года 119 пациентам, перенёвшим ТУР, уретральный катетер удалён в 1-й день после операции. Полученные результаты сравнивали с данными у 152 пациентов, перенёвших ТУР в течение предыдущего года, у которых уретральный катетер удалялся в разные сроки. Послеоперационные осложнения возникли у 5% пациентов в экспериментальной группе и у 6,6% в контрольной группе; переливание крови потребовалось в 2,5 и 1,3% случаев, задержка мочи развилась в 1,7 и 3,3% случаев соответственно [14].

#### *Чрескожная нефролитотрипсия*

Q. Li и соавт. оценивали необходимость и безопасность применения УВПО в случае ЧНЛ при мочекаменной болезни. Общая частота осложнений составила 15 случаев в группе УВПО и 22 случая в традиционной группе ( $p = 0,573$ ) [16].

В исследовании L. Shu и соавт. в группе УВПО отмечалась меньшая частота послеоперационной тяжелой гематурии по сравнению с контрольной группой (8,5 и 16,3%;  $p = 0,015$ ) [29].

#### **Частота повторных госпитализаций**

В метаанализе исследований колоректальных операций было продемонстрировано, что более ранняя выписка из стационара при использовании концепции УВПО не приводит к увеличению частоты повторных госпитализаций [30]. В большинстве

исследований не сообщалось о статистически значимых различиях в показателях повторной госпитализации через 30 или 90 дней после внедрения протокола УВПО. Однако данные некоторых исследований урологических операций продемонстрировали более низкий уровень повторных операций при использовании концепции УВПО.

#### *Радикальная цистэктомия*

В исследовании E. Altobelli и соавт. частота повторной госпитализации в течение первых 30 дней после РЦЭ снизилась с 27% до 20% при внедрении протокола ERAS, а в течение 90 дней — с 30 до 27%. Также авторы обнаружили, что индекс коморбидности Чарльсона является единственным фактором, коррелирующим с риском повторной госпитализации [35]. К. Н. Pang и соавт. сообщили о меньшем количестве повторных госпитализаций у пациентов, проходивших реабилитацию в соответствии с концепцией УВПО (15% против 25%;  $p = 0,004$ ) [18]. Напротив, Н. А. Chiang и соавт. показали более высокую частоту повторной госпитализации у пациентов, проходивших реабилитацию в соответствии с концепцией УВПО (33% против 21%;  $p = 0,02$ ). Однако авторы не указали основные причины повторных госпитализаций [36].

В исследовании, проведённом С. В. Котовым и соавт., оказалось, что частота повторных госпитализаций в течение первых 90 дней при применении протокола УВПО после РЦЭ была значимо больше, чем без использования данного протокола (21,9 и 13,5% соответственно;  $p < 0,05$ ), однако анализ причин повторных госпитализаций в исследовании отсутствовал [34].

#### *Радикальная простатэктомия*

После РПЭ количество посещений отделения неотложной помощи и повторных госпитализаций существенно не различались в группах с и без УВПО (12% против 12%,  $p = 0,95$ ; и 3% против 7%,  $p = 0,18$  соответственно). Авторы сделали вывод о том, что внедрение стандартизированного междисциплинарного подхода к клинической помощи пациентам, перенёвшим РПЭ, повысило эффективность операции без увеличения частоты осложнений или повторных госпитализаций [27].

#### *Чрескожная нефролитотрипсия*

В исследовании J. Lei и соавт. частота рецидивов камнеобразования в течение 1 года после ЧНЛ в группе УВПО была ниже, чем в контрольной группе (17,5 и 38,9%;  $p = 0,037$ ) [17].

#### **Стоимость**

Применяемые для уменьшения частоты осложнений протоколы УВПО также приводят к снижению затрат на лечение. В нескольких отчётах из Европы и Северной Америки оценивали экономию средств при использовании концепции УВПО. Например, при колоректальной хирургии и операциях на поджелудочной железе и печени Швейцарская университетская больница зафиксировала сниже-

ние затрат на 1651, 7738 и 3080 евро на пациента соответственно, что составляет почти 1 млн долл. экономии для 198 пациентов, прошедших оценку в этих 3 исследованиях [37, 38]. В Канаде внедрение УВПО в системе здравоохранения одной из провинций показало чистую экономию средств в диапазоне 2806–5898 долл. на пациента в группе лиц с колоректальным раком [39]. Таким образом, концепция УВПО оказалась экономически выгодной, а также эффективной, поскольку количество осложнений уменьшилось. В упомянутых исследованиях экономия средств при колоректальной хирургии была более существенной в Канаде, чем в Швейцарии. В канадском исследовании снизилась общая частота осложнений и повторной госпитализации, тогда как в швейцарском не было отмечено статистически значимых различий. Это может быть потенциальным объяснением наблюдаемой разницы в снижении затрат. Более того, в Канаде концепция УВПО была внедрена во всей системе здравоохранения (провинция Альберта) по сравнению со швейцарскими данными, полученными из одного медицинского центра.

В целом, в современной литературе мало информации об экономической эффективности концепции УВПО при лечении урологических пациентов [10].

#### *Радикальная цистэктомия*

После внедрения стандартизированного протокола в своем отделении J. Chipollini и соавт. не наблюдали увеличения расходов на лечение пациентов после РЦЭ [40]. Общая сумма расходов на 1 пациента составила в среднем 59 539 долл. для контрольной группы и 60 655 долл. для группы УВПО ( $p = 0,175$ ). Это исследование имело несколько ограничений, такие как отсутствие учёта частоты осложнений после выписки и пунктов стандартного протокола, которые включают меры, одобренные протоколами УВПО (назначение алвимопана, отказ от назогастрального зонда или переход на раннее кормление). A. Semerjian и соавт. продемонстрировали снижение расходов на стационарное лечение в среднем на 4399 долл. (31 090 против 35 489 долл.;  $p = 0,036$ ) [41]. C. Wei и соавт. сообщили о суммарных затратах на стационарное лечение пациентов, которые также были значительно ниже при использовании протокола УВПО, — 6 300 500 против 9 100 500 долл. ( $p < 0,001$ ) без дальнейшего экономического анализа [42].

J. Nabhani и соавт. изучили внедрение концепции УВПО для больных, перенёсших РЦЭ, и оценили краткосрочные (30-дневные) затраты. Было выявлено статистически значимое снижение общих затрат с 31,139 долл. при стандартном ведении до 26,650 долл. при использовании концепции УВПО, что дало общую минимизацию затрат на 4,488 долл. ( $p < 0,0001$ ). Значительными факторами в экономии средств являются потребность в реанимационных мероприятиях, дополнительное лечение и расходные материалы при длительном пребывании в хирургическом отделении, хотя расходы на медика-

менты были значительно выше при использовании концепции УВПО [10].

#### *Радикальная простатэктомия*

Среди пациентов, перенёсших малоинвазивную РПЭ, затраты также были значительно ниже в группе УВПО: в среднем 4086 (3674–4411) против 5530 (4683–6319) долл. ( $p < 0,001$ ) [24].

#### *Радикальная нефрэктомия*

У пациентов, перенёсших РНЭ и использовавшие УВПО расходы на госпитализацию в среднем также были ниже — 51678,69 (44916,27–60242,52) против 45274,07 (39893,86–55614,36) юаней ( $p = 0,023$ ) [26].

Поскольку концепция УВПО обеспечивает экономию средств на 1 пациента, то чем больше пациентов будет проходить реабилитацию по этому протоколу, тем больше будет экономия [43]. Важными факторами долгосрочного успеха УВПО являются формирование многопрофильной и многопрофессиональной команды, повсеместные изменения в периоперационном ведении пациентов, использование специализированных протоколов, постоянный аудит и обратная связь [43].

#### *Трансуретральная резекция простаты*

По данным Medicare, средняя экономия средств при раннем удалении катетера в исследовании E. J. Mueller и соавт. составила 829 и 1406 долл. для пациентов в возрасте до 70 и старше 70 лет соответственно [14].

#### *Чрескожная нефролитотрипсия*

В исследовании Q. Li и соавт. разницы в стоимости лечения при использовании концепции УВПО по сравнению с традиционным протоколом ведения пациентов не выявлено: 21 348 ± 2404 против 21 597 ± 2293 юаня ( $p = 0,529$ ) [16].

В работе L. Shu и соавт. было показано, что использование концепции УВПО также способствует уменьшению общей стоимости лечения (в среднем с 2709,6 до 2776,9 долл.;  $p < 0,001$ ) по сравнению со стандартным периоперационным ведением [29].

### **Заключение**

Может показаться удивительным, что совокупность относительно простых периоперационных мер, таких как ранняя мобилизация и пероральное питание, так сильно влияет на исходы пациентов. Это подчёркивает эффективность совместной работы всех факторов концепции УВПО, а не только отдельных элементов и оценки их индивидуального применения. Однако физиологические механизмы УВПО остаются дискуссионными и требуют дальнейших исследований. Коррекция патофизиологических нарушений и улучшение иммунитета играют свою роль, но стандартизация клинических методов, вероятно, также имеет важное влияние. Более того, уменьшение осложнений отчасти является причиной снижения ППС, наблюдаемого у пациен-

тов, получающих помощь в соответствии с протоколами УВПО.

Таким образом, концепция УВПО расширяет возможности быстрого и эффективного восстановления после операции, принося как краткосрочную, так и долгосрочную пользу для пациентов, одновременно улучшая качество и снижая стоимость медицинской помощи. Обеспечение расходов на здравоохранение имеет ряд сложностей, поскольку ограниченные государственные средства на поддержку здравоохранения не удовлетворяют растущий спрос из-за дорогих технологий, возросших ожиданий пациентов и растущего числа пожилого населения. Концепция УВПО может стать ключевой стратегией в решении этих проблем, предлагая более качественную помощь за меньшие деньги.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation // *Br. J. Anaesth.* 1997. Vol. 78, N 5. P. 606–617. DOI: 10.1093/bja/78.5.606
- Kehlet H., Mogensen T. Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme // *Br. J. Surg.* 1999. Vol. 86, N 2. P. 227–230. DOI: 10.1046/j.1365-2168.1999.01023.x
- Muehling B. M., Halter G., Lang G. et al. Prospective randomized controlled trial to evaluate «fast-track» elective open infrarenal aneurysm repair // *Langenbecks Arch. Surg.* 2008. Vol. 393, N 3. P. 281–287. DOI: 10.1007/s00423-008-0284-8
- Munitiz V., Martinez-de-Haro L. F., Ortiz A. et al. Effectiveness of a written clinical pathway for enhanced recovery after transthoracic (Ivor Lewis) oesophagectomy // *Br. J. Surg.* 2010. Vol. 97, N 5. P. 714–718. DOI: 10.1002/bjs.6942
- Шарипова В. Х., Бокиев К. Ш., Бердиев Н. Ф., Михлиев А. Н.. ERAS протокол — время пересмотреть взгляды! // *Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi.* 2021. Vol. 14, N 6. P. 93–99. DOI: 10.54185/TBEM/vol14\_iss6/a17
- Lohsiriwat V. Impact of an enhanced recovery program on colorectal cancer surgery // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2014. Vol. 15, N 8. P. 3825–3828. DOI: 10.7314/apjcp.2014.15.8.3825
- Azhar R. A., Bochner B., Catto J. et al. Enhanced recovery after urological surgery: a contemporary systematic review of outcomes, key elements, and research needs // *Eur. Urol.* 2016. Vol. 70, N 1. P. 176–187. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.02.051
- Daneshmand S., Ahmadi H., Schuckman A. K. et al. Enhanced recovery protocol after radical cystectomy for bladder cancer // *J. Urol.* 2014. Vol. 192, N 1. P. 50–55. DOI: 10.1016/j.juro.2014.01.097
- Karl A., Buchner A., Becker A. et al. A new concept for early recovery after surgery for patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer: results of a prospective randomized study // *J. Urol.* 2014. Vol. 191, N 2. P. 335–340. DOI: 10.1016/j.juro.2013.08.019
- Nabhani J., Ahmadi H., Schuckman A. K. et al. Cost analysis of the enhanced recovery strategy for urology protocol in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer // *Eur. Urol. Focus.* 2016. Vol. 2, N 1. P. 92–96. DOI: 10.1016/j.euf.2015.06.009
- Павлов В. Н., Тарасенко А. И., Корелов Ю. А. и др. Принципы программы ускоренного восстановления больных, перенесших радикальную простатэктомию // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2019. Т. 15, № 2. С. 324–327.
- Gralla O., Haas F., Knoll N. et al. Fast-track surgery in laparoscopic radical prostatectomy: basic principles // *World J. Urol.* 2007. Vol. 25, N 2. P. 185–191. DOI: 10.1007/s00345-006-0139-2
- Recart A., Duchene D., White P. F. et al. Efficacy and safety of fast-track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy // *J. Endourol.* 2005. Vol. 19, N 10. P. 1165–1169. DOI: 10.1089/end.2005.19.1165
- Mueller E. J., Zeidman E. J., Desmond P. M. et al. Reduction of length of stay and cost of transurethral resection of the prostate by early catheter removal // *Br. J. Urol.* 1996. Vol. 78, N 6. P. 893–896. DOI: 10.1046/j.1464-410x.1996.01614.x
- Prasopsuk S., Tunruttanakul S. Safety of a first-day catheter removal after transurethral resection of the prostate (TURP): a propensity score-matched historical control study // *Insight Urology.* 2021. Vol. 42. P. 40–45. DOI: 10.52786/isa.a.21
- Li Q., Wan L., Liu S. et al. Clinical efficacy of enhanced recovery after surgery in percutaneous nephrolithotripsy: a randomized controlled trial // *BMC Urol.* 2020. Vol. 20, N 1. P. 162. DOI: 10.1186/s12894-020-00728-w
- Lei J., Huang K., Dai Y., Yin G. Evaluating outcomes of patient-centered enhanced recovery after surgery (ERAS) in percutaneous nephrolithotomy for staghorn stones: an initial experience // *Front. Surg.* 2023. Vol. 10. P. 1138814. DOI: 10.3389/fsurg.2023.1138814
- Pang K. H., Groves R., Venugopal S. et al. Prospective implementation of enhanced recovery after surgery protocols to radical cystectomy // *Eur. Urol.* 2018. Vol. 73, N 3. P. 363–371. DOI: 10.1016/j.eururo.2017.07.031
- Tyson M. D., Chang S. S. Enhanced recovery pathways versus standard care after cystectomy: a meta-analysis of the effect on perioperative outcomes // *Eur. Urol.* 2016. Vol. 70, N 6. P. 995–1003. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.05.031
- Tan W. S., Tan M. Y., Lamb B. W. et al. Intracorporeal robot-assisted radical cystectomy, together with an enhanced recovery programme, improves postoperative outcomes by aggregating marginal gains // *BJU Int.* 2018. Vol. 121, N 4. P. 632–639. DOI: 10.1111/bju.14073
- Bazargani S. T., Ghodoussipour S., Tse B. et al. The association between intraoperative fluid intake and postoperative complications in patients undergoing radical cystectomy with an enhanced recovery protocol // *World J. Urol.* 2018. Vol. 36, N 3. P. 401–407. DOI: 10.1007/s00345-017-2164-8
- Matulewicz R. S., Patel M., Jordan B. J. et al. Transversus abdominis plane blockade as part of a multimodal postoperative analgesia plan in patients undergoing radical cystectomy // *Bladder Cancer.* 2018. Vol. 4, N 2. P. 161–167. DOI: 10.3233/BLC-170157
- Lin T., Li K., Liu H. et al. Enhanced recovery after surgery for radical cystectomy with ileal urinary diversion: a multi-institutional, randomized, controlled trial from the Chinese bladder cancer consortium // *World J. Urol.* 2018. Vol. 36, N 1. P. 41–50. DOI: 10.1007/s00345-017-2108-3
- Xu Y., Liu A., Chen L. et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway optimizes outcomes and costs for minimally invasive radical prostatectomy // *J. Int. Med. Res.* 2020. Vol. 48, N 6. P. 300060520920072. DOI: 10.1177/0300060520920072
- Носов А. К., Рева С. А., Беркут М. В., Петров С. Б. Программа раннего восстановления при радикальном хирургическом лечении больных раком предстательной железы: опыт специализированного стационара // *Онкоурология.* 2016. Т. 12, № 4. С. 60–69. DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-4-60-69
- Chen S., He Z., Yao S. et al. Enhanced recovery after surgery protocol optimizes results and cost of laparoscopic radical nephrectomy // *Front. Oncol.* 2022. Vol. 12. P. 840363. DOI: 10.3389/fonc.2022.840363
- Abou-Haidar H., Abourbih S., Braganza D. et al. Enhanced recovery pathway for radical prostatectomy: Implementation and evaluation in a universal healthcare system // *Can. Urol. Assoc. J.* 2014. Vol. 8, N 11–12. P. 418–423. DOI: 10.5489/cauj.2114
- Sánchez Merino J. M., Parra Muntaner L., Gómez Cisneros S. C. et al. Implementation of a clinical pathway for transurethral resection in benign prostatic hyperplasia // *Arch. Esp. Urol.* 2002. Vol. 55, N 2. P. 131–144.
- Shu L., Ao P., Zhang Z. et al. Flexible ureteroscopy lithotripsy based on the concept of enhanced recovery after surgery: a single-centered retrospective study // *Urol. J.* 2022. Vol. 19, N 4. P. 268–273. DOI: 10.22037/uj.v19i.7118
- Greco M., Capretti G., Beretta L. et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials // *World J. Surg.* 2014. Vol. 38, N 6. P. 1531–1541. DOI: 10.1007/s00268-013-2416-8
- Xiong J., Szatmary P., Huang W. et al. Enhanced recovery after surgery program in patients undergoing pancreaticoduodenectomy: a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis // *Medicine (Baltimore).* 2016. Vol. 95, N 18. P. e3497. DOI: 10.1097/MD.0000000000003497
- Ni T. G., Yang H. T., Zhang H. et al. Enhanced recovery after surgery programs in patients undergoing hepatectomy: a meta-analysis // *World J. Gastroenterol.* 2015. Vol. 21, N 30. P. 9209–9216. DOI: 10.3748/wjg.v21.i30.9209
- Bazargani S. T., Djaladat H., Ahmadi H. et al. Gastrointestinal complications following radical cystectomy using enhanced recovery protocol // *Eur. Urol. Focus.* 2018. Vol. 4, N 6. P. 889–894. DOI: 10.1016/j.euf.2017.04.003
- Котов С. В., Хачатрян А. Л., Гуспанов П. И. и др. Компаративный анализ применения протокола ускоренного восстановления (ERAS) при радикальной цистэктомию // *Эксперименталь-*

- ная и клиническая урология. 2020. № 2. С. 78–83. DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-2-78-83
35. Altobelli E., Buscarini M., Gill H. S., Skinner E. C. Readmission rate and causes at 90-day after radical cystectomy in patients on early recovery after surgery protocol // *Bladder Cancer*. 2017. Vol. 3, N 1. P. 51–56. DOI: 10.3233/BLC-160061
  36. Chiang H. A., Cheng P. J., Speed J. M. et al. Implementation of a perioperative venous thromboembolism prophylaxis program for patients undergoing radical cystectomy on an enhanced recovery after surgery protocol // *Eur. Urol. Focus*. 2020. Vol. 6, N 1. P. 74–80. DOI: 10.1016/j.euf.2018.08.025
  37. Joliat G. R., Labгаа I., Petermann D. et al. Cost-benefit analysis of an enhanced recovery protocol for pancreaticoduodenectomy // *Br. J. Surg*. 2015. Vol. 102, N 13. P. 1676–83. DOI: 10.1002/bjs.9957
  38. Joliat G. R., Labгаа I., Hübner M. et al. Cost-benefit analysis of the implementation of an enhanced recovery program in liver surgery // *World J. Surg*. 2016. Vol. 40, N 10. P. 2441–2450. DOI: 10.1007/s00268-016-3582-2
  39. Nelson G., Kiyang L. N., Crumley E. T. et al. Implementation of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) across a provincial health-care system: the ERAS Alberta colorectal surgery experience // *World J. Surg*. 2016. Vol. 40, N 5. P. 1092–1103. DOI: 10.1007/s00268-016-3472-7
  40. Chipollini J., Tang D. H., Hussein K. et al. Does implementing an enhanced recovery after surgery protocol increase hospital charges? Comparisons from a radical cystectomy program at a specialty cancer center // *Urology*. 2017. Vol. 105. P. 108–112. DOI: 10.1016/j.urology.2017.03.023
  41. Semerjian A., Milbar N., Kates M. et al. Hospital charges and length of stay following radical cystectomy in the enhanced recovery after surgery era // *Urology*. 2018. Vol. 111. P. 86–91. DOI: 10.1016/j.urology.2017.09.010
  42. Wei C., Wan F., Zhao H. et al. Application of enhanced recovery after surgery in patients undergoing radical cystectomy // *J. Int. Med. Res*. 2018. Vol. 46, N 12. P. 5011–5018. DOI: 10.1177/0300060518789035
  43. Ljungqvist O., Scott M., Fearon K. C. Enhanced recovery after surgery: a review // *JAMA Surg*. 2017. Vol. 152, N 3. P. 292–298. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.4952
  44. Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2019;15(2):324–327.
  45. Gralla O., Haas F., Knoll N. et al. Fast-track surgery in laparoscopic radical prostatectomy: basic principles. *World J. Urol*. 2007;25(2):185–191. DOI: 10.1007/s00345-006-0139-2
  46. Recart A., Duchene D., White P. F. et al. Efficacy and safety of fast-track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy. *J. Endourol*. 2005;19(10):1165–1169. DOI: 10.1089/end.2005.19.1165
  47. Mueller E. J., Zeidman E. J., Desmond P. M. et al. Reduction of length of stay and cost of transurethral resection of the prostate by early catheter removal. *Br. J. Urol*. 1996;78(6):893–896. DOI: 10.1046/j.1464-410x.1996.01614.x
  48. Prasopsuk S., Tunruttanakul S. Safety of a first-day catheter removal after transurethral resection of the prostate (TURP): a propensity score-matched historical control study. *Insight Urology*. 2021;42:40–45. DOI: 10.52786/isua.21
  49. Li Q., Wan L., Liu S. et al. Clinical efficacy of enhanced recovery after surgery in percutaneous nephrolithotripsy: a randomized controlled trial. *BMC Urol*. 2020;20(1):162. DOI: 10.1186/s12894-020-00728-w.
  50. Lei J., Huang K., Dai Y., Yin G. Evaluating outcomes of patient-centered enhanced recovery after surgery (ERAS) in percutaneous nephrolithotomy for staghorn stones: an initial experience. *Front. Surg*. 2023;10:1138814. DOI: 10.3389/fsurg.2023.1138814
  51. Pang K. H., Groves R., Venugopal S. et al. Prospective implementation of enhanced recovery after surgery protocols to radical cystectomy. *Eur. Urol*. 2018;73(3):363–371. DOI: 10.1016/j.eururo.2017.07.031
  52. Tyson M. D., Chang S. S. Enhanced recovery pathways versus standard care after cystectomy: a meta-analysis of the effect on perioperative outcomes. *Eur. Urol*. 2016;70(6):995–1003. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.05.031
  53. Tan W. S., Tan M. Y., Lamb B. W. et al. Intracorporeal robot-assisted radical cystectomy, together with an enhanced recovery programme, improves postoperative outcomes by aggregating marginal gains. *BJU Int*. 2018;121(4):632–639. DOI: 10.1111/bju.14073
  54. Bazargani S. T., Ghodoussipour S., Tse B. et al. The association between intraoperative fluid intake and postoperative complications in patients undergoing radical cystectomy with an enhanced recovery protocol. *World J. Urol*. 2018;36(3):401–407. DOI: 10.1007/s00345-017-2164-8
  55. Matulewicz R. S., Patel M., Jordan B. J. et al. Transversus abdominis plane blockade as part of a multimodal postoperative analgesia plan in patients undergoing radical cystectomy. *Bladder Cancer*. 2018;4(2):161–167. DOI: 10.3233/BLC-170157
  56. Lin T., Li K., Liu H. et al. Enhanced recovery after surgery for radical cystectomy with ileal urinary diversion: a multi-institutional, randomized, controlled trial from the Chinese bladder cancer consortium. *World J. Urol*. 2018;36(1):41–50. DOI: 10.1007/s00345-017-2108-3
  57. Xu Y., Liu A., Chen L. et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway optimizes outcomes and costs for minimally invasive radical prostatectomy. *J. Int. Med. Res*. 2020;48(6):300060520920072. DOI: 10.1177/0300060520920072
  58. Nosov A. K., Reva S. A., Berkut M. V., Petrov S. B. Early recovery program in the radical surgical treatment of patients with prostate cancer: experience of the specialized hospital. *Onkourologija*. 2016;12(4):60–69. DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-4-60-69
  59. Chen S., He Z., Yao S. et al. Enhanced recovery after surgery protocol optimizes results and cost of laparoscopic radical nephrectomy. *Front. Oncol*. 2022;12:840363. DOI: 10.3389/fonc.2022.840363
  60. Abou-Haidar H., Abourbih S., Braganza D. et al. Enhanced recovery pathway for radical prostatectomy: Implementation and evaluation in a universal healthcare system. *Can. Urol. Assoc. J*. 2014;8(11-12):418–423. DOI: 10.5489/cuaj.2114
  61. Sánchez Merino J. M., Parra Muntaner L., Gómez Cisneros S. C. et al. Implementation of a clinical pathway for transurethral resection in benign prostatic hyperplasia. *Arch. Esp. Urol*. 2002;55(2):131–144.
  62. Shu L., Ao P., Zhang Z. et al. Flexible ureteroscopic lithotripsy based on the concept of enhanced recovery after surgery: a single-centered retrospective study. *Urol. J*. 2022;19(4):268–273. DOI: 10.22037/uj.v19i.7118
  63. Greco M., Capretti G., Beretta L. et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J. Surg*. 2014;38(6):1531–1541. DOI: 10.1007/s00268-013-2416-8

REFERENCES

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br. J. Anaesth*. 1997;78(5):606–617. DOI: 10.1093/bja/78.5.606
2. Kehlet H., Mogensen T. Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme. *Br. J. Surg*. 1999;86(2):227–230. DOI: 10.1046/j.1365-2168.1999.01023.x
3. Muehling B. M., Halter G., Lang G. et al. Prospective randomized controlled trial to evaluate «fast-track» elective open infrarenal aneurysm repair. *Langenbecks Arch. Surg*. 2008;393(3):281–287. DOI: 10.1007/s00423-008-0284-8
4. Munitiz V., Martinez-de-Haro L. F., Ortiz A. et al. Effectiveness of a written clinical pathway for enhanced recovery after transthoracic (Ivor Lewis) oesophagectomy. *Br. J. Surg*. 2010;97(5):714–748. DOI: 10.1002/bjs.6942
5. Sharipova V. H., Bokiev K. Sh., Berdiev N. F., Mihliev A. N. ERAS protocol — time to reconsider! *Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi*. 2021;14 (6):93–99. DOI: 10.54185/TBEM/vol14\_iss6/a17
6. Lohsiriwat V. Impact of an enhanced recovery program on colorectal cancer surgery. *Asian Pac. J. Cancer Prev*. 2014;15(8):3825–3828. DOI: 10.7314/apjcp.2014.15.8.3825
7. Azhar R. A., Bochner B., Catto J. et al. Enhanced recovery after urological surgery: a contemporary systematic review of outcomes, key elements, and research needs. *Eur. Urol*. 2016;70(1):176–187. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.02.051
8. Daneshmand S., Ahmadi H., Schuckman A. K. et al. Enhanced recovery protocol after radical cystectomy for bladder cancer. *J. Urol*. 2014;192(1):50–55. DOI: 10.1016/j.juro.2014.01.097
9. Karl A., Buchner A., Becker A. et al. A new concept for early recovery after surgery for patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer: results of a prospective randomized study. *J. Urol*. 2014;191(2):335–340. DOI: 10.1016/j.juro.2013.08.019
10. Nabhani J., Ahmadi H., Schuckman A. K. et al. Cost analysis of the enhanced recovery after surgery protocol in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. *Eur. Urol. Focus*. 2016;2(1):92–96. DOI: 10.1016/j.euf.2015.06.009
11. Pavlov V. N., Tarasenko A. I., Korelov Yu. A. et al. Principles of the program of enhanced recovery of patients after radical prostatec-

31. Xiong J., Szatmary P., Huang W. et al. Enhanced recovery after surgery program in patients undergoing pancreaticoduodenectomy: a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(18):e3497. DOI: 10.1097/MD.0000000000003497
32. Ni T. G., Yang H. T., Zhang H. et al. Enhanced recovery after surgery programs in patients undergoing hepatectomy: a meta-analysis. *World J. Gastroenterol.* 2015;21(30):9209–9216. DOI: 10.3748/wjg.v21.i30.9209
33. Bazargani S. T., Djaladat H., Ahmadi H. et al. Gastrointestinal complications following radical cystectomy using enhanced recovery protocol. *Eur. Urol. Focus.* 2018;4(6):889–894. DOI: 10.1016/j.euf.2017.04.003
34. Kotov S. V., Khachatryan A. L., Guspanov R. I. et al. Comparative analysis of the usage eras protocol after radical cystectomy. *Jeksperimental'naja i klinicheskaja urologija.* 2020;(2):78–83. DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-2-78-83
35. Altobelli E., Buscarini M., Gill H. S., Skinner E. C. Readmission rate and causes at 90-day after radical cystectomy in patients on early recovery after surgery protocol. *Bladder Cancer.* 2017;3(1):51–56. DOI: 10.3233/BLC-160061
36. Chiang H. A., Cheng P. J., Speed J. M. et al. Implementation of a perioperative venous thromboembolism prophylaxis program for patients undergoing radical cystectomy on an enhanced recovery after surgery protocol. *Eur. Urol. Focus.* 2020;6(1):74–80. DOI: 10.1016/j.euf.2018.08.025
37. Joliat G. R., Labgaa I., Petermann D. et al. Cost-benefit analysis of an enhanced recovery protocol for pancreaticoduodenectomy. *Br. J. Surg.* 2015;102(13):1676–1683. DOI: 10.1002/bjs.9957
38. Joliat G. R., Labgaa I., Hübner M. et al. Cost-benefit analysis of the implementation of an enhanced recovery program in liver surgery. *World J. Surg.* 2016;40(10):2441–2450. DOI: 10.1007/s00268-016-3582-2
39. Nelson G., Kiyang L. N., Crumley E. T. et al. Implementation of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) across a provincial health-care system: the ERAS Alberta colorectal surgery experience. *World J. Surg.* 2016;40(5):1092–1103. DOI: 10.1007/s00268-016-3472-7
40. Chipollini J., Tang D. H., Hussein K. et al. Does implementing an enhanced recovery after surgery protocol increase hospital charges? Comparisons from a radical cystectomy program at a specialty cancer center. *Urology.* 2017;105:108–112. DOI: 10.1016/j.urology.2017.03.023
41. Semerjian A., Milbar N., Kates M. et al. Hospital charges and length of stay following radical cystectomy in the enhanced recovery after surgery era. *Urology.* 2018;111:86–91. DOI: 10.1016/j.urology.2017.09.010
42. Wei C., Wan F., Zhao H. et al. Application of enhanced recovery after surgery in patients undergoing radical cystectomy. *J. Int. Med. Res.* 2018;46(12):5011–5018. DOI: 10.1177/0300060518789035
43. Ljungqvist O., Scott M., Fearon K. C. Enhanced recovery after surgery: a review. *JAMA Surg.* 2017;152(3):292–298. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.4952

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024. The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

# Здравоохранение и фармацевтическая деятельность

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-222-228

## Оценка эффективности медицины и здравоохранения: современное состояние проблемы

Дмитрий Андреевич Каприн

Российский университет медицины, Москва, Россия; Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского, Москва, Россия

kaprind@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1490-0427>

**Аннотация.** В статье отражены особенности современных отечественных и зарубежных практик оценки эффективности. Обосновывается мнение о том, что при оценке эффективности важно рассматривать здравоохранение как систему, состоящую из двух секторов: системы здравоохранения, в которой осуществляется деятельность по укреплению общественного здоровья, и системы медицинского обеспечения, в которой людям на индивидуальной основе предоставляется медицинская помощь. От лиц, принимающих решения в секторе здравоохранения, и от медицинских работников (сектор медицины) зависят совершенно различные результаты использования ресурсов, что важно учитывать при разработке новых и совершенствовании существующих методик оценки эффективности.

**Ключевые слова:** затраты на здравоохранение; здравоохранение; медицина; медицинская эффективность; общественное здоровье; оказание медицинской помощи; организация медицинской помощи; эффективность здравоохранения

**Для цитирования:** Каприн Д. А. Оценка эффективности медицины и здравоохранения: современное состояние проблемы // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 222—228. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-222-228

## Healthcare and pharmaceutical activities

Original article

### Assessment of efficiency of medicine and health care: current state of the problem

Dmitrii A. Kaprin

Russian University of Medicine, Moscow, Russia; City Clinical Hospital named after M. P. Konchalovsky, Moscow, Russia

kaprind@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1490-0427>

**Abstract.** Features modern domestic and foreign the practitioner of assessment of efficiency are reflected in article. The opinion that at assessment of efficiency it is important to consider health care as the system consisting of two sectors — a health care system in which activities for strengthening of public health and the system of medical support in which medical care is provided to people on an individual basis are carried out is proved. Absolutely various results of use of resources depend on the persons making decisions and the health sector and on health workers (the sector of medicine) that it is important to consider when developing new and improvement of the existing efficiency assessment techniques.

**Keywords:** costs of health care; health care; medicine; medical efficiency; public health; delivery of health care; organization of medical care; efficiency of health care

**For citation:** Kaprin D. A. Assessment of efficiency of medicine and health care: current state of the problem. *Remedium*. 2024;28(3):222–228. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-222-228

### Введение

Научно-технический прогресс, приводящий к появлению новых, но дорогостоящих медицинских технологий, а также стареющее население вызывают рост расходов на здравоохранение. Поэтому увеличение ресурсного обеспечения, в том числе объёмов

финансирования, имеет важное значение для системы здравоохранения любой страны. Однако в современном мире этого недостаточно. Оптимизация использования существующих ресурсов является одной из главных стратегий для улучшения возможностей здравоохранения и медицины в производстве общественных и индивидуальных благ, связан-

ных со здоровьем. Существуют различные способы оценки разных видов эффективности здравоохранения, основанные на использовании большого числа различных показателей, — от показателей состояния здоровья населения до оценки производственной функции здравоохранения. Тем не менее ни один из методов не может считаться универсальным для определения того, является ли та или иная система здравоохранения лучше или хуже по сравнению с другими, что обуславливает актуальность получения обобщённых знаний о существующих методиках и критериях эффективности в здравоохранении и медицине.

**Цель** работы — анализ отечественного и зарубежного опыта по вопросам оценки эффективности медицины и здравоохранения.

### Материалы и методы

Проведён обзор литературы, который также позволил изучить известные варианты государственной политики по данной проблеме. Использовались методы библиографического и информационного поиска. В базах данных eLIBRARY.RU, PubMed, Scopus, Google Scholar был проведён поиск документов с использованием ключевых слов, указанных в аннотации. Названия статей, найденные с помощью ключевых слов, проходили предварительный просмотр. В случае соответствия тематики анализировались абстракты. Если абстракт соответствовал критериям отбора, проводился детальный анализ полного текста статьи, а также изучались библиографические списки. В обзор включены не только оригинальные исследования, систематические обзоры и результаты метаанализов, но и нормативные правовые акты Российской Федерации.

### Результаты и обсуждение

В России всё больше внимания уделяется перспективам развития системы здравоохранения. Одной из основных проблем в этой области является оценка эффективности функционирования медицины и здравоохранения, необходимая для правильного выбора приоритетов государственной политики в сфере охраны здоровья граждан как на федеральном, так и на региональном уровне [1–3].

Согласно Докладу о мировом здравоохранении за 2010 г., около 20–40% всех ресурсов сектора здравоохранения тратятся впустую во всём мире вследствие неэффективности систем здравоохранения<sup>1</sup>. Такая неэффективность истощает ресурсы сектора здравоохранения и препятствует прогрессу отрасли. Однако на практике оценка эффективности здравоохранения содержит в себе ряд теоретических и методологических проблем. Например, не всегда ясно, какие улучшения здоровья попадают под ответственность системы здравоохранения, весьма трудно установить причинно-следственные связи между

конкретными медицинскими вмешательствами и здоровьем. Более того, сложность «процесса производства медицинских услуг» и недостаточная доступность статистических данных часто препятствуют разработке показателей для определения эффективности, что может ограничить аналитиков в использовании результатов системы здравоохранения в качестве показателя ценности этих результатов (т. е. в какой степени они способствуют достижению лучших результатов для здоровья).

В последние годы, особенно под воздействием пандемии COVID-19, значительно трансформировались методы организации медицинской помощи, что ещё больше усложнило процесс оценки эффективности здравоохранения.

Например, в России в ответ на возникновение в 2020 г. пандемии COVID-19 произошла активация механизмов реагирования на чрезвычайные ситуации в здравоохранении, включающие фактическую отмену обязательного медицинского страхования и переход на сметный принцип финансирования медицинских организаций. Были разработаны специальные протоколы оказания медицинской помощи и установлены новые режимы работы для медицинских организаций. Также были выделены дополнительные финансовые ресурсы и определены направления их использования [4].

На фоне пандемии COVID-19 расширилось применение телемедицины и удалённого медицинского мониторинга за большим количеством пациентов на дому. Значительная часть медицинских услуг, основанных на телемедицине, остались и после COVID-19. Возможность получать медицинскую помощь, оставаясь при этом дома, способствовала широкому распространению мобильных медицинских устройств, индивидуализированных электронных медицинских карт и применения искусственного интеллекта в сфере здравоохранения. Эти инновации объединяют виртуальный (цифровой) мир с физическим, что кардинально изменяет взаимодействие между человеком и технологией [5]. Все перечисленные изменения становятся ключевым элементом стратегии развития здравоохранения и могут в среднесрочной перспективе привести к значительным преобразованиям в профилактическом и лечебно-диагностическом процессах, а также к увеличению их стоимости, что усложняет задачу оценки эффективности системы здравоохранения.

При этом существует концептуальная разница между стремлением к большей эффективности и к снижению затрат. В то время как в первом случае отмечается стремление максимально увеличить соотношение между ценными результатами и затраченными ресурсами, во втором речь идёт об экономии ресурсов, без каких-либо ссылок на изменения конечных результатов. Важно учитывать, что в результате принятия решения о том, где сократить расходы (или другие затраты) без полной оценки влияния сокращаемых ресурсов на здоровье населения в целом, эффективность системы здравоохранения может быть существенно снижена, вызывая потери здоровья, которые не могут быть компенсиро-

<sup>1</sup> World Health Organisation. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. 2010. URL: [https://www.who.int/health\\_financing/topics/efficiency/universal-health-coverage/en](https://www.who.int/health_financing/topics/efficiency/universal-health-coverage/en) (дата обращения: 07.04.2024).

ваны уменьшением расходов<sup>2</sup>. Также и наоборот, рост расходов на здравоохранение может сопровождаться ухудшением здоровья людей.

Согласно данным Казначейства РФ, в течение пандемии COVID-19 общий бюджет страны на здравоохранение и средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования значительно выросли. Если в 2019 г. их совокупный объём составлял 3789,7 млрд руб., то к 2021 г. он достиг 5167,3 млрд руб., что эквивалентно увеличению в 1,4 раза. Этот показатель составил 4,6% валового внутреннего продукта, что является самым высоким уровнем за последние 30 лет по состоянию на 2021 г.

При этом в России в 2021 г. зафиксирован скачкообразный рост числа умерших от причин, классифицированных как «Осложнения беременности, родов и послеродового периода». Если в допандемический период суммарное число смертей, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом, варьировало от 147 до 134 человек в 2018 и 2019 гг. соответственно, то в 2021 г. умерло 483 женщины. С учётом числа родившихся живыми (1481,5 тыс. в 2019 г. и 1398,3 в 2021 г.), коэффициент материнской смертности 2021 г. в сравнении с 2019 г. увеличился почти в 4 раза — с 9,0 до 34,5 умерших женщин на 100 тыс. живорождённых.

Этот пример демонстрирует, что увеличение финансирования не всегда ведёт к повышению эффективности здравоохранения, даже в таких ключевых вопросах, как предотвращение материнской смертности, которая полностью зависит от системы здравоохранения и уже на протяжении последних 30 лет снижается в глобальном масштабе [6].

Международные методики оценки эффективности здравоохранения преимущественно сосредоточены на количественном анализе того, насколько эффективно система использует доступные ей ресурсы. Эффективность в данном контексте определяется как соотношение между расходами системы здравоохранения (включая труд, капитал или оборудование) и конечными результатами (например, количеством предоставленных услуг или числом пролеченных пациентов)<sup>3</sup>.

В зарубежной практике часто используется сравнение эффективности работы систем здравоохранения между странами [7]. Международные сравнения, включающие оценку эффективности национальных систем здравоохранения по различным показателям, осуществляются такими организациями, как Всемирная организация здравоохранения<sup>4</sup>, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения [8], Организация экономического

сотрудничества и развития<sup>5</sup>, Европейская комиссия<sup>6</sup>, а также университетами, исследовательскими и аналитическими центрами [9–11].

Зарубежными экспертами подчёркивается ограниченность данных об эффективности здравоохранения в странах как со средним, так и с низким уровнем доходов [12]. По уровню валового внутреннего продукта на душу населения Россия относится к странам со средним уровнем доходов — в 2021 г. 36,3 тыс. долл. по паритету покупательской способности. Для сравнения: в Люксембурге — 141,2, в Ирландии — 127,1, в Норвегии — 114,9, в США — 76,4 тыс. долл. (по паритету покупательской способности). При этом, несмотря на скромный уровень доходов, численность врачей в России по данным 2021 г. в 2 раза больше, чем, например, в Китае — 505 и 252 врача на 100 тыс. населения соответственно<sup>7</sup>.

В 2021 г. Россия заняла лидирующие позиции по количеству проведённых коронарных ангиопластик со стентированием, достигнув показателя 172,5 на 100 тыс. населения. Этот результат превзошёл аналогичные показатели в таких странах, как Южная Корея (145,5), Канада (141,2), Испания (114,0), Великобритания (108,6) и Португалия (105,5). В регионах России, где функционируют федеральные сердечно-сосудистые центры, частота выполнения отдельных высокотехнологичных вмешательств превышает показатели некоторых экономически развитых стран Европы. Например, в Пензенской области в 2021 г. количество транслюминальных баллонных коронарных ангиопластик со стентированием составило 316,9 на 100 тыс. населения, что превышает аналогичные показатели Франции в 1,17 раза, Израиля — в 1,23 раза, Турции — в 1,32 раза, Финляндии — в 1,43 раза, Норвегии — в 1,58 раза, Италии — в 1,61 раза. В Калининградской области частота таких операций с учётом численности населения соответствует уровню Израиля (265,9 на 100 тыс. населения) и превышает показатели Турции в 1,10 раза, Финляндии — в 1,20 раза, Норвегии — в 1,33 раза, Италии — в 1,35 раза [13].

Отечественные практики оценки эффективности здравоохранения отражают принцип федерализма как одного из основополагающих принципов конституционного строя России. Этот принцип предполагает наличие широких полномочий у органов государственной власти субъектов федерации при наличии вертикальной системы управления здравоохранением, гарантирующей оказание гражд-

<sup>2</sup> Соколов А. Деньги не лечат: к чему ведёт реформа здравоохранения URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat> (дата обращения: 16.02.2024).

<sup>3</sup> Expert Group on Health System Performance Assessment. Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe. URL: [https://health.ec.europa.eu/publications/tools-and-methodologies-assess-efficiency-health-care-services-europe\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/tools-and-methodologies-assess-efficiency-health-care-services-europe_en) (дата обращения: 16.02.2024).

<sup>4</sup> World Health Organisation. Health systems: improving performance. The World Health Report. 2000. URL: <https://apo.who.int/publications/i/item/924156198X> (дата обращения: 16.02.2024).

<sup>5</sup> OECD. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2022\\_507433b0-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en.html) (дата обращения: 16.02.2024).

<sup>6</sup> Expert Group on Health System Performance Assessment. Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe. URL: [https://health.ec.europa.eu/publications/tools-and-methodologies-assess-efficiency-health-care-services-europe\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/tools-and-methodologies-assess-efficiency-health-care-services-europe_en) (дата обращения: 16.02.2024).

<sup>7</sup> Росстат. Краткая визуализированная версия сборника «Россия и страны мира. 2023» URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Russia\\_strani\\_mira\\_2023\\_short\\_final.pdf](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Russia_strani_mira_2023_short_final.pdf) (дата обращения: 16.02.2024).

данам своевременной, качественной и бесплатной медицинской помощи.

Во многих странах, в том числе в России, принято выполнять оценки экономической, медицинской и социальной эффективности здравоохранения. Однако часто используют интегральные (смешанные) оценки, имеющие как преимущества, так и недостатки. Также, несмотря на наличие вертикальной системы управления с двумя основными уровнями (федеральный и субъекта РФ), объектом оценки эффективности в России являются только региональные системы здравоохранения [14, 15].

Отечественные эксперты предложили интегральный метод оценки эффективности региональных систем здравоохранения, который базируется на ранжировании субъектов РФ по 11 блокам показателей, включая медико-демографические, ресурсные, объёмные, стоимостные и др. [16]. Сравнение региональных данных по этим показателям позволяет не только провести общую оценку эффективности региональных систем здравоохранения, но и выявить корреляционные связи между результатами деятельности здравоохранения и такими факторами, как экономическое развитие регионов, государственные расходы на медицинскую помощь, ожидаемая продолжительность жизни и др.

Существуют также другие методы оценки эффективности здравоохранения в целом и отдельных видов медицинской деятельности, к общим недостаткам которых можно отнести отсутствие разделения ответственности за неэффективность между медициной и здравоохранением, отсутствие границ (норм) показателей эффективности, неиспользование весовых коэффициентов, отражающих значимость (важность) каждого показателя при оценке эффективности здравоохранения [17, 18].

Так, например, вряд ли можно существенно снизить уровень смертности населения от внешних причин (насильственные причины смерти и самоубийства) с помощью повышения эффективности здравоохранения. В то же время многие случаи материнской и младенческой смертности в результате тяжёлых акушерских осложнений можно предотвратить путём оказания своевременной и квалифицированной медицинской помощи [19, 20].

На здоровье населения влияет огромное число факторов, ведомств и отраслей, не связанных со здравоохранением. Например, С. А. Сидельников выделяет 37 детерминант здоровья 12 отраслей и ведомств, не принадлежащих к системе здравоохранения и участвующих в формировании общественного здоровья [21].

Именно поэтому не следует напрямую связывать эффективность здравоохранения с уровнем смертности населения. Существуют поведенческие, культурные, экономические, экологические и другие факторы, которые могут оказывать более значительное влияние на здоровье и продолжительность жизни людей, чем само состояние системы здравоохранения. Индивидуальные особенности, такие как возраст, пол и генетика, также играют важную роль в определении здоровья и, соответственно,

объёма потребления медицинских услуг [22]. Например, продолжительность жизни в США и на Кубе примерно одинакова, несмотря на значительные различия в уровне расходов на здравоохранение на душу населения [23].

Не обходится и без парадоксов. Например, государственные программы по борьбе с курением могут привести к увеличению затрат на здравоохранение, т. к. курильщики умирают в более молодом возрасте, тогда как некурящие люди в пожилом возрасте часто страдают от хронических заболеваний, что требует значительных расходов на их лечение [24].

Хотя система здравоохранения и медицина часто рассматриваются как одно целое, оценку их эффективности целесообразно проводить отдельно, поскольку между этими двумя понятиями существуют значительные различия.

Здравоохранение — это сложная система, включающая функцию создания условий для работы медицинских работников и организацию оказания медицинских услуг (не оказание, а только организацию), которая регулируется государством в виде законов, постановлений правительства и других нормативных правовых актов.

Медицина — это практическая деятельность медицинских работников по оказанию медицинских услуг, которая регулируется правилами медицины, создаваемыми профессионалами на протяжении веков и меняющимися в зависимости от появления новых медицинских технологий, новых знаний о человеке и заболеваниях. Поэтому оценки эффективности целесообразно проводить отдельно для медицины и здравоохранения. Для этого необходимо отделять технологии медицины от технологий здравоохранения, а оценку медицинских (терапевтических, хирургических) технологий — от оценки эффективности медицины, например, по показателю смертности от болезней, поддающихся лечению (предотвратимой смертности).

Если неэффективность здравоохранения связана с организацией медицинской помощи, то неэффективность медицины связана с оказанием медицинской помощи. Например, назначение за счёт государственных источников финансирования ненужного или опасного лечения, ятрогенные осложнения, требующие дорогостоящей коррекции и длительной реабилитации, наделение последствий неправильного образа жизни статусом болезни (например, ожирение) и её лечение за счёт бюджета. В связи с пандемией COVID-19, а также ростом медицинских расходов на последние годы жизни участились дискуссии на тему легализации эвтаназии и ассистированного врачом суицида как способа не только прекращения страданий неизлечимых пациентов, но и высвобождения ресурсов здравоохранения для других пациентов с обратимыми последствиями болезни или травмы [25, 26].

Неэффективность здравоохранения материализуется, когда максимально возможный результат не получается из фиксированного набора входных данных (или, другими словами, когда тот же самый или

даже больший результат может быть получен за счёт потребления меньших ресурсов). Другая причина — расходование ресурсов здравоохранения на предоставление услуг, которые не могут оказать положительное влияние на здоровье общества.

Специалисты из Американского бюро экономических исследований выделяют также такие причины неэффективности американской системы здравоохранения, как дефекты, связанные с организацией медицинской помощи, ненужные бюрократические правила, расходы на экспертизу дефектов оказания медицинской помощи, мошенничество и злоупотребление [27].

Можно выделить два основных подхода к определению эффективности здравоохранения: результативно-целевой (сравнение результата с конечной целью) и результативно-затратный (соизмерение результата с затратами на его получение). Однако определить конечную цель затрат в здравоохранении очень сложно. Например, такие показатели, как смертность населения (младенческая, в трудоспособном возрасте, в результате дорожно-транспортных происшествий), удовлетворённость населения медицинской помощью, средняя продолжительность временной нетрудоспособности, расходы консолидированного бюджета субъекта РФ на здравоохранение в расчёте на одного жителя, входившие ранее в состав показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ, в настоящее время не используются<sup>8</sup>. В 2021 г. также исключены из национального проекта «Здравоохранение» и федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» показатели, характеризующие смертность населения Российской Федерации от цереброваскулярных болезней и от инфаркта миокарда, а также в трудоспособном возрасте<sup>9</sup>.

Стоит отметить, что некоторые эксперты высказывают мысль о том, что любые оценки экономической эффективности государственной системы здравоохранения весьма условны, т. к. эффективной может быть только коммерческая деятельность, осуществляемая в конкурентной среде частными организациями. В системе здравоохранения России доминирует государственная форма собственности на средства производства, следовательно, эта система обречена на экономическую неэффективность [28].

Однако кроме экономической и других часто рассматриваемых видов эффективности (медицинской, социальной), стоит упомянуть еще два вида эффективности в здравоохранении: техническая (производственная) и аллокационная (распределительная).

Определение технической эффективности в здравоохранении схоже с тем, что используется в машиностроении, где коэффициент полезного действия устройства определяется как отношение полезной работы, выполняемой устройством, к общей потребляемой энергии. В здравоохранении техническая эффективность характеризует способность системы здравоохранения достигать определённого результата при затраченных ресурсах. В обоих случаях уровни эффективности сопоставляются с максимально возможным уровнем («идеальная машина»). В отличие от аллокационной эффективности, техническая эффективность ориентирована на количественные показатели и не включает оценку ценности результата. Техническая эффективность отражает использование производственных средств и рабочей силы. Отечественные специалисты выделяют 5 основных индикаторов технической эффективности, хотя их может быть больше [29]. Главная польза оценки технической эффективности заключается в поддержании уровня материальных ресурсов медицинской организации на экономически обоснованном уровне. Зарубежные исследования показали, что коррупция значительно снижает техническую эффективность, например, через избыточное оснащение медицинских учреждений дорогостоящим оборудованием<sup>10</sup>.

Аллокационная эффективность в здравоохранении связана с наилучшим результатом оказания медицинской помощи, полученным с помощью наиболее эффективной и справедливой комбинацией и (или) распределением ресурсов: финансовых, трудовых, материально-технических, информационных. Это вид эффективности может рассматриваться как на микро-, так и на макроуровне. В первом случае — на уровне пациента, где входными данными являются ресурсы, потраченные на его лечение, а результат есть итоговое изменение здоровья. Например, пациент будет «аллокационно эффективен», если его лечение привело к улучшению здоровья и производилось в соответствии с клиническими рекомендациями, но при условии, что они были разработаны с учётом необходимости обеспечения их экономической эффективности. На системном (макро) уровне аллокационная эффективность здравоохранения достигается путём правильного распределения ресурсов по уровням, условиям оказания и видам медицинской помощи (например, между первичной медико-санитарной и высокотехнологичной). Показатели аллокационной эффективности здравоохранения связаны с технической эффективностью, т. к. должны указывать, обеспечивается ли уровень общественного здоровья, соответствующий «границам производственных возможностей» здравоохранения.

<sup>8</sup> Указ Президента РФ от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» (утратил силу с 01.01.2013).

<sup>9</sup> «Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года» (утв. распоряжением Правительства РФ от 01.10.2021 № 2765-р).

<sup>10</sup> Lagravinese R., Paradiso M., Mastromarco C. Social heterogeneity and efficiency in Italian health care system: a Simar–Wilson methodology analysis. URL: <https://www.siecon.org/sites/siecon.org/files/oldfiles/uploads/2011/04/Lagravinese-Paradiso-Mastromarco1.pdf> (дата обращения 07.04.2024).

### Заключение

При оценке эффективности важно рассматривать систему здравоохранения как состоящую из двух секторов: системы общественного здравоохранения (т. е. управленческих структур), в которой осуществляется деятельность по укреплению общественного здоровья путём профилактики, а также по созданию материально-технических и нормативно-правовых условий для оказания медицинской помощи), и системы медицинского обеспечения (т. е. организаций здравоохранения), в которой людям на индивидуальной основе предоставляется медицинская помощь.

Оба этих сектора вносят свой специфический вклад в повышение эффективности всей системы здравоохранения. Однако от лиц, принимающих решения (сектор здравоохранения), и от медицинских работников (сектор медицины) зависят совершенно различные результаты использования ресурсов здравоохранения, что важно учитывать при разработке новых и совершенствовании существующих методик оценки эффективности.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Герсонская И. В. Система здравоохранения в России: основные проблемы и возможные пути их решения // Вестник Челябинского государственного университета. 2023. № 3. С. 53–63.
2. Хальфин Р. А., Орлов С. А., Мадьянова В. В. и др. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов здравоохранения (обзор) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. № 3–4. С. 3–12.
3. Улумбекова Г. Э., Гинойан А. Б. Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ в 2019 г. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 4–16. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-4-16
4. Гриднев О. В., Перхов В. И., Калиев М. Т. Пандемия COVID-19: реализованные решения и предстоящие задачи в сфере общественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2020. № 7. С. 12–16. DOI: 10.37690/1811-0185-2020-7-12-16
5. Перхов В. И., Песенникова Е. В. Особенности реакции систем здравоохранения отдельных стран на предсказанную пандемию COVID-19 // Медицина и организация здравоохранения. 2020. Т. 5, № 3. С. 4–12.
6. Радзинский В. Е., Костин И. Н., Добрецова Т. А. Материнская смертность в мире снизилась на 45%. По материалам информационного бюллетеня ВОЗ о материнской смертности в мире // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2014. № 1. С. 11–19.
7. Dlouhý M. Non-homogeneity in the efficiency evaluation of health systems // BMC Health Services Research. 2023. Vol. 23, N 1. P. 1237. DOI: 10.1186/s12913-023-10246-8
8. Rechel B., Maresso A., van Ginneken E. Health systems in transition: template for authors. Copenhagen; 2019. 98 p.
9. Mackenbach J. P., McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries // European Journal of Public Health. 2013. Vol. 23, N 2. P. 195–201. DOI: 10.1093/eurpub/cks192
10. Schütte S., Acevedo P. N.M., Flahault A. Health systems around the world — a comparison of existing health system rankings // Journal of Global Health. 2018. Vol. 8, N 1. P. 010407. DOI: 10.7189/jogh.08.010407
11. Cetin V. R., Bahce S. Measuring the efficiency of health systems of OECD countries by data envelopment analysis // Applied Economics. 2016. Vol. 48, N 37. P. 3497–3507. DOI: 10.1080/00036846.2016.1139682
12. Mbau R., Musiega A., Nyawira L. et al. Analysing the efficiency of health systems: a systematic review of the literature // Applied health economics and health policy. 2023. Vol. 21, N 2. P. 205–224. DOI: 10.1007/s40258-022-00785-2
13. Перхов В. И., Корхмазов В. Т. Динамика количественных показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в период пандемии COVID-19 // Наука

- и инновации в медицине. 2023. Т. 8, № 4. С. 287–293. DOI: 10.35693/2500-1388-2023-8-4-287-293
14. Лобкова Е. В., Петриченко А. С. Управление эффективностью региональной системы здравоохранения // Региональная экономика: теория и практика. 2018. Т. 16, № 2. С. 274–295. DOI: 10.24891/re.16.2.274
  15. Черешнев В. А., Кривенко Н. В., Крылов В. Г. Комплексная оценка эффективности и устойчивости региональной системы здравоохранения // Экономика региона. 2021. Т. 17, № 1. С. 31–43. DOI: 10.17059/ekon.reg.2021-1-3
  16. Стародубов В. И., Сон И. М., Леонов С. А., Стерликов С. А. Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2010. № 3. С. 15–25.
  17. Бастрыгина В. А., Сабаев А. В., Пасечник О. А. Подходы к интегральной оценке эффективности первичных профилактических мероприятий для принятия управленческих решений // Менеджер здравоохранения. 2023. № 4. С. 21–27. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-4-21-27
  18. Кривенко Н. В., Шипицына С. Е. Комплексный подход к оценке эффективности финансирования здравоохранения в российских регионах // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2020. Т. 16, № 12. С. 2264–2288. DOI: 10.24891/ni.16.12.2264
  19. Ишеналиева Ч. А. Оценка состояния неотложной акушерской помощи в Кыргызской Республике, как фактора снижения материнской смертности // Здоровье матери и ребенка. 2009. № 1. С. 23–28.
  20. Diana S., Wahyuni C. U., Prasetyo B. Maternal complications and risk factors for mortality // Journal of Public Health Research. 2020. Vol. 9, N 2. P. 1842. DOI: 10.4081/jphr.2020.1842
  21. Сидельников С. А. Научное обоснование технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения: Дис. ... докт. мед. наук. М.; 2019. 370 с.
  22. Бойцов С. А., Самородская И. В. Факторы, влияющие на показатели смертности и ожидаемую продолжительность жизни // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. 2015. № 44. С. 19–42.
  23. Перхов В. И., Янкевич Д. С., Петрова М. В. и др. Корпоративно-индустриальная форма организации здравоохранения // Acta Biomedica Scientifica. 2022. Т. 7, № 6. С. 272–280. DOI: 10.29413/ABS.2022-7.6.28
  24. Van Baal P. H.M., Polder J. J., De Wit G. A. et al. Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure // PLoS Med. 2008. Vol. 5, N 2. P. e29. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050029
  25. Рагозин А. В., Гришин В. В., Сиводедов А. А. Право пациента на добровольный выбор эвтаназии и ассистированного суицида: почему по приоритету финансирования паллиативная помощь должна быть приравнена к родовспоможению // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 1. С. 26–40. DOI: 10.33029/2411-8621-2023-9-1-26-40
  26. Корхмазов В. Т., Перхов В. И. Этические аспекты распределения медицинских ресурсов в условиях пандемии // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023. № 3. С. 781–796. DOI: 10.24412/2312-2935-2023-3-781-796
  27. Aizcorbe A. M., Highfill T. Price indexes for us medical care spending, 1980–2006 // Review of Income and Wealth. 2020. Vol. 66, N 1. P. 205–226. DOI: 10.1111/roiw.12379
  28. Перхов В. И., Куделина О. В., Третьяков А. А. Оценка эффективности здравоохранения в субъектах Российской Федерации с использованием методологии Bloomberg // Менеджер здравоохранения. 2019. № 8. С. 6–13.
  29. Перхов В. И. Показатели для оценки программ в области общественного здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 3. С. 76–85. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00060

### REFERENCES

1. Gersonskaya I. V. The healthcare system in Russia: the main problems and possible ways to solve them. *Bulletin of Chelyabinsk State University*. 2023;(3):53–63.
2. Khalfin R. A., Orlov S. A., Madyanova V. V. et al. Modern Approaches to Assessing the Effectiveness of Health Resource Use (overview). *Health Care Standardization Problems*. 2020;(3–4):3–12. DOI: 10.26347/1607-2502202003-04003-012
3. Ulumbekova G. E., Ginoyan A. B. Rating of the effectiveness of healthcare systems in the regions of the Russian Federation in 2019. *Healthcare Management: News, Views, Education. Bulletin*

- of VSHOUZ. 2021;7(1):4–16. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-4-16
4. Gridnev O. V., Perkhov V. I., Kaliyev M. T. COVID-19 pandemic: the realized decisions and the forthcoming tasks in the sphere of public health care. *Manager zdravookhranenia*. 2020;(7):12–16. DOI: 10.37690/1811-0185-2020-7-12-16
  5. Perkhov V. I., Pesennikova E. V. Variety of forms of reaction of health care systems of particular countries to the predicted COVID-19 pandemic. *Medicine and health care organization*. 2020;5(3):4–12.
  6. Radzynsky V. E., Kostin I. N., Dobretsova T.A. Maternal mortality in the world has decreased by 45%. Based on the materials of the WHO newsletter on maternal mortality in the world. *StatusPraesens*. 2014;(1):11–19.
  7. Dlouhý M. Non-homogeneity in the efficiency evaluation of health systems. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):1237. DOI: 10.1186/s12913-023-10246-8
  8. Rechel B., Maresso A., van Ginneken E. Health systems in transition: template for authors. Copenhagen; 2019. 98 p.
  9. Mackenbach J. P., McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *European Journal of Public Health*. 2013;23(2):195–201. DOI: 10.1093/eurpub/cks192
  10. Schütte S., Acevedo P. N.M., Flahault A. Health systems around the world — a comparison of existing health system rankings. *Journal of Global Health*. 2018;8(1):010407. DOI: 10.7189/jogh.08.010407
  11. Cetin V. R., Bahce S. Measuring the efficiency of health systems of OECD countries by data envelopment analysis. *Applied Economics*. 2016;48(37):3497–3507. DOI: 10.1080/00036846.2016.1139682
  12. Mbau R., Musiega A., Nyawira L. et al. Analysing the efficiency of health systems: a systematic review of the literature. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2023;21(2):205–224. DOI: 10.1007/s40258-022-00785-2
  13. Perkhov V. I., Korkhmazov V. T. The federal project «Fighting cardiovascular diseases»: dynamics of quantitative indices during the COVID-19 pandemic. *Science & Innovations in Medicine*. 2023;8(4):287–293. DOI: 10.35693/2500-1388-2023-8-4-287-293
  14. Lobkova E. V., Petrichenko A. S. Managing the effectiveness of the regional healthcare system. *Regional Economics: Theory and Practice*. 2018;16(2):274–295. DOI: 10.24891/re.16.2.274
  15. Chereshevnev V. A., Krivenko N. V., Krylov V. G. Comprehensive assessment of the efficiency and sustainability of the regional health care system. *Economy of region*. 2021;17(1):31–43. DOI: 10.17059/ekon.reg.2021-1-3
  16. Starodubov V. I., Son I. M., Leonov S. A., Sterlikov S. A. Assessment of the effectiveness of regional health systems. *Manager zdravookhranenia*. 2010;(3):15–25.
  17. Bastrygina V. A., Sabaev A. V., Pasechnik O. A. Approaches to the integral efficiency assessment of primary prevention measures in management decision-making. *Manager zdravookhranenia*. 2023;(4):21–27. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-4-21-27
  18. Krivenko N. V., Shipitsyna S. E. An integrated approach to assessing the efficiency of health financing in the Russian regions. *National Interests: Priorities and Security*. 2020;16(2):2264–2288. DOI: 10.24891/ni.16.12.2264
  19. Ishenalieva Ch.A. Estimation of urgent obstetric help in Kyrgyz Republic, as a factor of decrease of the maternal death rate. *Mother and child health*. 2009;1:23–28.
  20. Diana S., Wahyuni C. U., Prasetyo B. Maternal complications and risk factors for mortality. *Journal of Public Health Research*. 2020;9(2):1842. DOI: 10.4081/jphr.2020.1842
  21. Sidelnikov S. A. Scientific substantiation of the technology of optimization of intersectoral interaction on public health protection: Dissertation of Doctor of Medical Sciences. Moscow; 2019. (In Russ.)
  22. Boytsov S. A., Samorodskaya I. V. Factors affecting mortality rates and life expectancy. *Analytical Bulletin of the Federation Council of the Federal Assembly of the Russian Federation*. 2015;(44):19–42.
  23. Perkhov V. I., Yankevich D. S., Petrova M. V. Corporate and industrial form of the organization of health care. *Acta Biomedica Scientifica*. 2022;7(6):272–280. DOI: 10.29413/ABS.2022-7.6.28
  24. Van Baal P. H.M., Polder J. J., De Wit G. A. et al. Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. *PLoS Med*. 2008;5(2):e29. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050029
  25. Ragozin A. V., Grishin V. V., Sivodedov A. A. The patient's right to voluntary choose euthanasia and assisted sui cide: why palliative care should be equated with obstetric care in terms of funding priority. *Healthcare Management: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*. 2023;9(1):26–40. DOI: 10.33029/2411-8621-2023-9-1-26-40
  26. Korkhmazov V. T., Perkhov V. I. Ethical aspects of distribution of medical resources in the conditions of the pandemic. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i medicinskoj statistiki*. 2023;(3):781–796. DOI: 10.24412/2312-2935-2023-3-781-796
  27. Aizcorbe A. M., Highfill T. Price indexes for us medical care spending, 1980–2006. *Review of Income and Wealth*. 2020;66(1):205–226. DOI: 10.1111/roiw.12379
  28. Perkhov V. I., Kudelina O. V., Tret'yakov A. A. Evaluation of the effectiveness of health care in the constituent entities of the Russian Federation using the Bloomberg methodology. *Manager zdravookhranenia*. 2019;(8):6–13.
  29. Perkhov V. V. Indicators for assessment of programs in the field of public health care. *Current problems of health care and medical statistics*. 2020;(3):76–85. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00060

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.  
The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-229-234

## Статус первичного звена в рамках формирования трёхуровневой модели системы здравоохранения

Наталья Юрьевна Стасевич<sup>1</sup>, Алексей Викторович Смышляев<sup>2</sup>,  
Артур Рудольфович Габриелян<sup>3</sup>, Любовь Эдвардовна Демурия<sup>4</sup>, Денис Владимирович Серов<sup>5</sup>

<sup>1,3</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,  
г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения,  
Москва, Россия;

<sup>4</sup>ООО «Роял Клиник», Москва, Россия;

<sup>5</sup>Городская поликлиника № 46, Москва, Россия

<sup>1</sup>trif-natalya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4631-4617>

<sup>2</sup>alexeyismishlyaev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3099-2517>

<sup>3</sup>gabrielyanarthur@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8895-8074>

<sup>4</sup>demuriaeka@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8293-0484>

<sup>5</sup>serovdv@mos.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7394-5240>

**Аннотация.** В России с 2012 г. начался переход к трёхуровневой системе здравоохранения. Регионы выстраивают различные трёхуровневые модели по разным профилям. При этом нет «единой» унифицированной модели для всей структуры здравоохранения. В рекомендациях профильных органов власти в сфере здравоохранения не представлены единые технологии и методологии структуризации системы на местах. Первичное звено здравоохранения является основой. Несмотря на это, существует разрыв между его важностью и низкой удовлетворённостью им со стороны населения. В настоящее время существует малоструктурированный организационно-правовой статус первичного звена здравоохранения в России. При анализе организационно-правового статуса первичного звена определяются разночтения и расхождения между законом, подзаконными актами, номенклатурой и методическими рекомендациями. Заявленное формирование трёхуровневой системы здравоохранения необходимо базировать на более понятной архитектурной сети здравоохранения. Необходимо согласование между типами объектов и осуществляемыми ими видами, условиями оказания и формами медицинской помощи.

**Ключевые слова:** трёхуровневая система; первичное звено; стационар; медицинская помощь; организация здравоохранения

**Для цитирования:** Стасевич Н. Ю., Смышляев А. В., Габриелян А. Р., Демурия Л. Э., Серов Д. В. Статус первичного звена в рамках формирования трёхуровневой модели системы здравоохранения // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 229—234. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-229-234

Review article

## Status of primary care within the formation of a three-level model of the health care system

Natalya Yu. Stasevich<sup>1</sup>, Alexey V. Smyshlyaev<sup>2</sup>, Artur R. Gabrielyan<sup>3</sup>, Lyubov E. Demuria<sup>4</sup>, Denis V. Serov<sup>5</sup>

<sup>1,3</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;

<sup>2</sup>Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>Royal Clinic LLC, Moscow, Russia;

<sup>5</sup>City polyclinic No. 46, Moscow, Russia

<sup>1</sup>trif-natalya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4631-4617>

<sup>2</sup>alexeyismishlyaev@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3099-2517>

<sup>3</sup>gabrielyanarthur@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8895-8074>

<sup>4</sup>demuriaeka@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8293-0484>

<sup>5</sup>serovdv@mos.ru, <https://orcid.org/0009-0003-7394-5240>

**Annotation.** In the Russian Federation, the transition to a three-tier healthcare system began in 2012. Regions are adopting different three-level models according to different profiles. At the same time, there is no “single” unified model for the entire healthcare structure. The recommendations of the relevant authorities in the healthcare sector do not provide uniform technologies and methodologies for structuring the local system. Primary health care is the backbone. Despite this, there is a gap between its importance and low public satisfaction with it. Currently, there is a poorly structured organizational and legal status of primary healthcare in the Russian Federation. When analyzing the organizational and legal status of primary care, discrepancies and discrepancies between the law, regulations, nomenclature and methodological recommendations are determined. The declared formation of a three-tier healthcare system must be based on a more understandable architectural healthcare network. It is necessary to harmonize between the types of objects and the types of care they provide, the conditions of provision and forms of medical care.

**Key words:** three-level system; primary care; hospital; medical care; healthcare organization

**For citation:** Stasevich N. Yu., Smyshlyaev A. V., Gabrielyan A. R., Demuria L. E., Serov D. V. The status of primary care within the framework of the formation of a three-level model of the healthcare system. *Remedium*. 2024;28(3):229–234. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-229-234

## Введение

Стремление государств к повышению результативности и эффективности национальных систем здравоохранения приводит к усилению роли первичного звена и оптимизации лечебно-диагностических траекторий внутри сети медицинских организаций (МО) [1, с. 464–465; 2, с. 8–10]. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения для повышения качества и доступности медицинской помощи для населения необходимо структурировать этапы ее оказания [3, с. 59–60].

В России с 2012 г. манифестировал переход от традиционной двухступенчатой модели «поликлиника — стационар» к трёхуровневой системе здравоохранения. По мнению ряда экспертов [4, с. 298–299], трёхуровневая модель поможет успешнее добиваться результатов по обеспечению доступности медицинской помощи всех видов, поставленных в Стратегии развития здравоохранения в России<sup>1</sup>.

Регионы выстраивают различные трёхуровневые модели по разным профилям (педиатрия, гинекология, ревматология и пр.). При этом нет «единой» унифицированной модели для всей структуры здравоохранения [5, с. 22–24]. В рекомендациях профильных органов власти в сфере здравоохранения не представлены единые технологии и методологии структуризации системы на местах [6, с. 47–48]. Заявленный курс на построение трёхуровневой модели здравоохранения носит более философско-концептуальный характер, чем прикладной. Не происходит надлежащего формирования всех уровней, в том числе главного базового (первого) уровня — первичного звена [7, с. 29–30].

Первичное звено здравоохранения является основой, а не его периферией, и для его эффективной работы необходимо консолидировать и координировать усилия на всех уровнях власти. Так, в октябре 2019 г. на расширенном заседании президиума Государственного совета РФ Владимир Путин обозначил необходимость развития первичного звена здравоохранения, указав на существующий разрыв между его важностью и низкой удовлетворённостью им со стороны населения [8, с. 26–28]. В структуре национальной системы здравоохранения первичное звено должно быть ядром, а не его периферией. В настоящее время в России, несмотря на заявления правительства и попытки повысить значимость первичного звена через повышение зарплат врачей первого контакта, переоснащение и ремонта помещений амбулаторных МО, данный уровень в большей части регионов РФ носит «маргинальный» характер [9, с. 270–271]. Этому способствуют низкий уровень доверия со стороны населения и недостаточный уровень профессиональной привлекательности со стороны медицинского сообщества [10, с. 110–111].

Главная функция первичного звена — это оказание первичной медико-санитарной помощи

(ПМСП) населению по территориально-участковому принципу через врачей «первого контакта». Одной из проблематик функционирования механизма оказания медицинской помощи на первичном уровне является сложность вычленения и обособления подразделений и МО, оказывающих ПМСП населению [11, с. 160–161]. МО первичного звена существуют не изолированно, а встроены в государственную систему здравоохранения. С одной стороны, это позволяет интегрировать первичные МО (подразделения) в общую систему здравоохранения и обеспечить преемственность и оптимальную маршрутизацию пациентов [12, с. 459–460]. С другой стороны, такое «несамостоятельное» положение и ограниченный текущий уровень лечебно-диагностических компетенций в сочетании с низким уровнем доверия со стороны населения выдвигает первичное звено на периферию системы здравоохранения [13, с. 116–117]. Одной из основных причин такого положения дел на текущий момент может быть ненадлежащий структурно-правовой статус первичного звена.

**Цель** данного исследования — провести актуальный анализ структурно-правового статуса первичного звена государственной системы здравоохранения в России в формате оперативной диагностики.

## Материалы и методы

Материалом исследования послужили актуальные нормативно-правовые акты РФ, выгруженные из лицензионной версии кроссплатформенной справочной правовой системы «Консультант-Плюс», данные официальных интернет-сайтов органов публичной власти РФ, а также публикации по исследуемой тематике в научно-практических журналах, входящих в Российский индекс научного цитирования. Метод исследования: качественный анализ источников (контент-анализ).

## Результаты и обсуждение

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ<sup>2</sup> (ФЗ-323), который является «конституцией» национальной системы здравоохранения РФ и устанавливает организационно-правовые основы охраны здоровья граждан, нет определения «первичное звено здравоохранения». В то же время в ФЗ-323 есть понятие «медицинская организация», которая является юридической единицей независимо от организационно-правовой формы и осуществляет медицинскую деятельность как основную. Классификаций типов, уровней, профилей МО в законе нет, но установлены виды медицинской помощи (МП), условия и формы её оказания. Стоит заметить, что указанные категории (виды, условия, формы) шире, чем понятие МО [14, с. 36–40]. Понятие «первичное звено здравоохранения» или «первый уровень» системы здравоохранения появляются в подзаконных нормативно-правовых актах в контексте формиро-

<sup>1</sup> Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 (ред. от 27.03.2023) «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

вания трёхуровневой системы здравоохранения [15, с. 35–36].

В Приказе Минздрава России от 29.12.2012 № 1706<sup>3</sup> (далее — Методические рекомендации) указана необходимость формирования трёхуровневой системы оказания медицинской помощи. Согласно Методическим рекомендациям, 1-й уровень — это обеспечение населения ПМСП; 2-й уровень — специализированной МП (с преобладанием экстренных и неотложных форм); 3-й уровень — специализированной и высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП). При этом указано, что 2-й уровень носит межмуниципальный характер, а 3-й уровень — региональный. Помимо этого, субъектам РФ рекомендуется создавать межмуниципальные консультативно-диагностические центры (КДЦ) с оказанием специализированной ПМСП.

В вышеуказанных формулировках существует смешение территориальных принципов, видов и форм оказания МП. Классификационное деление на 3 уровня не носит исчерпывающий и понятный характер. Первичное звено (1-й уровень) заявлен как уровень обеспечения ПМСП без привязки к территориальному признаку (муниципальному, межмуниципальному или региональному), в то время как на других уровнях этот признак указан. При этом форма (экстренная, неотложная) оказания МП обозначена лишь для 2-го уровня. Нет указаний, где осуществляются другие виды МП (скорая МП, паллиативная МП) и их условия оказания. Двусмысленно можно понимать, к какому уровню относить КДЦ. Согласно Методическим рекомендациям КДЦ должны носить межмуниципальный характер, что относит их ко 2-му уровню. В то же время указано, что они оказывают ПМСП (специализированный вид), а это признак первичного звена (1-го уровня).

В Письме Минздрава России от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616<sup>4</sup> рекомендовано распределить МО, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий, по 3 уровням. В данном документе появляется более детальное описание уровней. В частности, для 1-го уровня оказания МП указан территориальный признак — «в пределах муниципального образования (внутригородского округа)». Для первичного звена расширен перечень видов МП. Он (1-й уровень) должен осуществлять, помимо специализированной МП по 4 профилям (за исключением ВМП), также скорую и паллиативную МП. На 2-й уровень отнесены МО, оказывающие специализированную МП (за исключением ВМП) по 5 и более профилям на межмуниципальном уровне, больницы скорой МП и диспансе-

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт»). Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации».

<sup>4</sup> Письмо Минздрава России от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

ры. К 3-му уровню отнесены МО, оказывающие ВМП.

Таким образом, полной ясности Письмо Минздрава России № 11-7/10/2-8616 не внесло. Первичное звено наделено, согласно документу, обязанностью оказывать специализированную МП, которая осуществляется в условиях дневного и круглосуточного стационаров. Это вносит диссонанс в концепцию того, что первичное звено — это уровень ПМСП, которая осуществляется, согласно Ф3-323, исключительно в амбулаторных условиях или в дневных стационарах при МО, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях.

В Письме Минздрава России № 11-7/10/2-8616 появился и количественный признак (число профилей), делящий МО, оказывающих специализированную помощь на 1-й и 2-й уровни. Не ясно обстоит дело и с диспансерами. Диспансеры могут оказывать исключительно ПМСП и быть по сути монопрофильными амбулаторными МО, или крупными центрами, оказывающими специализированную МП и ВМП в условиях стационара [16, с. 34–35]. Помимо этого, документ изобилует такими понятиями, как «центр», «больница», хотя нет понимания того, о чём идет речь. В Приказе Минздрава России от 06.08.2013 № 529н<sup>5</sup> указаны данные типы МО, но нет описания их функционала в части вида, условий оказания и формы МП. Приказ Минздрава России № 529н не содержит таких наименований, как фельдшерско-акушерский (фельдшерский) пункт или офис врача общей практики. Этот факт выглядит довольно странно с той позиции, что именно указанные МО являются одними из основных единиц первичного звена системы здравоохранения [17, с. 6–9].

Интересным документов явилось Письмо Минздрава России от 21.09.2021 № 29-2/И/2-15210<sup>6</sup>, где, несмотря на указания в названии «для... первичного звена», нигде не определён перечень типов МО, которые отнесены авторами на этот уровень. В документе есть описание типов МО, таких как поликлиника, центр здоровья для взрослого населения, центр здоровья для детей, фельдшерско-акушерский пункт, что косвенно указывает типы МО, входящие в первичное звено. Но корректнее тогда было указать в названии «для... МО, оказывающих ПМСП». В Письме Минздрава России № 29-2/И/2-15210 идёт детальное описание ПМСП. Этот факт говорит нам о том, что авторы понимают первичное звено как уровень оказания ПМСП. ПМСП — это базовый вид (элемент) системы здравоохранения, который осуществляет мероприятия по превенции, диагностике, лечению, пропаганде здорового образа жизни [18, с. 239–240]. В то же время первичное звено здравоохранения — это её базовый (фундаментальный, основной) уровень [19, с. 349–350].

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».

<sup>6</sup> Письмо Минздрава России от 21.09.2021 № 29-2/И/2-15210 «О направлении Методических рекомендаций для руководителей первичного звена здравоохранения».

В Приказе Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н<sup>7</sup> указаны типы МО, оказывающих ПМСП. Фактически они тождественны тем МО, что указаны в Письме Минздрава России № 29-2/И/2-15210.

В Постановлении Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640<sup>8</sup> ПМСП фактически приравнено к первичному звену и определено как «первая линия контакта пациента с системой здравоохранения». Стоит заметить, что к врачам «первого контакта» эксперты традиционно относят участковых терапевтов, участковых педиатров и врачей общей практики. Хотя, согласно ФЗ-323, ПМСП осуществляют не только «врачи первого контакта», но и врачи-специалисты, фельдшера, акушерки. Определение врача «первого контакта» встречается крайне редко в подзаконных актах. Например, в методических рекомендациях по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах РФ не указано, кто к ним относится, в то время как в клинических рекомендациях по ревматоидному артриту указано, что этим врачом может быть и «врач другой специальности» (кроме терапевта и врача общей практики).

В Постановлении Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304<sup>9</sup> нет конкретизации того, какие именно МО отнесены к 1-му уровню. Однако в документе указываются МО, оказывающие ПМСП и скорую МП, а также центральные районные и районные больницы. Получается опять диссонанс с адресатом: планируется модернизация 1-го уровня, но в описании указан не тип МО, а вид МП. В итоге чиновники на местах сами вычлениют и определяют адресность точки приложения [20, с. 34–35].

### Заключение

Качественный анализ показал, что организационно-правовой статус первичного звена здравоохранения в России мало структурирован. Есть понимание того, что под первичным звеном здравоохранения отраслевые органы исполнительной власти понимают именно сектор оказания ПМСП [21, с. 58–59]. Ряд авторов утверждают, что без понимания более четкой адресности первичного звена будет снижаться эффективность реформирования и развития через размывание финансовых средств [22, с. 8–9]. Деньги должны идти на конкретную цель, чтобы не возникали разночтения в выделении финансирования на те или иные объекты [23, с. 45–46].

При анализе организационно-правового статуса первичного звена (1-го уровня здравоохранения) определяются разночтения и расхождения между

законом, подзаконными актами, номенклатурой МО и методическими рекомендациями [24, с. 557–558]. Заявленное формирование трёхуровневой системы здравоохранения необходимо базировать на более понятной архитектурной сети единиц (МО, подразделений) здравоохранения, где есть согласование между типами объектов и осуществляемыми ими видами, условиями оказания и формами МП.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ходакова О. В., Сенотрусова Ю. Е., Деев И. А., Кобякова О. С. Кадровое обеспечение врачами в первичном звене здравоохранения в России // Здравоохранение Российской Федерации. 2023. № 6. С. 463–470. DOI: 10.47470/0044-197X-2023-67-6-463-470
2. Унмуд С. С., Русских С. В., Тимурзиева А. Б. и др. Системный подход к процессу подготовки взрослого населения к плановой госпитализации // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 8. С. 7–13. DOI: 10.17116/profmed2022250817
3. Мерекина М. Д., Калининская А. А., Лазарев А. В. и др. Стационарозамещающие формы работы как резерв здоровьесбережения // Менеджер здравоохранения. 2021. № 7. С. 57–65. DOI: 10.21045/1811-0185-2021-7-57-65
4. Кустов Е. В. «Поликлиника. Перегрузка» — единый стандарт организации первичной медико-санитарной помощи Московской области в амбулаторных условиях // Ремедиум. 2023. Т. 27, № 4. С. 297–304. DOI: 10.32687/1561-5936-2023-27-4-297-304
5. Якушин М. А., Бакирова Э. А., Яроцкий С. Ю. и др. О современном состоянии и перспективах развития сельского здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2023. № 7. С. 20–32. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-7-20-32
6. Мясников А. О., Новиков А. Ю., Садовская М. А. Первичная медико-санитарная помощь, как базовый элемент системы здравоохранения на современном этапе (основные принципы и ключевые задачи) // The Scientific Heritage. 2020. № 43-1. С. 43–48.
7. Зильбер Н. А., Воеводова О. Н., Лялина А. А. и др. Пациентоцентричная модель здравоохранения. Профилактические мероприятия территориального органа Росздравнадзора как инструмент повышения качества оказания первичной медико-санитарной помощи // Вестник Росздравнадзора. 2023. № 2. С. 27–33.
8. Платонова Н. И., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Нормативно-правовые аспекты формирования пациент-ориентированного подхода в системе оказания медицинской помощи в Российской Федерации (на современном этапе) // Медицинское право. 2020. № 3. С. 26–31.
9. Карайланов М. Г., Михеев А. В., Прокин И. Г., Апчел А. В. Амбулаторнодополняющие технологии в первичном звене отечественного здравоохранения // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2023. Т. 25, № 2. С. 269–274. DOI: 10.17816/brmma192514
10. Якупова Э. С. Организация систем здравоохранения и модели их финансирования // Менеджмент: теория и практика. 2021. № 3-4. С. 108–112.
11. Вялых Н. А. Социальные представления о модели здравоохранения в российском обществе // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020. № 56. С. 157–172. DOI: 10.17223/1998863X/56/16
12. Евдаков В. А., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Техническое состояние зданий амбулаторных медицинских организация (подразделений) в Российской Федерации // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2021. Т. 29, № 4. С. 457–464. DOI: 10.17816/PAVLOVJ83392
13. Антропов В. В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика // Экономика. Налоги. Право. 2019. Т. 12, № 2. С. 115–126. DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-115-126

<sup>7</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

<sup>8</sup> Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

<sup>9</sup> Постановление Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации».

14. Бойко Ю. П., Федаков А. Г., Щербин А. В., Разин М. А. Проблемы организации поликлинической помощи пациентам с синдромом карпального канала // Менеджер здравоохранения. 2023. № 1. С. 36–41. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-1-36-41
15. Короткова М. Н. Социальная политика государства: персонализированная медицина в контексте модернизации российской системы здравоохранения (теория и практика Пермского края) // Общество: политика, экономика, право. 2020. № 5. С. 34–37. DOI: 10.24158/pep.2020.5.4
16. Смышляев А. В. Особенности реализации программно-целевого метода управления в системе оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации на современном этапе // Государственная власть и местное самоуправление. 2022. № 2. С. 32–36. DOI: 10.18572/1813-1247-2022-2-32-36
17. Мир О. Х., Ахмедов А., Турсунов Р. А., Олимов Д. А. Вопросы организации медицинской помощи в свете действующих моделей систем здравоохранения в мире. Аналитический обзор // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 6, № 3. С. 6–10. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-3-6.
18. Махонько Н. И., Ерохина Т. В., Тарасова Е. А. Правовой механизм реализации создания устойчивых систем здравоохранения // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2021. № 3. С. 234–240. DOI: 10.24412/2227-7315-2021-3-234-240
19. Сквирская Г. П., Волнухин А. В. Основные направления совершенствования деятельности в области общественного здоровья и управления здравоохранением в современных условиях в Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 2. С. 348–366. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00051
20. Чуб Н. В., Петров Н. В. Обеспечение доступности медицинской помощи как новелла конституционноправового статуса института местного самоуправления в Российской Федерации: кадры, инфраструктура, территории // Государственная власть и местное самоуправление. 2022. № 6. С. 33–37. DOI: 10.18572/1813-1247-2022-6-33-37
21. Евдаков В. А., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Показатели кадрового обеспечения населения средним медицинским персоналом амбулаторного звена здравоохранения в Российской Федерации в период 2010–2018 гг. // Кубанский научный медицинский вестник. 2020. Т. 27, № 3. С. 56–64. DOI: 10.25207/1608-6228-2020-27-3-56-64
22. Платонова Н. И. Смышляев А. В., Мельников Ю. Ю. Принципы правового регулирования оказания первичной медико-санитарной помощи уполномоченными государственными (муниципальными) медицинскими организациями в амбулаторных условиях в Российской Федерации // Юридические исследования. 2018. № 7. С. 1–9.
23. Орцханова М. А., Китиева М. И., Полонкочева Ф. Я. Модели экономических систем национальной системы здравоохранения // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. 2022. № 6. С. 44–45.
24. Вербин Ю. И. Особенности правового обеспечения охраны здоровья граждан в развитых государствах Европейского Союза и Российской Федерации // Sochi Journal of Economy. 2019. Т. 13, № 4. С. 555–564.
4. Kustov E. V. "Polyclinic. Reboot" — a unified standard for organizing primary health care in the Moscow region in an outpatient setting. *Remedium*. 2023;27(4):297–304. DOI: 10.32687/1561-5936-2023-27-4-297-304
5. Yakushin M. A., Bakirova E. A., Yarotsky S. Yu. et al. On the current state and prospects for the development of rural healthcare. *Healthcare Manager*. 2023;(7):20–32. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-7-20-32
6. Myasnikov A. O., Novikov A. Yu., Sadovskaya M. A. Primary health care as a basic element of the healthcare system at the present stage (basic principles and key tasks). *The Scientific Heritage*. 2020;(43-1):43–48.
7. Zilber N. A., Voevodova O. N., Lyalina A. A. et al. Patient-centric model of healthcare. Preventive measures of the territorial body of Roszdravnadzor as a tool for improving the quality of primary health care. *Bulletin of Roszdravnadzor*. 2023;(2):27–33.
8. Platonova N. I., Melnikov Yu. Yu., Smyshlyaev A. V. Regulatory and legal aspects of the formation of a patient-oriented approach in the system of medical care in the Russian Federation (at the present stage). *Medical Law*. 2020;(3):26–31.
9. Karailanov M. G., Mikheev A. V., Prokin I. G., Apchel A. V. Outpatient complementary technologies in primary care of domestic healthcare. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2023;25(2):269–274. DOI: 10.17816/brmma192514
10. Yakupova E. S. Organization of healthcare systems and models of their financing. *Management: theory and practice*. 2021;(3-4):108–112.
11. Vyalykh N. A. Social ideas about the healthcare model in Russian society. *Bulletin of Tomsk State University. Philosophy. Sociology. Political science*. 2020;(56):157–172. DOI: 10.17223/1998863X/56/16
12. Evdakov V. A., Melnikov Yu. Yu., Smyshlyaev A. V. Technical condition of buildings of outpatient medical organizations (units) in the Russian Federation. *Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I. P. Pavlova*. 2021;29(4):457–464. DOI: 10.17816/PAVLOVJ83392
13. Antropov V. V. Health care financing: European experience and Russian practice. *Economics. Taxes. Right*. 2019;12(2):115–126. DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-115-126
14. Boyko Yu. P., Fedyakov A. G., Shcherbin A. V., Razin M. A. Problems of organizing outpatient care for patients with carpal tunnel syndrome. *Healthcare Manager*. 2023;(1):36–41. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-1-36-41
15. Korotkova M. N. Social policy of the state: personalized medicine in the context of modernization of the Russian healthcare system (theory and practice of the Perm region). *Society: politics, economics, law*. 2020;(5):34–37. DOI: 10.24158/pep.2020.5.4
16. Smyshlyaev A. V. Features of the implementation of the program-targeted management method in the system of providing primary health care in the Russian Federation at the present stage. *State power and local self-government*. 2022;(2):32–36. DOI: 10.18572/1813-1247-2022-2-32-36
17. Mir O. Kh., Akhmedov A., Tursunov R. A., Olimov D. A. Issues of organizing medical care in the light of current models of healthcare systems in the world. Analytical review. *Social aspects of public health*. 2022;68(3):6. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-3-6
18. Makhonko N. I., Erokhina T. V., Tarasova E. A. Legal mechanism for implementing the creation of sustainable healthcare systems. *Bulletin of the Saratov State Law Academy*. 2021;(3):234–240. DOI: 10.24412/2227-7315-2021-3-234-240
19. Skvirskaia G. P. Volnukhin A. V. Main directions for improving activities in the field of public health and healthcare management in modern conditions in the Russian Federation. *Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2020;(2):348–366. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00051
20. Chub N. V., Petrov N. V. Ensuring accessibility of medical care as a novelty of the constitutional and legal status of the institution of local self-government in the Russian Federation: personnel, infrastructure, territories. *State power and local self-government*. 2022;(6):33–37. DOI: 10.18572/1813-1247-2022-6-33-37
21. Evdakov V. A., Melnikov Yu. Yu., Smyshlyaev A. V. Indicators of staffing of the population with paramedical personnel in outpa-

## REFERENCES

- tient healthcare in the Russian Federation in the period 2010–2018. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2020;27(3):56–64. DOI: 10.25207/1608-6228-2020-27-3-56-64
22. Platonova N. I., Smyshlyaev A. V., Melnikov Yu Yu. Principles of legal regulation of the provision of primary health care by authorized state (municipal) medical organizations in outpatient settings in the Russian Federation. *Legal Research*. 2018;(7):1–9.
23. Ortskhanova M. A., Kitieva M. I., Polonkoeva F. Ya. Models of economic systems of the national health care system. *Competitiveness in the global world: economics, science, technology*. 2022;(6):44–45.
24. Verbin Yu. I. Features of legal support for the protection of the health of citizens in developed countries of the European Union and the Russian Federation. *Sochi Journal of Economy*. 2019;13(4):555–564.

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-235-240

## Особенности заболеваемости и здоровьесбережения населения в условиях пандемии в Самарской области

Алефтина Александровна Калининская<sup>1</sup>, Ильдар Гомерович Шакуров<sup>2</sup>,  
Мария Дмитриевна Мерекина<sup>3</sup>, Лидия Алексеевна Бальзамова<sup>4</sup>,  
Светлана Викторовна Иринёва<sup>5</sup>, Алексей Александрович Смирнов<sup>6</sup>

<sup>1,6</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2,5</sup>Самарский областной кожно-венерологический диспансер, Самара, Россия;

<sup>3</sup>Клиника «Идеалист», Москва, Россия;

<sup>4</sup>Институт профессионального образования Самарского государственного университета, Самара, Россия

<sup>1</sup>akalininskya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6984-6536>

<sup>2</sup>guzsokvd@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0334-9633>

<sup>3</sup>merimerekina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2527-2606>

<sup>4</sup>balzamova.lidiya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9526-0416>

<sup>5</sup>irineva@rambler.ru

<sup>6</sup>alexsm-v@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0275-2893>

**Аннотация.** Пандемия COVID-19 привела к изменению заболеваемости и росту показателей смертности населения, что следует учитывать при разработке управленческих решений на региональном уровне.

**Цель** — провести анализ особенностей заболеваемости в Самарской области и в России в условиях коронавирусной ситуации с целью разработки управленческих решений по здоровьесбережению населения.

**Материалы и методы:** аналитический, статистический. Использовались материалы официальной статистики Минздрава РФ, Росстата и Самарстата.

**Результаты.** За годы пандемии COVID-19 смертность населения Самарской области возросла с 13,2‰ (2019 г.) до 16,7‰ (2020 г.) и до 18,4‰ (2021 г.) с последующим падением до 14,2‰ (2022 г.). Показатель общей заболеваемости населения в области в 2019 г. составлял 214764,9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. После резкого спада (2020 г.) показатели несколько возросли, но в 2022 г. так и не достигли величины доковидного периода (2019 г.). Наибольшие показатели заболеваемости (2022 г.) приходились на болезни органов дыхания (26,7%), системы кровообращения (15,4%), последующие места занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,2%), мочеполовой системы (7,6%), органов пищеварения (6,3%) и др. Заболеваемость COVID-19 за 3 года анализа увеличилась и составила в 2020 г. 1713,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, в 2021 г. — 7083,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, в 2022 г. — 9894,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, что указывает на важность профилактической работы и диспансеризации населения в связи с ростом пандемии и заболеваемости, осложнённой или вызванной COVID-19. Отмечено резкое снижение показателей общей заболеваемости в ковидном 2020 г. во всех возрастных группах населения с последующим подъёмом их значений. Разница в показателях общей заболеваемости в субъектах России составила 3,5 раза.

**Выводы.** Результаты анализа свидетельствуют о необходимости мониторинга показателей заболеваемости и смертности на федеральном, региональном и муниципальном уровнях с целью разработки управленческих решений, направленных на здоровьесбережение населения.

**Ключевые слова:** медико-демографические показатели; численность населения; смертность; заболеваемость (общая, первичная); здоровьесбережение

**Для цитирования:** Калининская А. А., Шакуров И. Г., Мерекина М. Д., Бальзамова Л. А., Иринёва С. В., Смирнов А. А. Особенности заболеваемости и здоровьесбережения населения в условиях пандемии в Самарской области // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 235—240. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-235-240

Original article

**Features of incidence and health of the population during a pandemic in the Samara region**Aleftina A. Kalininskaya<sup>1</sup>, Ildar G. Shakurov<sup>2</sup>, Maria D. Merekina<sup>3</sup>, Lydia A. Balzamova<sup>4</sup>, Svetlana V. Irineva<sup>5</sup>, Alexey A. Smirnov<sup>6</sup><sup>1,6</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;<sup>2,5</sup>Samara Regional Skin and Venereological Dispensary, Samara, Russia;<sup>3</sup>Clinic «Idealist», Moscow, Russia;<sup>4</sup>Institute of Vocational Education of the Samara State Medical University, Samara, Russia<sup>1</sup>akalininskaya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6984-6536><sup>2</sup>guzsokvd@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0334-9633><sup>3</sup>merimerekina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2527-2606><sup>4</sup>balzamova.lidiya@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9526-0416><sup>5</sup>irineva@rambler.ru<sup>6</sup>alexsm-v@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0275-2893>**Annotation.** The COVID-19 pandemic has led to changes in morbidity and an increase in mortality rates, which should be taken into account when developing management decisions at the regional level.**Aim** — to analyze the characteristics of morbidity in the Samara region and in the Russian Federation in the context of the coronavirus situation in order to develop management decisions on protecting the health of the population.**Materials and methods:** analytical, statistical. Materials from official statistics of the Ministry of Health of the Russian Federation, Rosstat and Samarstat were used.**Results.** During the years of the pandemic, the mortality rate of the population of the Samara region increased from 13.2‰ (2019) to 16.7‰ (2020) and to 18.4‰ (2021) with a subsequent drop to 14.2‰ (2022). The total morbidity rate of the population in the region in 2019 was 214,764.9<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. After a sharp decline (2020), the figures increased slightly, but in 2022 they did not reach the values of the pre-Covid period (2019). The highest incidence rates (2022) were for diseases of the respiratory system (26.7%), circulatory system (15.4%), followed by diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (9.2%), and the genitourinary system (7.6%), digestive organs (6.3%), etc. The incidence of COVID-19 over 3 years of analysis increased and amounted to 1713.5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> in 2020, in 2021 (7083.5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) and in 2022 (9894.3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), which indicates the importance of preventive work and medical examination of the population due to the growth of the pandemic and morbidity complicated or caused by coronavirus infection. There was a sharp decrease in overall morbidity rates during COVID-19 (2020) in all age groups of the population, with a subsequent increase in their values. The difference in overall morbidity rates in the constituent entities of the Russian Federation is 3.5 times.**Conclusions.** The results of the analysis indicate the need to monitor morbidity and mortality rates at the federal, regional and municipal levels in order to develop management decisions aimed at preserving the health of the population.**Key words:** *medical and demographic indicators; population; mortality; morbidity (general, primary); health preservation***For citation:** Kalininskaya A. A., Shakurov I. G., Merekina M. D., Balzamova L. A., Irineva S. V., Smirnov A. A. Features of morbidity and health of the population during a pandemic in the Samara region. *Remedium*. 2024;28(3):235–240. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-235-240**Введение**

Начавшаяся в 2020 г. пандемия COVID-19 в России определила рост смертности и изменение показателей заболеваемости населения в России [1, 2]. Пандемия обострила проблемы неинфекционных заболеваний, увеличила неблагоприятные исходы, требующие усиления профилактической, диспансерной работы и реабилитации пациентов [3–5].

Демографическая ситуация требует разработки мероприятий и управленческих решений, направленных на здоровьесбережение населения [6–10]. Целый ряд исследовательских работ, выполненных на региональном уровне, указывают на необходимость охраны здоровья населения [11–13].

Стратегические задачи здравоохранения с целью выхода из демографического кризиса, осложнённого COVID-19, требуют здоровьесбережения населения, совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи, используя имеющиеся резервы на всех уровнях управления [14–20].

**Результаты**

Самарская область входит в состав Приволжского федерального округа (ПФО), расположена в юго-восточной части России, площадь 53,6 тыс. кв. км.

Численность населения на начало 2024 г. — 3129,6 тыс. человек, что составляет 2,1% населения

России и 11% населения ПФО, по численности населения — 11-е место среди субъектов России. Областной центр — г. Самара, 1163,7 тыс. человек. В состав Самарской области входят 27 районов и 10 городов областного подчинения.

Самарская область — многонациональный регион РФ, где проживают русские (89,6%), татары (3,2%), чувашы (1,6%), мордва (1%), армяне (0,7%), казахи (0,5%) и др.

Доля населения трудоспособного возраста — 54,6%, средний возраст жителей — 41,9 года, женщины составляют 54,1%.

С 2023 г. в Самарской области отмечен прирост миграции населения на 3463 человека, сформированный за счёт в основном притока населения из стран СНГ (+4307 человек).

Показатель смертности от всех причин в Самарской области в 2022 г. составил 14,2 на 1000 населения (в России — 8,9‰)<sup>10</sup> (рис. 1). Отмечено снижение смертности за 10 лет анализа (с 14,3 до 14,2‰). В годы пандемии COVID-19 показатели возросли до 16,7‰ (в 2020 г.) и до 18,4‰ (2021 г.) с последующим падением в 2021 г. Следует отметить, что показатель смертности в 2022 г. (14,2‰) остается выше, чем в доковидном 2019 г. (13,2‰).

<sup>10</sup> Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781#> (дата обращения: 29.03.2024).

В процессе исследования был проведён сравнительный анализ заболеваемости (общей) населения Самарской области за доковидный год (2019 г.) и последующие годы пандемии COVID-19 (2020–2022 гг.). Как видно из табл. 1, показатель общей заболеваемости населения Самарской области в 2019 г. составлял 214764,9 на 100 тыс. населения, в последующие годы показатели снизились в связи с пандемией, когда обращаемость пациентов уменьшилась, сократились диспансерная работа и профилактика.

В последующие ковидные годы показатели составили в 2020 г. 185855,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, в 2021 г. — 197885,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, в 2022 г. — 206090,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. Как видно из анализа, после резкого спада (2020 г.) показатели общей заболеваемости несколько возросли, но в 2022 г. так и не достигли величины доковидного периода (2019 г.).

Анализ показателей заболеваемости (общей) населения Самарской области по классам болезней в доковидном 2019 г. и ковидном 2022 г. определил, что показатели возросли в классах: болезни органов дыхания на 17,2% (с 46756,8 до 54788,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>) и психические расстройства и расстройства поведения на 4,7% (с 2915,6 до 3052,7<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>), что определяет значимость реабилитации пациентов с этой патологией.

В остальных классах болезней показатели заболеваемости снизились, но не достигли доковидного периода.

Заболеваемость COVID-19 за 3 года анализа увеличилась и составила в 2020 г. 1713,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, в 2021 г. — 7083,5<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, в 2022 г. — 9894,3<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>. Следует отметить важность профилактической работы и диспансеризации населения в связи с ростом пандемии и заболеваемости, осложнённой или вызванной COVID-19.

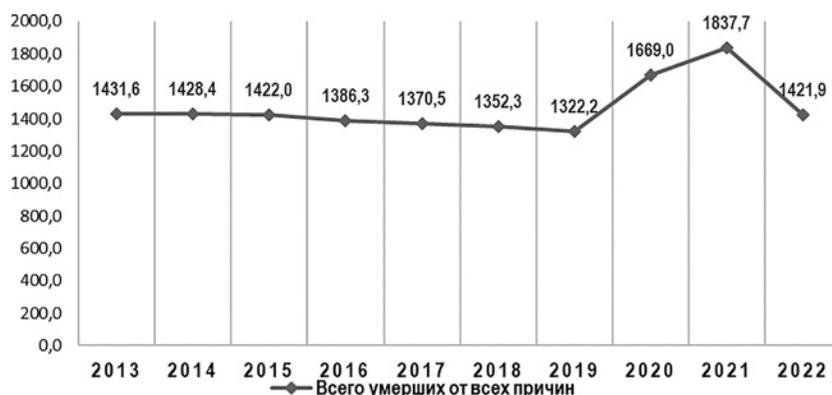


Рис. 1. Всего умерших от всех причин в Самарской области на 100 тыс. населения в динамике по годам.

Источник: Самарастат.

Проведённый анализ структуры общей заболеваемости населения Самарской области по классам болезней (2022 г.) показал, что наибольшие показатели приходились на болезни органов дыхания (26,7%), болезни системы кровообращения (15,4%), следующие места занимали классы болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни мочеполовой системы, болезни органов пищеварения, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ и др. (рис. 2).

Изучение возрастных особенностей заболеваемости (общей) населения Самарской области в динамике за 10 лет (2013–2022 гг.) показало резкое снижение показателей в ковидном (2020 г.) во всех возрастных группах с последующим подъемом их значений (рис. 3). В 2022 г. показатели общей заболеваемости населения Самарской области у всего населения составили 206090,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, у взрослого — 196605,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, у лиц старше трудоспособного возраста — 309875,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, у детей 0–14 лет — 246321,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>, у подростков 15–17 лет — 241207,2<sup>0</sup>/<sub>0000</sub>.

#### Общая заболеваемость населения Самарской области в динамике 2019–2022 гг. по классам болезней (МКБ-10) (на 100 тыс. населения)

Классификация болезней	Код МКБ-10	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	Изменение 2022 г. к 2019 г.
Всего болезней, в том числе:	A01–T98	214765	185855	197885	206090	–4%
I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00–B99	5641	4619,5	4533	4651,5	–17,5%
II. Новообразования	C00–D48	6716,6	6000,8	6075,5	6559,2	–2,3%
III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50–D89	1357,4	1075,7	1164,1	1202,3	–11,4%
IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00–E90	12143,4	9925,7	10227,6	10342,9	–14,8%
V. Психические расстройства и расстройства поведения	F00–F99	2915,6	3040,3	3006,6	3052,7	+4,7%
VI. Болезни нервной системы	G00–G99	8888,8	7052,1	7194,4	7310,1	–17,8%
VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00–H59	13315,4	10367,5	10311,6	10247,6	–23%
VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка	H60–H95	4258,4	3286,6	3195,6	3335	–21,7%
IX. Болезни системы кровообращения	I00–I99	35464,2	29544,3	31035,3	31783	–10,4%
X. Болезни органов дыхания	J00–J99	46756,8	48058,8	52314,2	54788,2	+17,2%
XI. Болезни органов пищеварения	K00–K93	15668,1	12344,6	12424,7	13011,3	–17%
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00–L99	7619,3	6464,9	6242,9	6241,9	–18,1%
XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00–M99	23736,6	17710,9	18336,8	19055,8	–19,7%
XIV. Болезни мочеполовой системы	N00–N99	19797,7	15197,5	15385	15464,7	–21,9%
XVII. Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00–Q99	1013,6	884,6	880,1	789,6	–22,1%
XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00–T98	7117,4	6616,4	6872,9	6525,9	–8,3%
COVID-19			1713,5	7083,5	9894,3	

Источник: Заболеваемость всего населения России: статистические материалы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М.; 2020–2023.

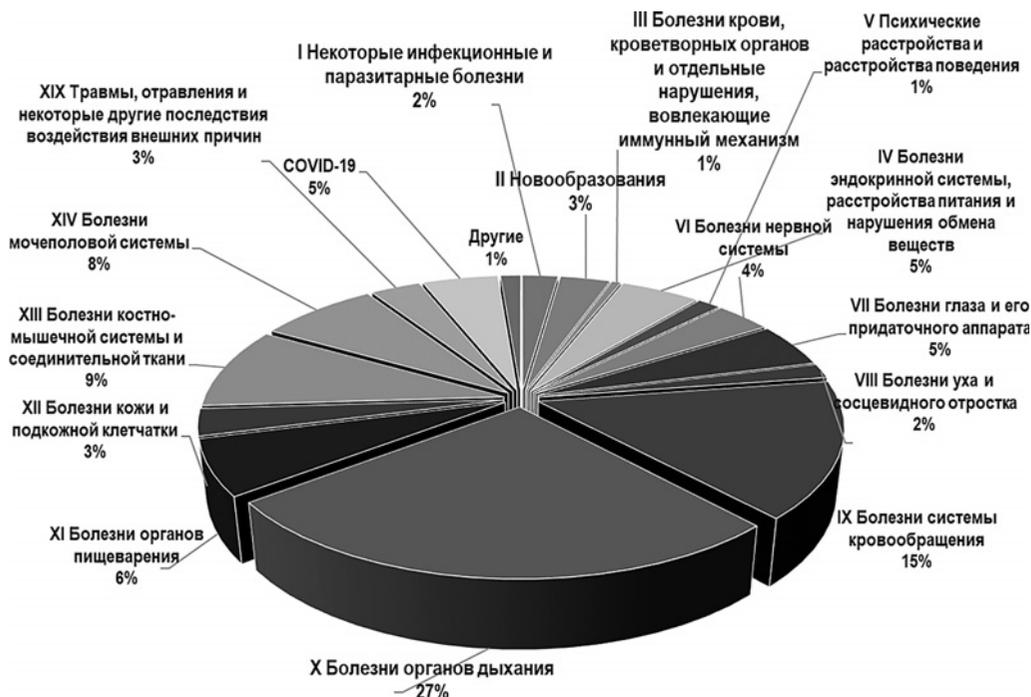


Рис. 2. Структура общей заболеваемости населения Самарской области по классам болезней (МКБ-10) в 2022 г.

Источник: Заболеваемость всего населения России: статистические материалы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М.; 2023.

Результаты исследования показали необходимость усиления профилактической и диспансерной работы с детьми и подростками и реабилитации населения старше трудоспособного возраста.

Ранжирование субъектов РФ по величине показателя общей заболеваемости определило, что в России показатель составил  $172827,9^{0/0000}$  в Самарской области выше —  $206090,1^{0/0000}$ . Наибольшие показатели были отмечены в Республике Карелия, Ал-

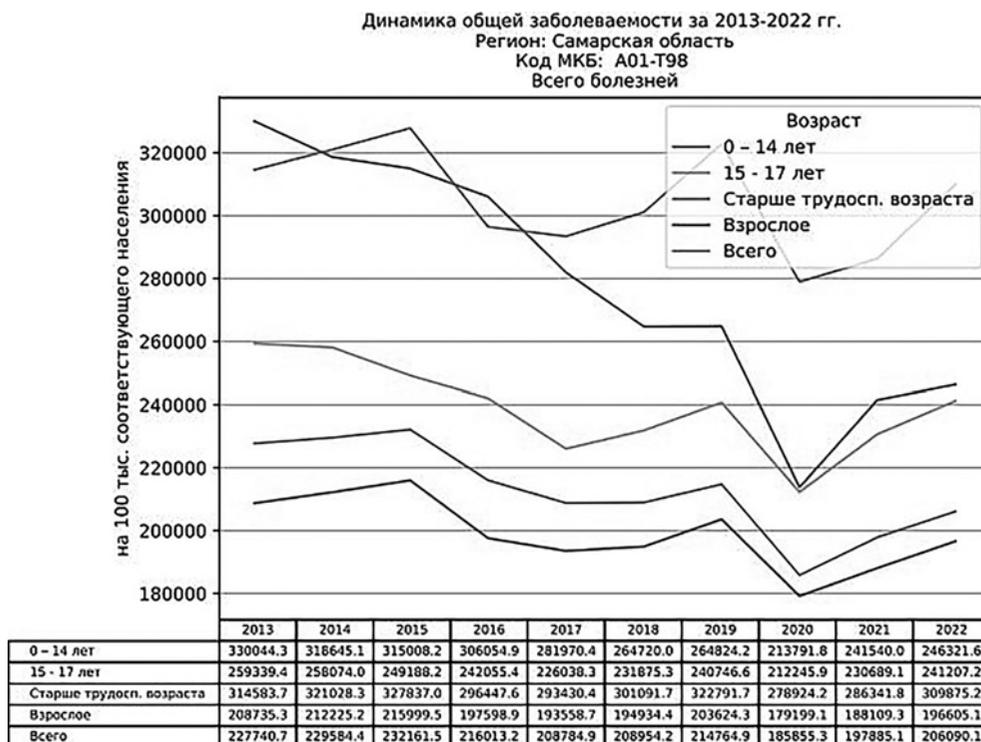


Рис. 3. Общая заболеваемость населения Самарской области в динамике 2013–2022 гг. (на 100 тыс. населения).

Источник: Заболеваемость всего населения России с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М.; 2014–2023.

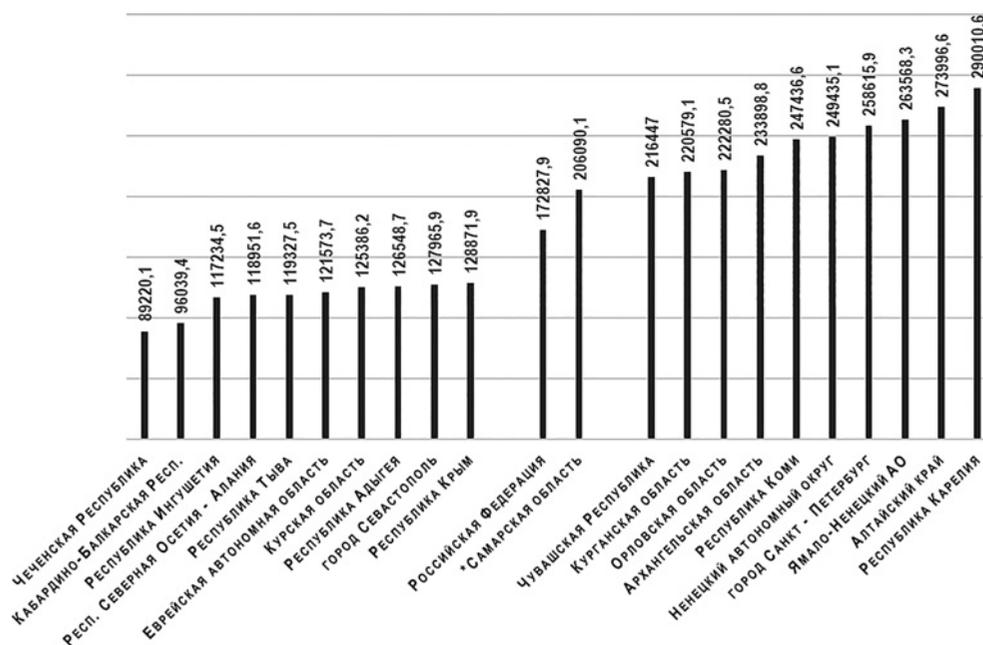


Рис. 4. Ранжирование субъектов по общей заболеваемости (на 100 000 всего населения) в 2022 г.

Источник: Заболеваемость всего населения России: статистические материалы ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. М., 2023.

тайском крае, Ямало-Ненецком АО, г. Санкт-Петербурге, Ненецком АО и др. Наименьшие — в Республиках Чеченской, Кабардино-Балкарской, Ингушетия, Северная Осетия — Алания и др. Разница в показателях общей заболеваемости в субъектах РФ (2022 г.) составила 3,2 раза (рис. 4).

Результаты анализа свидетельствуют о необходимости мониторинга показателей заболеваемости на федеральном, региональном и муниципальном уровнях и использования их для разработки управленческих решений.

### Обсуждение

Стратегические задачи выхода из медико-демографического кризиса, осложнённого COVID-19, направленные на здоровьесбережение населения, требуют мониторинга показателей, характеризующих здоровье населения, на федеральном, муниципальном и региональном уровнях.

### Выводы

Необходимы активизация профилактической работы, учитывая не спадающие показатели заболеваемости COVID-19, усиление индивидуальной профилактики. Осложнённая постковидная патология требует усиления реабилитации мероприятий в комплексе с диспансерной работой с пациентами.

### ЛИТЕРАТУРА

- Хабриев Р. У., Щепин В. О., Калининская А. А. и др. Результаты анализа заболеваемости и смертности населения в условиях пандемии COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 3. С. 315–318. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-315-318
- Шляфер С. И. Современная демографическая ситуация по старению населения России // Главврач. 2013. № 1. С. 39–46.
- Калининская А. А., Кузнецов С. И., Шляфер С. И. и др. Обеспеченность населения койками дневных стационаров в Самарской области // Главврач. 2002. № 10. С. 20–22.

- Шляфер С. И. Основные показатели работы центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27, № 6. С. 1053–1057.
- Калининская А. А., Лазарев А. В., Алленов А. М., Мерекина М. Д. Совершенствование организационных форм профилактической работы с населением в условиях мегаполиса // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2022. Т. 11, № 3. С. 115–124. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-3-115-124
- Лазарев А. В., Кизеев М. В., Калининская А. А., Смирнов А. А. Медико-демографическая ситуация на селе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2022. № 7-8. С. 18–24. DOI: 10.26347/1607-2502202207-08018-024
- Калининская А. А., Алехнович А. В., Кизеев М. В. и др. Медико-демографическая ситуация в Амурской области как основа здоровьесбережения // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2022. Т. 11, № 4. С. 167–176. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-4-167-176
- Кизеев М. В., Лазарев А. В., Валеев В. В. и др. Возрастные особенности заболеваемости населения в условиях пандемии COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 1. С. 1023–1026. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-1023-1026
- Калининская А. А., Васильев М. Д., Лазарев А. В., Кизеев М. В. Медико-демографические показатели населения старше трудоспособного возраста в условиях пенсионной реформы в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. 2023. № 1. С. 50–59. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-1-50-59
- Хабриев Р. У., Калининская А. А., Щепин В. О. и др. Медико-демографические показатели и здоровьесбережение сельского населения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 6. С. 1307–1312. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312
- Калининская А. А., Алехнович А. В., Лазарев А. В., Кизеев М. В. Медико-демографическая ситуация и заболеваемость населения Амурской области. Гигиена, санитария, эпидемиология и медицинская экология // Якутский медицинский журнал. 2022. № 2. С. 44–46. DOI: 10.25789/YMJ.2022.78.11
- Афанасьева Л. Н., Алехнович А. В., Калининская А. А. и др. Медико-демографическая ситуация в Республике Саха (Якутия) // Якутский медицинский журнал. 2023. № 1. С. 51–54. DOI: 10.25789/YMJ.2023.81.13
- Калининская А. А., Щепин В. О., Лазарев А. В. и др. Медико-демографическая ситуация в Москве и в Российской Федерации в условиях пандемии COVID-19 // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2023. Т. 12, № 3. С. 181–191. DOI: 10.17802/2306-1278-2023-12-3-181-191

14. Калининская А. А., Лазарев А. В., Бальзамова Л. А., Смирнов А. А. Перспективные модели развития первичной медико-санитарной помощи // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2022. № 2. С. 15–17.
15. Стародубов В. И., Калининская А. А., Сквирская Г. П. и др. Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях: Методические рекомендации. Утверждено Минздравом РФ от 17.11.2000 № 2000/166. М., 2000.
16. Калининская А. А., Лазарев А. В., Алленов А. М. и др. Результаты и перспективы реформирования первичной медико-санитарной помощи в Москве // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022. Т. 30, № 2. С. 270–274. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-270-274
17. Кантемирова М. А., Аликова З. Р. Цифровая экономика: развитие процессов цифровизации медицины в регионе // *Вестник Северо-Осетинского государственного университета имени К. Л. Хетагурова*. 2019. № 1. С. 92–95.
18. Калининская А. А., Лазарев А. В., Васильева Т. П. и др. Медико-социальная характеристика и оценка качества жизни пациентов с болезнями системы кровообращения // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021. Т. 29, № 3. С. 456–461. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-3-456-461
19. Калининская А. А., Кузнецов С. И., Шляфер С. И. и др. Обеспеченность населения койками дневных стационаров в Самарской области // *Главврач*. 2002. № 10. С. 20–22.
20. Калининская А. А., Бакирова Э. А., Кизеев М. В. и др. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи жителям села // *Менеджер здравоохранения*. 2023. № 3. С. 13–24. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-3-13-24
- 2022;11(4):167–176. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-4-167-176
8. Kizeev M. V., Lazarev A. V., Valeev V. V. et al. Age-related characteristics of population morbidity during the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine*. 2022;30(s1):1023–1026. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1023-1026
9. Kalininskaya A. A., Vasiliev M. D., Lazarev A. V., Kizeev M. V. Medical and demographic indicators of the population older than working age in the context of pension reform in the Russian Federation. *Healthcare Manager*. 2023;(1):50–59. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-1-50-59
10. Khabriev R. U., Kalininskaya A. A., Shchepin V. O. et al. Medical and demographic indicators and health preservation of the rural population of the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(6):1307–1312. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1307-1312
11. Kalininskaya A. A., Alekhnovich A. V., Lazarev A. V., Kizeev M. V. Medical and demographic situation and morbidity of the population of the Amur region. Hygiene, sanitation, epidemiology and medical ecology. *Yakut Medical Journal*. 2022;(2):44–46. DOI: 10.25789/YMJ.2022.78.11
12. Afanasyeva L. N., Alekhnovich A. V., Kalininskaya A. A. et al. Medical and demographic situation in the Republic of Sakha (Yakutia). *Yakut Medical Journal*. 2023;(1):51–54. DOI: 10.25789/YMJ.2023.81.13
13. Kalininskaya A. A., Shchepin V. O., Lazarev A. V. et al. Medical and demographic situation in Moscow and the Russian Federation during the COVID-19 pandemic. *Complex problems of cardiovascular diseases*. 2023;12(3):181–191. DOI: 10.17802/2306-1278-2023-12-3-181-191
14. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Balzamova L. A., Smirnov A. A. Prospective models for the development of primary health care. *Health, demography, ecology of the Finno-Ugric peoples*. 2022;(2):15–17.
15. Starodubov V. I., Kalininskaya A. A., Skvirskaia G. P. et al. Methodological recommendations for organizing day care in hospitals: Methodological recommendations. Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation dated November 17, 2000 No. 2000/166. Moscow; 2000.
16. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Allenov A. M. et al. Results and prospects for reforming primary health care in Moscow. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(2):270–274. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-270-274
17. Kantemirova M. A., Alikova Z. R. Digital economy: development of processes of digitalization of medicine in the region. *Bulletin of the North Ossetian State University named after K. L. Khetagurova*. 2019;(1):92–95.
18. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Vasilyeva T. P. et al. Medical and social characteristics and assessment of the quality of life of patients with diseases of the circulatory system. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(3):456–461. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-3-456-461
19. Kalininskaya A. A., Kuznetsov S. I., Shlyafers S. I. et al. Provision of the population with day hospital beds in the Samara region. *Chief Physician*. 2002;(10):20–22.
20. Kalininskaya A. A., Bakirova E. A., Kizeev M. V. et al. Scientific substantiation of proposals for improving medical care for rural residents. *Healthcare Manager*. 2023;(3):13–24. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-3-13-24

## REFERENCES

1. Khabriev R. U., Shchepin V. O., Kalininskaya A. A. et al. Results of the analysis of morbidity and mortality of the population during the COVID-19 pandemic. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(3):315–318. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-315-318
2. Shlyafers S. I. Current demographic situation regarding the aging population of Russia. *Chief Physician*. 2013;(1):39–46.
3. Kalininskaya A. A., Kuznetsov S. I., Shlyafers S. I. et al. Provision of the population with day hospital beds in the Samara region. *Chief Physician*. 2002;(10):20–22.
4. Shlyafers S. I. Main performance indicators of social service centers for elderly citizens and disabled people in Russia. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2019;27(6):1053–1057.
5. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Allenov A. M., Merekina M. D. Improving organizational forms of preventive work with the population in a metropolis. *Complex problems of cardiovascular diseases*. 2022;11(3):115–124. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-3-115-124
6. Lazarev A. V., Kizeev M. V., Kalininskaya A. A., Smirnov A. A. Medical and demographic situation in rural areas. *Problems of standardization in healthcare*. 2022;(7-8):18–24. DOI: 10.26347/1607-2502202207-08018-024
7. Kalininskaya A. A., Alekhnovich A. V., Kizeev M. V. et al. Medical and demographic situation in the Amur region as the basis for health conservation. *Complex problems of cardiovascular diseases*.

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024. The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-241-246

## Особенности репродуктивного поведения с позиций рисков для популяционного здоровья

Эльмира Нурисламовна Мингазова<sup>1</sup>✉, Сергей Александрович Гуреев<sup>2</sup>,  
Полина Викторовна Железова<sup>3</sup>, Гелена Геннадиевна Непомнящая<sup>4</sup>,  
Рустем Наилевич Мингазов<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация; Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования Государственного научного центра Российской Федерации — Федерального медицинского биофизического центра имени А. И. Бурназяна, Москва, Россия; Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия;

<sup>2</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация; Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования Государственного научного центра Российской Федерации — Федерального медицинского биофизического центра имени А. И. Бурназяна, Москва, Россия;

<sup>3,4</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>5</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

<sup>1</sup>elmira\_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

<sup>2</sup>gur.serg1987@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0976-5539>

<sup>3</sup>jelezovapv@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1748-9864>

<sup>4</sup>ngelena@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0919-4986>

<sup>5</sup>mrn85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

**Аннотация.** В настоящее время особую актуальность представляют исследования по изучению здоровья молодёжи как популяционной группы населения важнейшей для репродуктивно-демографического потенциала страны и уязвимой в плане рисков нарушения здоровья, в том числе репродуктивного, во многом определяемого поведением. **Целью** исследования явилось описание тенденций и особенностей репродуктивного поведения молодёжи и других уязвимых групп населения с позиций рисков для популяционного здоровья. В работе применялись библиографический и аналитический методы исследования. В формировании репродуктивного поведения различных уязвимых социальных групп важную роль играют такие факторы, как информированность о рисках для здоровья, необходимости соблюдения правил здорового образа жизни и медицинской активности. Повышение знаний среди уязвимых групп населения (молодёжь, лица с низким уровнем образования и благосостояния, мигранты и др.) в этих вопросах может оказать воздействие на социально-экономические, культурно-этнические, аксиологические и другие детерминанты репродуктивного поведения и популяционного здоровья.

**Ключевые слова:** репродуктивное поведение; репродуктивное здоровье; факторы риска; молодёжь, уязвимые группы населения

**Для цитирования:** Мингазова Э. Н., Гуреев С. А., Железова П. В., Непомнящая Г. Г., Мингазов Р. Н. Особенности репродуктивного поведения молодёжи и других уязвимых групп населения с позиций рисков для популяционного здоровья // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 241—246. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-241-246

## Review article

**Peculiarities of reproductive behavior from the perspective of risks to population health**Elmira N. Mingazova<sup>1✉</sup>, Sergey A. Gureev<sup>2</sup>, Polina V. Zhelezova<sup>3</sup>, Gelena G. Nepomnyashchaya<sup>4</sup>, Rustem N. Mingazov<sup>5</sup><sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Moscow, Russia; Kazan State Medical University, Kazan, Russia;<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Moscow, Russia;<sup>3,4</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;<sup>5</sup>Research Institute for Healthcare and Medical Management, Moscow, Russia<sup>1</sup>elmira\_mingazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8558-8928><sup>2</sup>gur.serg1987@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0976-5539><sup>3</sup>jelezovapv@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1748-9864><sup>4</sup>ngelena@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0919-4986><sup>5</sup>mnrn85@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

**Abstract.** Currently, research into the health of young people as a population group that is most important for the reproductive and demographic potential of the country and vulnerable to the risks of health problems, including reproductive health, which is largely determined by behavior, is of particular relevance. The purpose of the study was to describe the trends and characteristics of the reproductive behavior of young people and other vulnerable groups of the population from the perspective of risks to public health. The work used bibliographic and analytical research methods. In shaping the reproductive behavior of various vulnerable social groups, factors such as their awareness of health risks, the need to adhere to the rules of a healthy lifestyle and medical activity play an important role. Increasing knowledge among vulnerable groups of the population (youth, people with low levels of education and wealth, migrants, etc.) in these issues can have an impact on socio-economic, cultural-ethnic, axiological and other determinants of reproductive behavior and population health.

**Key words:** *reproductive behavior; reproductive health; risk factors; adolescents; youth; vulnerable groups of the population*

**For citation:** Mingazova E. N., Gureev S. A., Zhelezova P. V., Nepomnyashchaya G. G., Mingazov R. N. Peculiarities of reproductive behavior from the perspective of risks to population health. *Remedium*. 2024;28(3):241–246. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-241-246

**Введение**

Особую актуальность представляют исследования по изучению здоровья молодёжи как популяционной группы, важнейшей для репродуктивно-демографического потенциала страны и уязвимой в плане рисков нарушения здоровья, в том числе репродуктивного, во многом определяемого особенностями поведения.

Для поведения современной молодёжи нередко характерны рискованные её формы, такие как употребление алкоголя, наркотиков, курение, недостаток физической активности, наличие несбалансированного питания, стрессов и депрессивных состояний. В сфере репродуктивного поведения молодёжи наблюдаются системные противоречия между ранним половым созреванием, стремлением реализации в сексуальном отношении и нежеланием/неготовностью к созданию семьи.

**Цель** исследования: описать тенденции и особенности репродуктивного поведения молодёжи и других уязвимых групп населения с позиций рисков для популяционного здоровья.

**Материалы и методы**

В работе представлен тематический обзор источников научной литературы. Методы исследования, применяемые в работе: библиографический, аналитический.

**Результаты**

Исследования, проведённые в последние десятилетия на глобальном уровне, свидетельствуют о современных особенностях в репродуктивном поведе-

нии молодёжи — в частности, наблюдаются уменьшение числа ранних подростковых браков, снижение возраста сексуального дебюта, увеличение показателей контрацептивной грамотности. Вместе с тем особую озабоченность вызывают вопросы репродуктивного здоровья молодёжи, увеличение распространённости онкологических заболеваний половых органов (чаще яичников и молочных желёз у девушек), избыточный вес и ожирение, рост распространённости инфекций, передаваемых половым путём (ИППП) [1, 2].

Среди групп населения с низким социально-экономическим и образовательным уровнем сохраняются высокие риски раннего коитархе, подростковой беременности, неблагоприятных исходов подростковых родов. По-прежнему нередки в мире случаи сексуального насилия, раннего вступления в брак, наличия ограничений в доступе к образованию и трудоустройству, острой зависимости от прожиточного социального обеспечения, семейных проблем (низкий уровень образования или инвалидность матери, жестокое обращение со стороны родителей, пренебрежение родительскими обязанностями и пр.)<sup>1</sup>.

Хотя девушки-подростки до 19 лет составляют около 30% женского населения мира, вопросы их репродуктивного здоровья и поведения остаются часто не решёнными. Так, в значительном числе стран девушки-подростки редко обращаются за ме-

<sup>1</sup>WHO. Adolescent pregnancy. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>; WHO. Family Planning — a global handbook for providers, 2022 edition. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>

дицинской помощью, в том числе в дородовой и послеродовой периоды, а факторы среды и поведения, способствующие нарушениям личной гигиены, рискам нежелательной беременности, ИППП, по-прежнему являют определяющими по степени влияния на репродуктивное здоровье [3, 4].

Среди молодёжных популяционных групп сохраняются высокая распространённость инфекционных заболеваний дрожжевой, бактериальной этиологии, включая ИППП. Доказано, что сниженный иммунитет, в частности в результате стрессов из-за интенсивных учебных нагрузок, приводит у девушек-подростков к нарушениям флоры влагалища и росту разных типов *Candida* [5–7]. У девушек, подверженных стрессу, часто диагностируются нарушения менструального цикла, первичная дисменорея, кисты яичников, воспалительные заболевания органов малого таза, что требует мультидисциплинарного подхода, включая консультационную и корректирующую психологическую помощь и социальную поддержку [8–10].

Распространённость среди юных женщин осложнений беременности и родов высока в тех регионах мира, где рост девочек ниже нормы из-за недоедания, где девочки-подростки выходят замуж в юном возрасте и беременность протекает на фоне не полностью сформированного таза. Известно, что задержка роста девочки в раннем возрасте из-за несбалансированного питания, недостатка микронутриентов и физической активности связана с ограничением достижения максимального возможного роста и размеров таза в фертильном возрасте. Также существует выраженная ассоциация особенностей развития таза и мышечной массы в препубертатном возрасте. При этом невысокий рост женщин связан с выраженным риском неблагоприятных исходов родов и осложнённой беременности [11–13].

В связи с тем, что большая часть исследований в области здоровья молодёжи проводится на материале стран с высоким уровнем дохода, необходим комплексный анализ состояния популяционного здоровья молодёжи с привлечением данных из разных регионов мира. Особенно актуальны исследования в области изучения распространения потребления алкоголя и наркотиков, особенностей психического и репродуктивного здоровья, физической активности, питания молодёжи, определения психосоциальных стрессоров и выявления уязвимых групп молодёжи с высокими рисками для здоровья [14, 15]. Например, на материале изучения молодёжных групп населения с низкими доходами показана действенность мер по обеспечению возможности девочкам-подросткам посещать школу для снижения уровня подростковой беременности и охраны репродуктивного здоровья [16].

Мероприятия по укреплению здоровья молодёжи должны быть направлены на повышение благополучия молодёжи с акцентом на повышение физической активности, охрану репродуктивного и психического здоровья, здоровое питание и улучшение уровня и качества жизни [17–19].

Профилактику задержек развития организма, в том числе костно-мышечной системы, необходимо начинать с детства девочки, обращая пристальное внимание на сбалансированное питание, правильный режим отдыха и сна, адекватную физическую нагрузку, соблюдение правил гигиены и выявление, своевременное лечение гормональных нарушений [20].

К вопросам репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения женщин с низким социально-экономическим и образовательным статусом, особенно из этнических меньшинств, мигрантов и маргинализированных групп населения, требуется особое внимание, т. к. среди них отмечается большая частота неблагоприятных исходов родов, малый вес новорождённых, роды позже или раньше срока, риск хронических заболеваний у детей [21, 22]. Нехватка средств гигиены, ограниченный доступ к безопасным и чистым туалетам, особенно в сельской местности, в целом низкое качество условий проживания создают дополнительные сложности для социально неблагоприятных женщин и девушек-подростков [23, 24].

Культурные нормы страны происхождения и религиозные убеждения мигрантов оказывают значительное влияние на их сексуальное и репродуктивное поведение. Попадая в новую культурную среду, мигранты могут столкнуться с конфликтом между собственными культурными представлениями и нормами страны, в которую они прибыли. В целях их полноценной интеграции в новое общество необходимо включение в программы, направленные на комплексное просвещение мигрантов, вопросов, касающихся репродуктивного здоровья и поведения [25, 26].

Целенаправленная работа по просвещению людей, живущих в социально неблагоприятных районах, в области репродуктивного здоровья и поведения вносит вклад в оздоровление населения и профилактику ИППП/ВИЧ. Такую работу эффективно проводить с использованием существующих неформальных социальных сетей и местных медиаплатформ [27].

В настоящее время отмечают нехватку программной доказательной базы о том, когда и как использовать стратегии социальной ответственности для оказания качественной помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья стигматизированным группам населения, а также отсутствие чётких указаний, полномочий и знаний о правах на сексуальное и репродуктивное здоровье. Для решения данных проблем важно принятие мер по обеспечению инклюзивности, в том числе в процессе разработки и реализации программ помощи, информационно-просветительской работы и поддержки интеграции маргинализированных групп в программную деятельность, при создании отдельных пространств для обеспечения конфиденциальности и безопасности [28, 29].

Лица с ограниченными возможностями обычно сталкиваются с дискриминацией и неравенством в отношении здоровья, в частности, в области сексу-

ального и репродуктивного здоровья. Образование является ключевым фактором расширения их доступа к таким услугам, как дородовой уход, родовспоможение, послеродовой уход и планирование семьи, что говорит о необходимости включения в образовательные программы курсов по комплексному репродуктивному образованию с акцентом на потребности лиц с ограниченными возможностями [30].

Повышение знаний населения и медицинских работников в вопросах здоровья, в том числе репродуктивного, может оказать воздействие на социально-экономические, культурно-этнические, аксиологические и другие детерминанты репродуктивного поведения и здоровья. Осведомлённость в вопросах репродуктивного здоровья и поведения касается знаний о естественной репродуктивности, бесплодии, факторах риска, репродуктивном поведении, состоянии здоровья, использовании медицинских услуг, контрацепции, современных репродуктивных технологиях [31, 32].

Показано, что лица фертильного возраста в основном обладают лишь базовыми знаниями в области подготовки к рождению ребёнка, включая профилактику и управление рисками, а также о здоровом образе жизни, что говорит о важности целенаправленной работы по улучшению здоровья населения, профилактики заболеваний, включая ИППП, подготовке к беременности и пропаганде безопасного образа жизни, что может значительно улучшить здоровье будущих поколений. Современные способы информирования расширились от традиционных методов, которые используются преимущественно в странах с низкими доходами, до более эффективных цифровых средств массовой информации. При этом предоставление финансовых стимулов могут быть эффективным способом в улучшении услуг тестирования на ВИЧ и консультационных услуг [33, 34]. Известно, что знания молодежи о репродуктивном здоровье в основном касаются способов предотвращения ИППП и беременности, при этом информации о значении физического и психического здоровья для реализации репродуктивных установок недостаточно [35, 36].

Необходимы программы по повышению информированности молодежи в области здоровья с учётом национально-гендерных, социально-экономических и культурно-религиозных характеристик. Особенно важна разработка инструментов и методов оценки информированности молодежи в области репродуктивного здоровья, а также имплементация мер по повышению информированности в данной области. Для снижения рисков нежелательной беременности, небезопасных аборт и риска ИППП особо эффективны консультирование обоих партнеров по методам контрацепции, а также консультации по планированию семьи после аборта.

Важно обучение и привитие навыков, позволяющих молодежи корректно находить и применять информацию, связанную со здоровьем, и иметь оптимальный уровень санитарно-гигиенических и медицинских познаний. При разработке и реализации

программ оздоровления молодежи важны создание теоретической базы, применение инновационных подходов и совершенствование методики мониторинга.

Ввиду того, что мотивация рождаемости зависит от условий жизни человека и семьи, повышение уровня жизни, сокращение неравенства доходов, создание благоприятной рабочей среды, обеспечение социальной безопасности способствуют формированию культуры репродуктивного поведения с репродуктивными установками на создание семьи и рождение детей. Известно, что семейное положение и уровень образования женщин влияют на их репродуктивное поведение. Стабильные и прочные семейные отношения (брак или стабильное партнерство) и наличие у женщин законченного образования (среднего специального, высшего) положительно связаны с желанием иметь детей. Репродуктивное поведение может меняться на разных этапах жизни с изменением условий жизни, при этом повышение уровня жизни могут положительно влиять на репродуктивные установки населения.

### Заключение

Современные исследования в области оценки репродуктивного поведения на популяционном уровне направлены прежде всего на разработку методологии национальных стратегий формирования культурных норм репродуктивного поведения с демографических, медицинских, психологических позиций в соответствии с культурно-историческими и религиозными традициями и ценностями страны, а также на организацию долгосрочного мониторинга особенностей репродуктивного поведения социальных групп населения в целях улучшения репродуктивного здоровья населения в контексте демографических, социально-экономических и технологических изменений в стране.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Колобкова А. А. Формирование репродуктивного поведения студенческой молодежи в процессе изучения гуманитарных дисциплин // Педагогический журнал. 2019. Т. 9. № 5А. С. 806–814. DOI: 10.34670/AR.2020.45.5.199
2. Liang M., Simelane S., Fortuny Fillo G. et al. The state of adolescent sexual and reproductive health // J. Adolesc. Health. 2019. Vol. 65, N 6S. P. S3–S15. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.09.015
3. Roos E. J., Simms-Cendan J., Cheung C. et al. Pediatric and adolescent gynecology through a global lens // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2022. Vol. 156, N 2. P. 189–196. DOI: 10.1002/ijgo.13723
4. Атамбаева П. М., Мингазова Э. Н. Современное состояние репродуктивно-демографического процесса в Кыргызской Республике // Казанский медицинский журнал. 2015. Т. 96, № 4. С. 587–593.
5. Loveless M., Myint O. Vulvovaginitis- presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2018. Vol. 48. P. 14–27. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2017.08.014
6. Xu L., Hu Z., Yu F., Tang Y. Analysis of characteristics of vulvo-vaginal infections in 14- to 18-year-old girls in late puberty // J. Int. Med. Res. 2020. Vol. 48, N 8. P. 300060520946506. DOI: 10.1177/0300060520946506
7. Железова П. В., Непомнящая Г. Г., Мингазова Э. Н. Социально-гигиенические и клинико-микробиологические особенности формирования нарушений репродуктивного здоровья девочек-подростков // Менеджер здравоохранения. 2023. № 1. С. 80–85. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-1-80-85

8. Hewitt G. Dysmenorrhea and endometriosis: diagnosis and management in adolescents // *Clin. Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 63, N 3. P. 536–543. DOI: 10.1097/GRE.0000000000000540
9. Sachedina A., Todd N. Dysmenorrhea, endometriosis and chronic pelvic pain in adolescents // *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2020. Vol. 12, N 1. P. 7–17. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217
10. Мингазова Э. Н., Железова П. В. К вопросу о медико-социальной профилактике воспалительных гинекологических заболеваний среди девочек и девушек-подростков (обзор литературы) // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко.* 2020. № 2. С. 42–47. DOI: 10.25742/NRIPH.2020.02.006
11. Tolentino L., Yigeremu M., Teklu S. et al. Three-dimensional camera anthropometry to assess risk of cephalopelvic disproportion-related obstructed labour in Ethiopia // *Interface Focus.* 2019. Vol. 9, N 5. P. 20190036. DOI: 10.1098/rsfs.2019.0036
12. Мингазова Э. Н., Атамбаева Р. М., Кочкорова Ф. А. К вопросу об особенностях питания и физического развития детей и подростков, проживающих в условиях низкой материальной обеспеченности // *Вопросы питания.* 2018. Т. 87, № S5. С. 145. DOI: 10.24411/0042-8833-2018-10245
13. Мингазова Э. Н., Лебедева У. М., Шигабутдинова Т. Н. и др. К вопросу об особенностях роста-весовых антропометрических показателей детей и подростков, проживающих в различных регионах России // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2021. Т. 29, № 3. С. 481–485. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-3-481-485>
14. Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н. Основные особенности заболеваемости детей и подростков Кыргызской Республики // *Современные проблемы науки и образования.* 2015. № 2-1. С. 111.
15. Sanci L., Williams I., Russell M. et al. Towards a health promoting university: descriptive findings on health, wellbeing and academic performance amongst university students in Australia // *BMC Public Health.* 2022. Vol. 22, N 1. P. 2430. DOI: 10.1186/s12889-022-14690-9
16. Buunk A. P., Van Brummen-Girigori O. J., Leckie G. L. Ethnic culture as related to sexual and reproductive behavior in the Republic of Suriname: the pervasiveness of culture // *Arch. Sex Behav.* 2021. Vol. 50, N 8. P. 3695–3702. DOI: 10.1007/s10508-021-02013-9
17. Гуреев С. А., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Образ жизни студентов, в том числе с нарушениями в физическом развитии, в условиях пандемии COVID-19 // *Менеджер здравоохранения.* 2023. № 3. С. 56–65.
18. Гуреев С. А., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Особенности качества жизни студентов, в том числе с нарушениями в физическом развитии, в условиях пандемии COVID-19 // *Менеджер здравоохранения.* 2022. № 6. С. 41–46.
19. Мингазов Р. Н., Гуреев С. А., Зотов В. В. и др. Особенности питания подростков в двадцатых годах XXI века как фактор риска здоровью // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2022. Т. 30, № S. С. 1078–1082. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1078-1082
20. Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Серов В. Н., Радзинский В. Е. *Акушерство: национальное руководство.* М.; 2022. 1080 с.
21. Damsted Rasmussen T., Villadsen S. F., Kragh Andersen P. et al. Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005–2016 // *Sci. Rep.* 2021. Vol. 11. P. 8001. DOI: 10.1038/s41598-021-87084-3
22. Wilding S., Ziauddeen N., Roderick P. et al. Are socioeconomic inequalities in the incidence of small-for-gestational-age birth narrowing? Findings from a population-based cohort in the South of England // *BMJ.* 2019. Vol. 9, N 7. P. e026998. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026998
23. Soeiro R. E., Rocha L., Surita F. G. et al. Period poverty: menstrual health hygiene issues among adolescent and young Venezuelan migrant women at the northwestern border of Brazil // *Reprod Health.* 2021. Vol. 18, N 1. P. 238. DOI: 10.1186/s12978-021-01285-7
24. Davis J., Macintyre A., Odagiri M. et al. Menstrual hygiene management and school absenteeism among adolescent students in Indonesia: evidence from a cross-sectional school-based survey // *Trop. Med. Int. Health.* 2018. Vol. 23, N 12. P. 1350–1363. DOI: 10.1111/tmi.13159
25. Dune T., Ayika D., Thepsourinthone J. et al. The role of culture and religion on sexual and reproductive health indicators and help-seeking attitudes amongst 1.5 generation migrants in Australia: a quantitative pilot study // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021. Vol. 18, N 3. P. 1341. DOI: 10.3390/ijerph18031341
26. Tirado V., Ekström A. M., Orsini N. et al. Knowledge of the abortion law and key legal issues of sexual and reproductive health and rights among recently arrived migrants in Sweden: a cross-sectional survey // *BMC Public Health.* 2023. Vol. 23, N 1. P. 551. DOI: 10.1186/s12889-023-15399-z
27. Seidu A. A., Ameyaw E. K., Ahinkorah B. O. et al. Sexual and reproductive health education and its association with ever use of contraception: a cross-sectional study among women in urban slums, Accra // *Reprod. Health.* 2022. Vol. 19, N 1. P. 7. DOI: 10.1186/s12978-021-01322-5
28. Schaaf M., Arnott G., Chilufya K. M. et al. Social accountability as a strategy to promote sexual and reproductive health entitlements for stigmatized issues and populations // *Int. J. Equity Health.* 2024. Vol. 21, N 1. P. 19. DOI: 10.1186/s12939-021-01597-x
29. Schaaf M., Boydell V., Sheff M. C. et al. Accountability strategies for sexual and reproductive health and reproductive rights in humanitarian settings: a scoping review // *Confl. Health.* 2020. Vol. 14, P. 18. DOI: 10.1186/s13031-020-00264-2
30. Du K. C., Mohosin A. B., Amin A., Hasan M. T. Influence of education on sexual and reproductive health service utilization for persons with disabilities in nationwide Bangladesh: an explanatory sequential mixed-methods study // *Reprod. Health.* 2022. Vol. 19, N 1. P. 46. DOI: 10.1186/s12978-022-01352-7
31. Мингазова Э. Н., Мифтахова Ф. А. Соматическое и репродуктивное здоровье девушек-подростков // *Вестник Российской академии медицинских наук.* 1995. № 10. С. 464.
32. Roberts L. M., Kudesia R., Zhao H. et al. A cross-sectional survey of fertility knowledge in obstetrics and gynecology residents // *Fertil. Res. Pract.* 2020. Vol. 6, N 1. P. 22. DOI: 10.1186/s40738-020-00091-2
33. Kurniawati W., Afyanti Y., Nasution L. A., Juliastuti D. Preconception care knowledge and information delivery modes among adolescent girls and women: a scoping review // *Korean J. Women Health Nurs.* 2023. Vol. 29, N 1. P. 12–19. DOI: 10.4069/kjwhn.2023.02.28
34. Nkrumah I., North M., Kothe E. et al. The Relationship between pregnancy intentions and diet or physical activity behaviors in the preconception and antenatal periods: a systematic review and meta-analysis // *J. Midwifery Women's Health.* 2020. Vol. 65, N 5. P. 660–680. DOI: 10.1111/jmwh.13112
35. Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н., Исакова Ж. К. Медико-социальные аспекты формирования и охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков Кыргызской Республики. Бишкек; 2017. 208 с.
36. Lee H. K., Yang Y. S., Kim S. K. et al. Early adolescents' sexual and reproductive health literacy in Lao PDR // *Eur. J. Public Health.* 2022. Vol. 32, N 3. P. iii327–iii328. DOI: 10.1093/eurpub/ckac130.039

## REFERENCES

1. Kolobkova A. A. Formation of reproductive behavior of student youth in the process of studying humanitarian disciplines. *Pedagogical Journal.* 2019;9(5A):806–814. DOI: 10.34670/AR.2020.45.5.199
2. Liang M., Simelane S., Fortuny Fillo G. et al. The state of adolescent sexual and reproductive health. *J. Adolesc Health.* 2019;65(6S):S3–S15. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.09.015
3. Roos E. J., Simms-Cendan J., Cheung C. et al. Pediatric and adolescent gynecology through a global lens. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2022;156(2):189–196. DOI: 10.1002/ijgo.13723
4. Atambaeva R. M., Mingazova E. N. Current state of the reproductive and demographic process in the Kyrgyz Republic. *Kazan Medical Journal.* 2015;96(4):587–593.
5. Loveless M., Myint O. Vulvovaginitis- presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2018;48:14–27. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2017.08.014
6. Xu L., Hu Z., Yu F., Tang Y. Analysis of characteristics of vulvo-vaginal infections in 14- to 18-year-old girls in late puberty. *J. Int. Med. Res.* 2020;48(8):300060520946506. DOI: 10.1177/0300060520946506
7. Zhelezova P. V., Nepomnyashchaya G. G., Mingazova E. N. Social-hygienic and clinical-microbiological features of the formation of reproductive health disorders in teenage girls. *Health Care Manager.* 2023;(1):80–85. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-1-80-85
8. Hewitt G. Dysmenorrhea and endometriosis: diagnosis and management in adolescents. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2020;63(3):536–543. DOI: 10.1097/GRE.0000000000000540
9. Sachedina A., Todd N. Dysmenorrhea, endometriosis and chronic pelvic pain in adolescents. *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 2020;12(1):7–17. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217

10. Mingazova E. N., Zhelezova P. V. On the issue of medical and social prevention of inflammatory gynecological diseases among girls and adolescents (literature review). *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health*. 2020;2:42–47. DOI: 10.25742/NRIIPH.2020.02.006
11. Tolentino L., Yigeremu M., Teklu S. et al. Three-dimensional camera anthropometry to assess risk of cephalopelvic disproportion-related obstructed labour in Ethiopia. *Interface Focus*. 2019;9(5): 20190036. DOI: 10.1098/rsfs.2019.0036
12. Mingazova E. N., Atambaeva R. M., Kochkorova F. A. On the question of the characteristics of nutrition and physical development of children and adolescents living in conditions of low material security. *Questions of nutrition*. 2018;87(S5):145. DOI: 10.24411/0042-8833-2018-10245
13. Mingazova E. N., Lebedeva U. M., Shigabutdinova T. N. et al. On the issue of the characteristics of height and weight anthropometric indicators of children and adolescents living in various regions of Russia. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(3):481–485. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-3-481-485>
14. Atambaeva R. M., Mingazova E. N. Main features of morbidity in children and adolescents of the Kyrgyz Republic. *Modern problems of science and education*. 2015;2-1:111.
15. Sanci L., Williams I., Russell M. et al. Towards a health promoting university: descriptive findings on health, wellbeing and academic performance amongst university students in Australia. *BMC Public Health*. 2022;22(1):2430. DOI: 10.1186/s12889-022-14690-9
16. Buunk A. P., Van Brummen-Girigori O. J., Leckie G. L. Ethnic culture as related to sexual and reproductive behavior in the Republic of Suriname: the pervasiveness of culture. *Arch. Sex Behav*. 2021;50(8):3695–3702. DOI: 10.1007/s10508-021-02013-9
17. Gureev S. A., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Lifestyles of students, including with disturbances in physical development during the COVID-19 pandemic. *Health Care Manager*. 2023;(3):56–65.
18. Gureev S. A., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Peculiarities of the quality of life of students, including with disturbances in physical development, under the conditions of the COVID-19 pandemic. *Health Care Manager*. 2022;(6):41–46.
19. Mingazov R. N., Gureev S. A., Zotov V. V. et al. Features of nutrition of adolescents in the twenties of the XXI century as a health risk factor. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(S):1078–1082. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1078-1082
20. Savelyeva G. M., Sukhikh G. T., Serov V. N., Radzinsky V. E. *Obstetrics: national guidelines*. Moscow; 2022. 1080 p. (In Russ.)
21. Damsted Rasmussen T., Villadsen S. F., Kragh Andersen P. et al. Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005–2016. *Sci. Rep*. 2021;11:8001. DOI: 10.1038/s41598-021-87084-3
22. Wilding S., Ziauddeen N., Roderick P. et al. Are socioeconomic inequalities in the incidence of small-for-gestational-age birth narrowing? Findings from a population-based cohort in the South of England. *BMJ*. 2019;9(7):e026998. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026998
23. Soeiro R. E., Rocha L., Surita F. G. et al. Period poverty: menstrual health hygiene issues among adolescent and young Venezuelan migrant women at the northwestern border of Brazil. *Reprod Health*. 2021;18(1):238. DOI: 10.1186/s12978-021-01285-7
24. Davis J., Macintyre A., Odagiri M. et al. Menstrual hygiene management and school absenteeism among adolescent students in Indonesia: evidence from a cross-sectional school-based survey. *Trop. Med. Int. Health*. 2018;23(12):1350–1363. DOI: 10.1111/tmi.13159
25. Dune T., Ayika D., Thepsourinthone J. et al. The role of culture and religion on sexual and reproductive health indicators and help-seeking attitudes amongst 1.5 generation migrants in Australia: a quantitative pilot study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(3):1341. DOI: 10.3390/ijerph18031341
26. Tirado V., Ekström A. M., Orsini N. et al. Knowledge of the abortion law and key legal issues of sexual and reproductive health and rights among recently arrived migrants in Sweden: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2023;23(1):551. DOI: 10.1186/s12889-023-15399-z
27. Seidu A. A., Ameyaw E. K., Ahinkorah B. O. et al. Sexual and reproductive health education and its association with ever use of contraception: a cross-sectional study among women in urban slums, Accra. *Reprod Health*. 2022;19(1):7. DOI: 10.1186/s12978-021-01322-5
28. Schaaf M., Arnott G., Chilufya K. M. et al. Social accountability as a strategy to promote sexual and reproductive health entitlements for stigmatized issues and populations. *Int J Equity Health*. 2024;21(1):19. DOI: 10.1186/s12939-021-01597-x
29. Schaaf M., Boydell V., Sheff M. C. et al. Accountability strategies for sexual and reproductive health and reproductive rights in humanitarian settings: a scoping review. *Confl. Health*. 2020;14:18. DOI: 10.1186/s13031-020-00264-2
30. Du K. C., Mohosin A. B., Amin A., Hasan M. T. Influence of education on sexual and reproductive health service utilization for persons with disabilities in nationwide Bangladesh: an explanatory sequential mixed-methods study. *Reprod. Health*. 2022;19(1):46. DOI: 10.1186/s12978-022-01352-7
31. Mingazova E. N., Miftakhova F. A. Somatic and reproductive health of teenage girls. *Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. 1995;10:464. (In Russ.)
32. Roberts L. M., Kudesia R., Zhao H. et al. A cross-sectional survey of fertility knowledge in obstetrics and gynecology residents. *Fertil. Res. Pract*. 2020;6(1):22. DOI: 10.1186/s40738-020-00091-2
33. Kurniawati W., Afiyanti Y., Nasution L. A., Juliastuti D. Preconception care knowledge and information delivery modes among adolescent girls and women: a scoping review. *Korean J. Women Health Nurs*. 2023;29(1):12–19. DOI: 10.4069/kjwhn.2023.02.28
34. Nkrumah I., North M., Kothe E. et al. The relationship between pregnancy intentions and diet or physical activity behaviors in the preconception and antenatal periods: a systematic review and meta-analysis. *J. Midwifery Women's Health*. 2020;65(5):660–680. DOI: 10.1111/jmwh.13112
35. Atambaeva R. M., Mingazova E. N., Isakova Zh.K. Medical and social aspects of the formation and protection of reproductive health of teenage girls in the Kyrgyz Republic. Bishkek; 2017. 208 p. (In Russ.)
36. Lee H. K., Yang Y. S., Kim S. K. et al. Early adolescents' sexual and reproductive health literacy in Lao PDR. *European Journal of Public Health*. 2022;32(3):iii327–iii328. DOI: 10.1093/eurpub/ckac130.039

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024. The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Научная статья

УДК 314-3/4/5/7

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-247-251

## Демографические процессы в условиях инновационного развития Таджикистана

Акбарджон Идрисович Субхонов

Институт экономики и демографии Национальной академии наук Таджикистана, Душанбе, Республика Таджикистан

a-subkhonov@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9091-3123>

**Аннотация.** Статья посвящена анализу демографических процессов в Республике Таджикистан в 1991–2023 гг. Проведён сравнительный анализ рождаемости в стране и мире. Приведены результаты социологических опросов по вопросам репродуктивного поведения населения, проведённых в 2023 г. Отражено влияние инноваций на демографические процессы, отмечены перспективы динамики демографических процессов в Таджикистане.

**Ключевые слова:** демография; семья; рождаемость; смертность

**Для цитирования:** Субхонов А. И. Демографические процессы в условиях инновационного развития Таджикистана // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 247–251. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-247-251

Original article

## Demographic processes in the conditions of innovative development of Tajikistan

Akbarjon I. Subhonov

<sup>1</sup>Institute of Economics and Demography of the National Academy of Sciences of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

a-subkhonov@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9091-3123>

**Annotation.** This article is devoted to the analysis of demographic processes in the Republic of Tajikistan during the 1991–2023 years. A comparative analysis of the birth rate was carried out in all countries of the world. It reflects the results of sociological surveys conducted in 2003 on issues of reproductive behavior of the population. The impact of innovation on demographic processes is also reflected in the form of diagrams. In conclusion, the prospects for the dynamics of demographic processes in Tajikistan are noted.

**Keywords:** demography; family; fertility; mortality

**For citation:** Subkhonov A. I. Demographic processes in the conditions of innovative development of Tajikistan. *Remedium*. 2024;28(3):247–251. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-247-251

### Введение

Демографические процессы в последнее время обсуждаются во всех странах, и они связаны с процессами депопуляции и, в то же время, повышением уровня рождаемости. Одни страны хотят повысить уровень рождаемости населения, другие — снизить, в зависимости от социально-экономического положения страны, нехватки трудовых ресурсов на данный момент и в перспективе. В странах, где суммарный коэффициент рождаемости (СКР) дошел до уровня ниже 1, разрабатываются разные меры для поднятия уровня рождаемости. В связи с этим есть необходимость изучить, надо ли идти по стопам промышленно развитых стран в вопросах демографического развития.

**Цель** статьи — анализ демографических процессов в Республике Таджикистан (РТ).

### Материалы и методы

В целях исследования демографического развития были изучены статистические данные Агентства по статистике при Президенте РТ, тексты из Послания Президента РТ в 2023 г., посвящённые демогра-

фии, а также материалы и демографические статистические данные для сравнительного анализа. Использовались результаты опроса, проведённого отделом демографических исследований Института экономики и демографии в конце 2023 г., которые были обработаны с помощью компьютерной программы SPSS. Применены статистические, социологические методы.

### Результаты

В процессе исследования демографических процессов в условиях инновационной диффузии были получены, на наш взгляд, важные результаты. Ценность семьи, детей и пары снижается. Несмотря на повышение благосостояния населения в развитых странах, рождаемость снижается.

Снижение рождаемости и смертности, увеличение ожидаемой продолжительности жизни привели в некоторых странах к введению демографического налога.

### Обсуждение

Вопросы исследования демографических процессов и их компонентов — рождаемости, смертно-

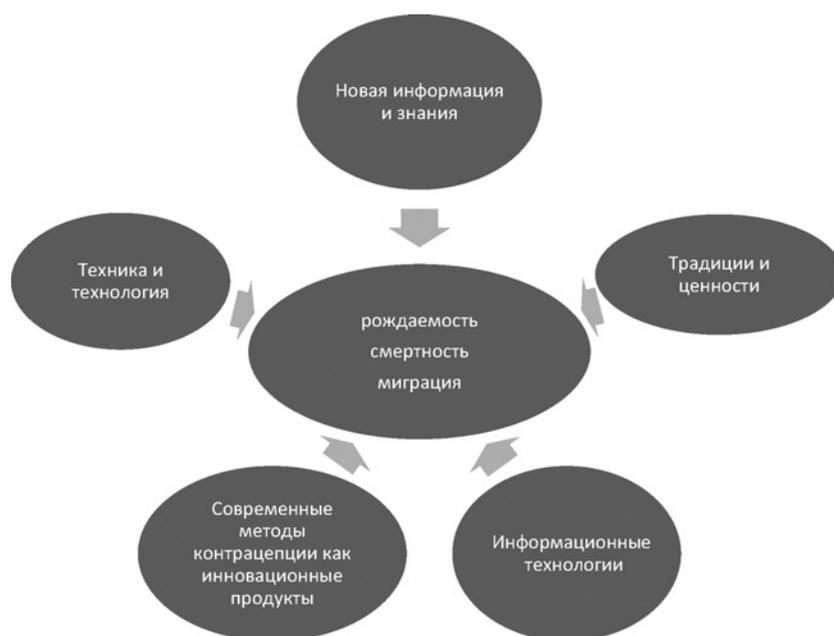
сти и миграции населения — становятся актуальными для всех стран мира, поскольку уровень СКР начиная с 1950 г. снижается с 5,4 до 2,7 (в 2019 г.) во всех странах мира. СКР в промышленно развитых странах за это период сократился с 3,0 до 1,5, а среди стран — бывших республик Советского Союза — с 3,7 до 2,2 (табл. 1)<sup>1</sup>. В целом можно обоснованно утверждать, что это снижение, с точки зрения демографической науки, — существенное.

В условиях глобализации численность и половозрастная структура населения играют важную роль в социально-экономическом развитии страны. Наблюдается демографический кризис в двух формах: странам, которые столкнулись с депопуляцией, выходить из ситуации становится труднее, а в развивающихся странах наблюдается демографический взрыв, связанный с высоким уровнем рождаемости, и избыточные трудовые ресурсы с точки зрения экономической теории.

Все механизмы регулирования демографических процессов построены и ведутся по придуманному «принципу» мальтузианской ловушки, который гласит о том, что рост населения опередит производства пищевых продуктов. А механизмы демографической политики построены на основе результатов инновационной деятельности, которые повлияют на демографическое поведение населения прямым и косвенным образом.

Здесь необходимо отметить главный момент: во всех западных странах наблюдается депопуляция, но в концепциях, стратегиях и нормативно-правовых документах не содержатся пункты о стимулировании рождаемости. Это можно связать с несколькими причинами. Правительства этих стран надеются на полномасштабную автоматизацию промышленности, хотя она обходится слишком дорого, и формирование трудовых ресурсов, без которых невозможно в нынешних условиях развивать экономику, из иммигрантов из стран с высокой рождаемостью. При этом не учитывается, что в странах, где имеются традиционные подходы в реализации репродуктивного поведения, тоже сокращается рождаемость в результате глобализационных процессов и использования инновационных подходов.

Роль инновационных «товаров и услуг» в управлении демографическими процессами очень велика (рисунок). Необходимо отметить, что инновация в виде новых информации и знаний, новые товары и услуги и технологии оказывают влияние, и все эти инновационные «вещи» и их влияние зависят от социально-экономического положения в каждой стране. Конечно, необходимо отметить, что как раз здесь традиции и ценностные ориентации общества



Влияние инновации на демографическое поведение населения.

играют весомую роль в вопросах формирования семьи.

Исторически ценности и традиции общества в странах различаются. К примеру, РТ имеет молодое население и, благодаря целеустремленности в проведении демографической политики Правительством, сохраняет население от депопуляции. Такая же основательная демографическая политика ведётся почти во всех странах СНГ, и мы считаем её обоснованной для социально-экономического развития.

В демографической науке принято учитывать следующие основные показатели демографического развития: численность и состав населения, число родившихся и умерших, браки и разводы, численность иммигрантов и эмигрантов, а также динамику внутрирегиональной миграции населения для разработки дифференцированной региональной демографической политики.

Численность населения РТ в 2023 г. составила 10078,4 тыс. человек, и она, по критериям французского демографа Э. Россега (население 60+ лет), составляет 6,3%, по шкале демографического старе-

Таблица 1

Динамика естественного прироста населения в странах СНГ за 1991–2021 гг. (на 1000 населения)

Страна	1991 г.	2000 г.	2010 г.	2021 г.
РТ	33	22	28	18
Узбекистан	28	16	17	21
Кыргызстан	22	13	20	17
Казахстан	13	5	14	14
Азербайджан	20	9	13	4
Армения	15	3	5	1
Республика Беларусь	2	-4	-3	0
Молдавия	6	-1	-1	-6
Российская Федерация	1	-7	-2	-7

Источник: Демографический ежегодник Республики Таджикистан, 2023. С. 333.

<sup>1</sup> <https://www.demoscope.ru/weekly/pril.php>

ния ООН (население 65+ лет) — 3,4%, иначе говоря, население является молодым. В такой ситуации важно изучать вопросы демографического развития.

Ежегодно Президент РТ в своем Послании особо подчёркивает вопросы демографической ситуации в стране. В Послании от 28.12.2023 он отметил следующие моменты: естественный рост населения за счёт увеличения рождаемости и снижения смертности в период независимости составляет в среднем 2,1% в год; общий показатель смертности населения снизился с 6,1 человека в 1991 г. до 3,1 человека в 2023 г. (т. е. в этот период смертность снизилась в 2 раза); средняя продолжительность жизни населения увеличилась с 70 до 76,3 года, т. е. возросла более чем на 6 лет. Эти демографические показатели являются важными и служат доказательствами улучшения уровня и качества жизни народа страны<sup>2</sup>.

Для регулирования демографических процессов и достижения вышеупомянутых положений были приняты следующие нормативные правовые документы:

- Семейный кодекс РТ (1998 г.);
- Концепция Государственной демографической политики РТ на 2003–2015 годы;
- Закон РТ «Об упорядочении традиций, торжеств и обрядов» (2007 г.);
- Закон РТ «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей» (2011 г.);
- Закон РТ «О предупреждении насилия в семье» (2013 г.);
- «Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года» (в ней отдельный блок посвящён вопросам демографического развития республики).

На наш взгляд, очень важно определить перспективу демографического развития. Речь идёт о демографическом дивиденде или о демографическом окне возможности. Увеличение рождаемости и снижение смертности населения даёт возможность в долгосрочной перспективе увеличения численности трудоспособного населения или трудовых ресурсов, и в этот момент необходимо рационально использовать имеющиеся трудовые ресурсы для экономического роста, создавая ежегодно более 100 тыс. рабочих мест и обеспечивая жильём молодые семьи.

В демографической науке ожидаемая продолжительность жизни является важным социально-экономическим показателем страны. В РТ данный показатель повышается, что доказывает эффективность проводимой социально-демографической политики. Однако необходимо отметить, что увеличение доли данного показателя является бременем для бюджета страны, и возникает так называемый демографический налог. «Демографический налог: длительный период снижения рождаемости приво-

дит затем к сокращению населения рабочих возрастов, тогда как число пожилых людей продолжает возрастать. Если период сокращения рождаемости затягивается, то демографическая нагрузка увеличивается вместе с ростом продолжительности жизни, и общество расплачивается за низкую рождаемость, т. к. величина бонуса, как и период его получения, снижаются»<sup>3</sup>, и мы должны быть готовы к этому.

Динамика демографических процессов в РТ отвечает общемировым тенденциям, при этом имеет свои особенности: уровень СКР снижается, но пока по мировым меркам считается высоким, показатель смертности — на оптимальном уровне.

Президент РТ Э. Рахмон в своём Послании 2023 г. отметил, что в стране численность трудоспособного населения (мужчины 15–63 лет и женщины 15–57 лет) постоянно растёт и за последние 5 лет увеличилась на 8,4% (2019–2023 гг.)<sup>4</sup>. К примеру, прирост трудоспособного населения в 1991–1995 гг. составил 4,6% (из-за высокого суммарного коэффициента рождаемости), при этом доля трудоспособного населения из общего числа населения в этот же период составила 49,0% (1991 г.). За 2019–2023 гг. рост трудоспособного населения составил 6,0%, при этом доля трудоспособного населения в целом составила 57,6%.

В увеличение численности населения — как в целом, так и трудоспособного населения — огромный вклад вносит рождаемость. К примеру, если в 1990 г. число родившихся составило 200 430 человек (СКР = 5,1), в 2000 г. — 167 246 (СКР = 3,5), в 2010 г. — 239 805 (СКР = 2,9), в 2022 г. — 231 551 (СКР = 2,8).

В перспективе доля населения трудоспособного возраста увеличится по следующим причинам:

- население РТ по международным критериям считается в целом молодым;
- позитивная динамика прироста рождения на 12,5% за период независимости (1992–2023 гг.) связана с увеличением численности семей (в 1979 г. число семей составило 636 402, численность населения — 3086,2 тыс. человек; в 2010 г. — число семей составило 1 159 146, численность населения — 7565,0 тыс. человек; в 2020 г. — число семей составило 1,6 млн, население 10078,4 тыс. человек)<sup>5</sup>. Наблюдается снижение СКР, но увеличение количества семей (домохозяйств) является фактором роста всего населения, а также трудоспособного населения; (за 1979–2020 гг., т. е. за 40 лет, произошло утроение числа семей);
- большая доля молодёжи (14–30 лет) — 29,1% (одна из лидирующих позиций в СНГ);

<sup>3</sup> URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Демографический\\_дивиденд#Демографический\\_налог](https://ru.wikipedia.org/wiki/Демографический_дивиденд#Демографический_налог)

<sup>4</sup> URL: [https://cis.minsk.by/news/26711/poslanie\\_prezidenta\\_respubliki\\_tadzhikistan\\_emomali\\_rahmona\\_«ob\\_osnovnyh\\_napravlenij\\_ah\\_vnutrennej\\_i\\_vneshnej\\_politiki\\_respubliki»](https://cis.minsk.by/news/26711/poslanie_prezidenta_respubliki_tadzhikistan_emomali_rahmona_«ob_osnovnyh_napravlenij_ah_vnutrennej_i_vneshnej_politiki_respubliki»)

<sup>5</sup> Перепись населения и жилищный фонд в РТ. 2020.

<sup>2</sup> Послание Президента Республики Таджикистан Э. Рахмона «Об основных направлениях внутренней и внешней политики республики». 28.12.2023. URL: <http://prezident.tj/ru/node/32195>

Таблица 2

## Число детей в семье, %

Детность семьи	Доля семей с таким количеством детей среди родителей-респондентов	Доля семей с таким количеством детей среди респондентов	Доля респондентов, рекомендующих данное количество детей
Малодетные семьи (1–2 ребёнка)	9,5	39,7	36,5
Среднедетные семьи (3–4 ребёнка)	38,1	33,4	57,1
Многодетные семьи (5 детей)	52,3	17,4	6,4

Источник: Опрос проведён отделом демографических исследований Института экономики и демографии НАНТ в 2023 г.

- большая доля населения репродуктивного возраста (15–49 лет) — 50,0% в 2023 г. (по сравнению с 2000 г. — 48,2%);
- снижение доли городского населения играет важную роль в сохранении имеющегося уровня рождаемости или увеличивает рождаемость с 30,8 в 1992 г. до 28,8% в 2023 г., т. е. городской образ жизни является причиной снижения рождаемости населения.

С учётом вышеуказанных демографических показателей населения в перспективе численность прогнозируется: как указано в Национальной стратегии развития РТ на период 2030 г., численность достигнет приблизительно — 11,5 млн (по нашему расчету), в 2040 г. — 13,6 млн, в 2050 — 15,8 млн.

Изучая международную практику демографического развития, можно сделать вывод о том, то для РТ целесообразно проводить эффективную дифференцированную демографическую политику с учётом социально-экономической ситуации страны. Иногда учёные-демографы применяют термин «демографический оптимум» (оптимум населения) — наиболее рациональный с выбранной точки зрения или критерия тип воспроизводства населения данной страны или общества<sup>6</sup>. Для достижения демографического оптимума было бы целесообразно утвердить «Национальную концепцию демографической политики Республики Таджикистан на период до 2040 года», которая находится на рассмотрении Правительства РТ.

Демографический потенциал населения РТ и перспектива его развития отражены в табл. 2. Результаты нашего исследования показывают, что сформировалась закономерность в вопросах СКР в РТ, что позволяет утверждать, что население выбрало среднедетную семью (3–4 детей в семье). Население страны, независимо от социально-экономического положения как в стране, так и в семьях, сохраняет почти одинаковый уровень рождаемости, на наш взгляд, оптимальный с точки зрения демографической науки.

<sup>6</sup> Демографический оптимум. URL: <https://bigenc.ru/c/demograficheskii-optimum-d8a2c3>

Факторы сохранения среднедетной семьи на уровне 3–4 детей: (% респондентов):

- продолжение рода (поколения этой семьи) — 71,4;
- счастье родителей — 52,4;
- укрепление семьи — 47,6;
- уход за родителями — 41,3;
- страх остаться в одиночестве — 12,7;
- рабочая сила для семьи — 11,1.

Увеличение рождаемости ведёт к увеличению внешней трудовой миграции населения. В одном из своих исследований мы отметили, что важным фактором, оказывающим либо положительное, либо отрицательное влияние на структуру населения по полу и возрасту, является численность населения репродуктивного возраста [1]. Так, в 2021 г. в городской местности доля населения фертильного возраста составила 53,5%, в сельской — 51,1%. Это объясняет повышение динамики рождаемости, т. к. потенциал репродуктивного населения большой и в перспективе будет только повышаться, или же, в крайнем случае, сохранится на прежнем уровне.

Ранее мы указывали, что одной из актуальных социально-экономических проблем РТ за последнее десятилетие стала внешняя трудовая миграция, которая из года в год включает в этот процесс все категории населения, а также все виды последствий [2]. Внешняя трудовая миграция населения становится одной из глобальных социально-экономических проблем как для развивающихся, так и для развитых стран. Миграция населения, особенно внешняя трудовая миграция в условиях рыночной экономики РТ, ассоциируется с молодым поколением, которое является более подвижным. Уровень безработицы среди молодёжи очень высок, хотя официальный уровень безработицы составляет 2,5%.

## Заключение

В перспективе рождаемость населения будет снижаться во всех странах, кроме тех, где исповедуется религия ислам. Демографическая политика РТ показывает свою эффективность. Промышленно развитые страны благодаря внешней трудовой миграции пока не ощущают нехватку трудовых ресурсов, но это временное явление, и через несколько лет всем промышленным странам придётся вкладывать огромные материальные средства для привлечения мигрантов для решения экономических и демографических проблем.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Субхонов А. И. Социально-демографические факторы рождаемости в Таджикистане // IV Всероссийский демографический форум с международным участием: материалы форума (Москва, 2–3 декабря 2022 г.). М.; 2022. С. 34–35.
2. Субхонов А. И. Внешняя трудовая миграция и ее влияния на устойчивость семьи: проблемы и перспективы // V Российский экономический конгресс: сборник тезисов докладов. Т. X. М.; 2023. С. 102–108.

REFERENCES

1. Subkhonov A. I. Socio-demographic factors of fertility in Tajikistan. In: IV All-Russian demographic forum with international participation: Forum materials (Moscow, December 2–3, 2022). Moscow; 2022:34–35. (In Russ.)
2. Subkhonov A. I. International labor migration and its impact on family sustainability: problems and prospects. In: V Russian economic congress: collection of abstracts, Moscow; 2023;X:102–108. (In Russ.)

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-252-256

## Оценка состояния медицинской помощи онкологическим больным в Кыргызской Республике

Джылдыз Джумадиловна Ибраимова

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика;  
Национальный институт общественного здоровья, Бишкек, Кыргызская Республика

ibraimova\_70@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7220-1168>

**Аннотация.** В 2050 г. в мире прогнозируются более 35 млн новых случаев заболевания раком, что на 77% больше, чем в 2022 г. Для правильной оценки онкологической ситуации необходимо знать основные закономерности динамики и структурных изменений онкологических показателей по регионам.

**Цель исследования:** оценить состояние онкологической помощи в Кыргызской Республике на основе онкопоказателей.

**Материал и методы.** Используются следующие данные: показатель заболеваемости, смертности, одногодичной летальности с 2015 по 2022 г. по данным Центра электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, Национального центра онкологии и гематологии. Рассчитан индекс достоверности учёта.

**Результаты.** Установлено, что на первичном уровне из 86,5 ставки врачей-онкологов вакантными являются 17 ставок. Истинных онкологов — лишь 47, остальные должности занимают врачи других специальностей. По республике в целом наблюдается тенденция увеличения первичной заболеваемости, прирост лишь в 2017 и 2021–2022 гг., максимальное снижение — в 2019 и 2020 гг. По регионам республики тенденция различается. Случаи смертности от рака начиная с 2019 г. имеют тенденцию устойчивого снижения, самый низкий показатель убыли — в 2020 г. Столь значительно низкий показатель снижения смертности от рака во время пандемии COVID-19 частично может быть связан с проблемами определения первоначальной причины смерти при сочетании COVID-19 и злокачественных новообразований. Снижение летальности в республике выявлено в 2021–2022 гг., в среднем — 50,4% за 3 периода исследования. Высокая одногодичная летальность онкологических больных наблюдалась по Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областям. В целом по республике уровень индекса достоверности учёта стабильный, находится в пределах 0,40–0,46 по годам, за исключением 2020–2021 гг., когда индекс составил 0,65 и 0,52 соответственно. Повышение индекса, возможно, связано со снижением заболеваемости при COVID-19 в связи со снижением обращаемости больных раком.

**Обсуждение.** Крайне важно выявлять онкобольных на ранних стадиях заболевания; необходимо создать систему раннего учёта и ведения пациентов.

Ключевые слова: *заболеваемость; злокачественные новообразования; индекс достоверности учёта; онкологическая помощь; рак; смертность*

**Для цитирования:** Ибраимова Д. Д. Оценка состояния медицинской помощи онкологическим больным в Кыргызской Республике // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 252–256. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-252-256

Original article

### Assessment of the state of medical care for cancer patients in the Kyrgyz Republic

Dzhyldyz D. Ibraimova

Kyrgyz-Russian Yeltsin Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic;  
National Institute of Public Health, Bishkek, Kyrgyz Republic  
ibraimova\_70@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7220-1168>

**Abstract.** More than 35 million new cancer cases are projected in 2050, up 77% from 2022. For a correct assessment of the oncological situation, it is necessary to know the basic patterns of dynamics and structural changes in oncological indicators by region.

**The purpose** of the study: to assess the state of oncological care in the republic based on cancer indicators.

**Material and methods.** The following data were used: morbidity, mortality, one-year mortality rate from 2015 to 2022 of the National Center for Oncology and Hematology, Center for Electronic Health under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Accounting validity index is calculated.

**Results.** It was established that at the primary level of 86.5 rates of oncologists, 17 rates are vacant. There are only 47 true oncologists, the rest of the positions are occupied by doctors of other specialties. In the republic as a whole, there is a tendency to increase the primary incidence, an increase only in 2017 and 2021–2022. Moreover, the maximum decline in 2019 and 2020. The trend differs by region of the republic. Cancer deaths in the republic, starting in 2019, have a steady decline, the lowest rate of decline in 2020. Such a significantly low mortality rate from MNPs during a pandemic may partly be due to the problems of determining the initial cause of death in the combination of COVID-19 and MNPs. A decrease in mortality in the republic was detected in 2021–2022, on average — 50.4% over 3 study periods. High one-year mortality of cancer patients was observed in the Chui, Osh and Jalal-Abad regions. In the republic as a whole, the level of the accounting reliability index is stable, being within 0.40–0.46 by years, with the exception of 2020–2021, when the index was 0.65 and 0.52, respectively. The increase in the index is possibly associated with a decrease in the incidence of COVID-19 due to a decrease in the circulation of cancer patients.

**Discussion.** It is crucial to identify cancer patients in the early stages of the disease, and it is necessary to create a system of early registration and management of patients.

Key words: *morbidity; malignant neoplasms; accounting reliability index; oncological care; cancer; mortality.*

© Д. Д. Ибраимова, 2024

**For citation:** Ibraimova D. D. Assessment of the state of medical care for cancer patients in the Kyrgyz Republic. *Remedium*. 2024;28(3):252–256. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-252-256

## Введение

Главным приоритетом политики государства в Кыргызской Республике (КР), указанным в Программе Правительства КР «Здоровый человек — процветающая страна», является здоровье населения, и потому ожидается, что страна к 2030 г. с высокой вероятностью достигнет Цели устойчивого развития в части сокращения преждевременной смертности по 4 основным неинфекционным заболеваниям, одним из которых является рак, — на 30%<sup>1</sup>.

Более 35 млн новых случаев рака прогнозируется в 2050 г.<sup>2</sup> Растущая угроза заболевания обусловлена старением и ростом населения, изменениями в подверженности факторам риска заболевания, социально-экономическим развитием стран. Одной из важнейших проблем XXI в. является предотвращение рака как основной причины заболеваемости и смертности в европейском регионе, и по статистике у каждого пятого жителя планеты диагностируется рак<sup>3</sup>.

## Материалы и методы

В исследовании применены данные Национального центра онкологии и гематологии, Центра электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения КР. Проведён расчёт показателей относительной (интенсивный и экстенсивный показа-

тели) и средней величин. Для оценки состояния онкологической помощи проведён расчёт индекса достоверности учёта (ИДУ: число умерших, делённое на число первичных случаев злокачественных новообразований (ЗНО), учтённых в данном календарном году) [1].

## Результаты и обсуждение

В КР онкологическая помощь оказывается Национальным центром онкологии и гематологии — 421 койка, Ошским межобластным центром онкологии — 100 коек; онкологическими отделениями Джалал-Абада — 30 коек, Иссык-Кульской области — 10 коек, Чуйской области — 15 коек. В общем — 576 коек, обеспеченность онкологическими койками снизилась до 1,0 в 2021 г. (1,58 в 1996 г.).

Кадровая обеспеченность врачами-онкологами по областям различается. Всего в 2021 г. в КР в организациях здравоохранения первичного уровня было 86,5 ставки врачей-онкологов, из них занято — 70,0, а истинных онкологов — 47, вакантно — 17 ставок.

При оценке состояния оказания онкологической помощи важно использовать базу онкологических данных, крайне важно знать основные закономерности динамики и структурных изменений онкологической заболеваемости и смертности населения по регионам.

По КР в целом наблюдается тенденция увеличения первичной заболеваемости, прирост лишь в 2017 г. на 8,0% и 2021–2022 г. — на 16,0 и 17,3% соответственно (табл. 1). Причем максимальное снижение в 2019 г. на 29,7% и в 2020 г. на 34,1%. По регионам КР тенденция различается.

В Чуйской области, наиболее близко расположенной к столице, выявляется в основном устойчивая тенденция прироста зарегистрированных впервые в жизни больных с онкологическим заболеванием, но в 2019–2020 гг. заболеваемость снизилась

Таблица 1

Первичная заболеваемость по областям КР в динамике

Регион	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
КР	230,0	202,1	218,3	212,4	148,9	98,0	113,6	133,3
темпы прироста, %	—	-12,1	+8,0	-2,7	-29,7	-34,1	+16,0	+17,3
Чуйская область	182,6	219,5	293,3	324,0	166,0	127,0	160,5	205,3
темпы прироста, %	—	+20,2	+33,6	+10,4	-48,7	-23,4	+26,3	+28,0
Таласская область	246,7	216,0	122,3	125,9	130,4	84,3	65,7	126,9
темпы прироста, %	—	-12,4	-43,3	+3,0	+3,5	-35,3	-22,0	+93,1
Иссык-Кульская область	190,7	195,5	256,8	227,2	176,7	144,3	219,5	179,5
темпы прироста, %	—	+2,5	+31,3	-11,5	-22,2	-18,3	+52,1	-18,2
Ошская область	135,0	88,0	74,8	52,7	53,5	30,4	35,8	48,3
темпы прироста, %	—	-34,8	-15,0	-29,5	+1,5	-43,1	+17,7	+35,0
Джалал-Абадская область	156,0	88,8	168,0	132,9	98,5	68,4	66,1	83,9
темпы прироста, %	—	-43,5	+89,1	-20,8	-25,8	-30,5	-3,3	+26,9
Нарынская область	255,0	253,6	239,3	243,6	135,3	94,2	116,3	159,4
темпы прироста, %	—	0,5	-5,6	-1,8	-44,4	-30,3	+23,4	+37,0
Баткенская область	244,5	109,4	116,3	133,7	95,2	81,1	76,4	98,7
темпы прироста, %	—	-55,2	+6,3	+14,9	-28,7	-14,8	-5,7	+29,1
г. Ош	135,0	84,6	85,2	165,1	109,8	44,4	38,7	63,5
темпы прироста, %	—	-37,3	+0,7	+93,7	-33,4	-59,5	-12,8	+64,0
г. Бишкек	494,8	499,9	452,4	439,7	349,4	200,5	230,3	242,8
темпы прироста, %	—	+1,0	-9,5	-2,8	-20,5	-42,6	-14,8	+5,4

Таблица 2

## Смертность по регионам КР, по данным Центра электронного здравоохранения, на 100 000 населения

Регион	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
КР	64,5	64,5	62,2	65,6	64,1	63,8	59,5	54,7
темп прироста	—	0	-3,5	+5,4	-2,2	-0,4	-6,7	-8,0
Чуйская область	82,6	94,3	91,3	97,5	96,6	93,3	94,9	78,1
темп прироста	—	+14,1	-3,1	+6,7	-0,9	-3,4	+1,7	-17,7
Таласская область	60,6	70,7	62,6	59,7	61,0	45,4	52,1	57,4
темп прироста	—	+16,6	-11,4	-4,6	+2,1	-25,5	+14,7	+10,1
Иссык-Кульская область	89,1	83,9	80,9	90,5	87,5	85,6	82,4	69,8
темп прироста	—	-5,8	-3,5	+11,8	-3,3	-2,1	-3,7	-15,2
Ошская область	50,6	49,9	49,1	51,0	52,8	51,9	45,9	45,4
темп прироста	—	-13,8	-1,6	+3,8	+3,5	-1,7	-11,5	-10,8
Джалал-Абадская область	52,9	54,3	50,9	49,5	50,9	50,5	54,3	43,0
темп прироста	—	+2,6	-6,2	-2,7	+2,8	-0,7	+7,5	-20,8
Нарынская область	89,5	88,1	81,8	87,9	83,6	80,4	71,6	58,6
темп прироста	—	-1,5	-7,1	+7,4	-4,8	-3,8	-10,9	-18,1
Баткенская область	42,3	38,5	32,6	43,3	37,5	34,1	37,8	36,6
темп прироста	—	-8,9	-15,3	+32,8	-13,3	-9,0	+10,8	-3,1
г. Ош	51,3	54,9	53,3	65,3	58,8	52,0	54,9	48,0
темп прироста	—	+7,0	-2,9	+22,5	-9,9	-11,5	+5,5	-12,5
г. Бишкек	76,6	66,4	69,1	69,3	64,2	68,8	61,4	60,6
темп прироста	—	-13,3	+4,0	+0,2	-7,3	+7,1	-10,7	-1,3

почти в 2 раза, и в 2021–2022 гг. вновь нарастала. В остальных регионах и городах (в Ошской, Джалал-Абадской, Нарынской, Таласской, Баткенской областях и г. Ош и Бишкек) преимущественно наблюдалось снижение показателя и увеличение в 2022 г., за исключением Иссык-Кульской области с незначительной убылью с высоким приростом в 2021 г.

В КР по областям и городам, за исключением Таласской и Ошской областей, в 2019 и 2020 гг. наблюдалось снижение зарегистрированных впервые в жизни больных с онкологическим заболеванием за счёт выявляемости. Это связано с периодом пандемии COVID-19, который ухудшил ситуацию по доступности и качеству онкологической помощи. Пандемия привела к задержкам плановых осмотров, диагностики и лечения рака из-за закрытия организаций здравоохранения, изоляции из-за опасения заражения COVID-19. Во время пика COVID-19 в середине 2020 г. предоставление медицинских услуг было ограничено. Всё это привело к низкой обращаемости и выявляемости рака на ранних стадиях. Кроме этого, в регионах ограничена доступность как методов диагностики, так и квалифицированной помощи врачей-онкологов.

Случаи смертности от рака в КР с 2019 г. снижаются, самый низкий показатель убыли был в 2020 г. (табл. 2). Столь значительно низкий показатель снижения смертности от ЗНО во время пандемии частично может быть связан с проблемами определения первоначальной причины смерти при сочетании COVID-19 и ЗНО.

По регионам КР отмечается разнонаправленная тенденция, в основном убыли. При этом в последние годы прирост смертности от ЗНО выявлен в динамике по Таласской области в 2016 и 2021–2022 гг. на 16,6, 14,3 и 10,1% соответственно.

В Чуйской области смертность увеличивалась на 14,1% в 2016 г., на 6,7% в 2018 г. и на 1,7% в 2021 г. По Иссык-Кульской и Нарынской областям прирост был только в 2018 г. на 11,8 и 7,4% соответ-

ственно. Среди населения Ошской области смертность от ЗНО снижалась в 2018 и 2019 гг. на 3,8 и 3,5% соответственно. В Джалал-Абадской области рост случаев смертности был на 2,6% в 2016 г., на 2,8% в 2019 г. и на 7,5% в 2021 г. Самый высокий прирост уровня смертности наблюдался в Баткенской области в 2018 г. — на 32,8%. В г. Ош увеличение случаев смерти от ЗНО отмечалось на 7,0% в 2016 г., на 22,5% в 2018 г., на 5,5% в 2021 г. В 2017–2018 и 2020 гг. рост смертности произошел на 4,0, 0,2 и 7,1% соответственно.

В 2019 и 2020 гг. во многих областях КР наблюдалось снижение случаев смерти от ЗНО, низкий прирост был лишь в Таласской, Джалал-Абадской, Ошской областях в 2019 г., в г. Бишкек — в 2020 г. В 2021 и 2022 гг. аналогично случаи смертности от ЗНО уменьшались по некоторым городам и областям, при этом низкий прирост выявлен в Чуйской, Джалал-Абадской, Баткенской областях и г. Ош в 2021 г. Резкий скачок смертности от ЗНО в Таласской области выявлен в 2021–2022 г. Одногодичная летальность, являясь наиболее объективным критерием оценки работы онкологической службы, характеризует позднюю выявляемость, доступность паллиативной помощи, фактическую запущенность заболевания, качество лечения и летальность.

К 2021–2022 гг. отмечается убыль летальности, показатель составил 50,4% — в среднем за 3 периода (табл. 3). Во все периоды прирост показателя уровня летальности произошел в Чуйской, Иссык-Кульской, Баткенской областях, убыль — по Таласской области и г. Бишкек. Тенденция волнообразной динамики выявлена по Ошской, Джалал-Абадской, Нарынской областям и г. Ош. Наибольшая средняя летальность за трехлетний период отмечалась у онкологических пациентов Нарынской, Иссык-Кульской, Джалал-Абадской областей.

Наиболее объективным показателем оценки состояния оказываемой онкологической помощи пациентам, кроме заболеваемости и смертности, является ИДУ [1, 2]. При этом число умерших должно

Таблица 3

## Уровень летальности от ЗНО в КР, %

Регион	2014–2015 гг.			2018–2019 гг.			2021–2022 г.			Средняя величина		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
КР	5552	2721	49,0	5713	3066	53,6	5746	2803	48,7	5670	2863	50,4
Чуйская область	1177	558	47,4	1225	686	56,0	1237	708	57,2	1213	650	53,5
Таласская область	211	131	62,0	185	111	60,0	180	66	36,6	192	102	53,5
Иссык-Кульская область	571	311	54,4	516	306	59,8	468	290	61,9	518	302	58,7
Ошская область	878	505	57,5	959	557	58,0	984	468	47,5	940	510	54,3
Джалал-Абадская область	731	426	58,2	765	524	68,4	784	367	46,8	760	429	57,8
Нарынская область	323	208	64,3	350	221	63,1	332	289	87,0	335	239	71,4
Баткенская область	275	120	43,6	316	171	54,1	273	178	65,2	288	156	54,3
г. Ош	266	131	49,2	282	194	68,7	341	161	47,2	296	162	55,0
г. Бишкек	1120	331	29,5	1115	292	26,1	1147	276	24,0	1127	299	26,5

Примечание. 1 — взято на учёт; 2 — умершие до 1 года; 3 — % умерших больных.

быть не больше числа первично-учтённых случаев ЗНО.

Реальное состояние организации учёта первичных случаев рака показывает высокий уровень ИДУ. Снижение величины ИДУ повышает достоверность аналитических данных.

В целом по КР уровень ИДУ стабильный, находится в пределах 0,40–0,46 по годам, за исключением 2020–2021 гг., когда ИДУ составил 0,65 и 0,52 соответственно (табл. 4). Повышение ИДУ, возможно, связано со снижением заболеваемости в период пандемии COVID-19 за счёт снижения выявляемости ЗНО.

По регионам КР выявлены существенные колебания ИДУ. В Чуйской области ИДУ был различным — от 0,38 до 7,3. Незначительное повышение в 2019 г. до 0,58 и особенно в 2020 г. до 0,73 свидетельствует о недоучёте первично выявленных заболеваний. По Таласской области в 2017–2018 и 2020–2021 гг. ИДУ установлен свыше 0,7. В Ошской области во все годы, кроме 2015 г., ИДУ больше 0,7. Причём в 2017–2018, 2020–2021 гг. ИДУ составлял больше 1, а в 2019 и 2022 гг. был почти равен 1. В г. Ош ИДУ имел значения от 0,53 в 2015 и 2019 гг., 0,56 в 2018 г. и выше 0,7 в остальные годы, в 2020–2021 гг. — более 1.

В Джалал-Абадской области ИДУ установлен больше 0,7 в 2016, 2020 гг. и равен 0,7 в 2021 г. По Нарынской области ИДУ был на уровне от 0,51 до 0,62 и только в 2022 г. — 0,36. В Баткенской области ИДУ более низкий, чем в вышеперечисленных областях, с периодами роста и снижения, составлял от 0,26 в 2016 г. до 0,56 в 2018 г. Наиболее низкие зна-

чения ИДУ установлены по г. Бишкек — от 0,18 в 2016 г. до 0,26 в 2021 г.

Данная ситуация связана с тем, что пациенты стараются получить онкологическую помощь в Национальном центре онкологии и гематологии, расположенном в г. Бишкек, и по месту жительства не обращаются.

## Обсуждение

В ходе данного исследования проведён анализ с использованием показателей, характеризующих оказание онкологической помощи. Полученные нами результаты совпадают с данными многих исследователей, отмечающих снижение уровней заболеваемости и смертности от рака в 2019–2020 гг. и меняющейся тенденцией в последующие годы [3–5]. В период пандемии COVID-19 снизилось не только число обращений за медицинской онкологической помощью, но и существенно проявился недоучёт вновь выявленных заболеваний [3, 6, 7].

Проведение подобных исследований обусловлено тем, что ЗНО — современная проблема системы здравоохранения только в мире, включающая медицинские, социальные, демографические и другие аспекты, которые связаны с болезнью [8].

В настоящее время не удастся снизить заболеваемость и смертность без мероприятий по борьбе с раком. Одной из причин является недоучёт первичной регистрации вновь заболевших, что приводит к значительным потерям первичных случаев и увеличению пациентов с запущенной стадией заболевания. Зависимость ИДУ от проявлений случаев рака, удельного веса онкологической патологии на ран-

Таблица 4

## ИДУ по регионам КР

Регион	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
КР	0,40	0,46	0,42	0,45	0,43	0,65	0,52	0,41
Чуйская область	0,63	0,60	0,44	0,43	0,58	0,73	0,59	0,38
Таласская область	0,38	0,51	0,79	0,73	0,46	0,89	0,79	0,45
Иссык-Кульская область	0,68	0,62	0,46	0,58	0,49	0,59	0,37	0,38
Ошская область	0,56	0,86	1,00	1,48	0,98	1,70	1,28	0,93
Джалал-Абадская область	0,50	0,9	0,45	0,56	0,51	0,73	0,70	0,51
Нарынская область	0,6	0,52	0,51	0,54	0,61	0,62	0,61	0,36
Баткенская область	0,26	0,53	0,42	0,56	0,39	0,42	0,49	0,37
г. Ош	0,53	0,91	0,88	0,56	0,53	1,17	1,41	0,75
г. Бишкек	0,21	0,18	0,21	0,21	0,18	0,30	0,26	0,24

них стадиях указывает на то, что деятельность практического здравоохранения должна быть направлена на снижение ИДУ (в США ИДУ составляет 0,2, в Европе и России — 0,5) [1, 2].

### Заключение

Снижение заболеваемости ЗНО, связанное с пандемией COVID-19, отмечено и в других странах [5–7]. Позднее обращение к врачу может привести к запоздалой диагностике, и, соответственно, увеличится число пациентов с запущенными формами рака. Полученные результаты исследования показывают уровень недоучёта первичных случаев ЗНО. Это означает, что имеются существенные потери недоучтённых первичных случаев ЗНО на фоне низкой первичной заболеваемости. По данным В. М. Мерабишвили, ИДУ показал высокую эффективность [1].

Важное значение имеет выявление пациентов на ранних стадиях рака, создание системы первичного учёта и ведения больных. ИДУ — основа системы планирования мероприятий против рака в областях КР, характеризующий реальное состояние системы организации учёта первичных случаев рака.

Безусловно, необходимо ответственное отношение к своему здоровью и регулярное прохождение в соответствии с возрастом комплекса медицинских исследований.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Мерабишвили В. М. Индекс достоверности учета — важнейший критерий объективной оценки деятельности онкологической службы для всех локализаций ЗНО, независимо от уровня летальности больных // Вопросы онкологии. 2019. Т. 65, № 7. С. 510–515.
2. Гордиенко В. П., Побережский А. В. Индекс достоверности учёта в оценке состояния медицинской помощи онкологическим больным в Дальневосточном Федеральном округе // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 68, № 1. С. 1–7.
3. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна и др. М.: 2020. 252 с.
4. Гордиенко В. П., Вахненко А. А., Янушевский К. В. Основные показатели заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований в Дальневосточном федеральном округе // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2018. Т. 64, № 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/>

content/view/1027/30/lang.ru/. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-5>

5. Стилиди И. С., Заридзе Д. Г., Максимович Д. М., Дзитиев Д. М. Снижение заболеваемости злокачественными опухолями — еще одно последствие эпидемии COVID-19 // Общественное здоровье. 2022. Т. 2, № 1. С. 5–14.
6. Валькова Л. Е., Дяченко А. А., Мерабишвили В. М. и др. Влияние пандемии COVID-19 на показатели заболеваемости злокачественными опухолями, подлежащими скринингу в рамках диспансеризации (популяционное исследование) // Сибирский онкологический журнал. 2022. Т. 21, № 6. С. 7–16. DOI: 10.21294/1814-4861-2022-21-6-7-16
7. Ward Z. J., Walbaum M., Walbaum B. et al. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis // *Lancet Oncol.* 2021. Vol. 22, N 10. P. 1427–1437. DOI: 10.1016/S1470-2045(21)00426-5
8. Ванинов А. С. Злокачественные новообразования, как наиболее приоритетная медико-социальная проблема системы здравоохранения // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5, № 11. С. 120–130.

### REFERENCES

1. Merabishvili V. M. The accounting reliability index is the most important criterion for an objective assessment of the activities of the oncological service for all localizations of MNO, regardless of the mortality rate of patients. *Oncology issues.* 2019;65(7):510–515.
2. Gordienko V. P., Poberezhsky A. V. Index of reliability of accounting in assessing the state of medical care for cancer patients in the Far Eastern Federal District. *Social aspects of population health.* 2022;68(1):1–7.
3. Kaprin A. D. et al. (eds.) Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality). Moscow; 2020. 252 p. (In Russ.)
4. Gordienko V. P., Vakhnenko A. A., Yanushevsky K. V. The main indicators of morbidity and mortality of the population from malignant neoplasms in the Far Eastern Federal District. *Social aspects of population health* [Internet]. 2018;64(6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1027/30/lang.ru/>
5. Stilidi I. S., Zaridze D. G., Maksimovich D. M., Dzitiev D. M. The decrease in the incidence of malignant tumors is another consequence of the COVID-19 epidemic. *Public health.* 2022;2(1):5–14.
6. Valkova L. E., Dyachenko A. A., Merabishvili V. M. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on incidence rates of malignant tumors to be screened as part of clinical examination (population study). *Siberian Oncology Journal.* 2022;21(6):7–16. DOI: 10.21294/1814-4861-2022-21-6-7-16
7. Ward Z. J., Walbaum M., Walbaum B. et al. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. *Lancet Oncol.* 2021;22(10):1427–1437. DOI: 10.1016/S1470-2045(21)00426-5
8. Vaninov A. S. Malignant neoplasms as the highest priority medical and social problem of the health care system. *Science and Practice Bulletin.* 2019;5(11):120–130.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

# К юбилею НИИОЗММ ДЗМ: сотрудники института об актуальных проблемах здравоохранения

Научная статья

УДК 159.925

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-257-262

## Влияние перфекционизма на формирование профессиональной субъектности будущих медицинских работников

Татьяна Ивановна Бонкало

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

bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0887-4995>

**Аннотация.** Целью исследования стало выявление особенностей взаимосвязи уровня перфекционизма с профессиональной субъектностью будущих медицинских работников. **Методы.** Опрошены 1308 студентов медицинских вузов, обучающихся по направлениям подготовки «Лечебное дело», с помощью многомерной шкалы перфекционизма (MPS) и методики профессиональной субъектности Е.Н. Азлецкой. **Результаты.** Выявлены статистически достоверные различия между группами студентов, характеризующихся низким, средним и высоким уровнями перфекционизма, в показателях профессиональной субъектности: ответственности, саморегуляции, эмоционального интеллекта и креативности. Установлено, что показатели перфекционизма положительно коррелируют с показателями ответственности и саморегуляции и отрицательно — с показателями креативности и эмоционального интеллекта. **Обсуждение.** Результаты исследования соотносятся с научно обоснованными сведениями о негативном влиянии перфекционизма на развитие личности, её способность выражать эмоции и распознавать эмоции других людей, устанавливать с ними психологический контакт, а также на стремление личности к нестандартному решению профессиональных задач, её гибкость и творческие способности. Однако выявлено, что высокий уровень перфекционизма детерминирует формирование у будущих медицинских работников ответственности, стремления контролировать свою деятельность и управлять ею, что является необходимым условием эффективности их будущей профессиональной деятельности. **Заключение.** На основании результатов исследования сделан вывод о целесообразности поддержания у будущих медицинских работников уровня перфекционизма в средних значениях, что гарантировало бы развитие у них профессиональной субъектности, включающей в себя не только развитую ответственность, склонность к самоанализу, рефлексии, стремление к саморегуляции своего поведения и деятельности, но и творческие способности, нестандартное мышление, умение видеть свои сильные и слабые стороны, адекватно оценивать свои поступки, развивать коммуникативные навыки.

Ключевые слова: перфекционизм; объектно-ориентированный перфекционизм; субъектно-ориентированный перфекционизм; профессиональная субъектность; ответственность; саморегуляция; рефлексия; креативность; будущие медицинские работники

Для цитирования: Бонкало Т. И. Влияние перфекционизма на формирование профессиональной субъектности будущих медицинских работников // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 257—262. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-257-262

## To the anniversary of the SRIHOMM MDH: Institute staff about current health issues

Original article

### The influence of perfectionism on the formation of professional subjectivity of future medical workers

Tatyana I. Bonkalo

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0887-4995>

**Annotation.** The aim of the study was to identify the features of the relationship between the level of perfectionism and the professional subjectivity of future medical workers. **Methods.** The study surveyed 1,308 medical students studying in the General Medicine program using two diagnostic methods: the multidimensional perfectionism scale (MPS) and the professional subjectivity method of E. N. Azletskaya. **Results.** Statistically significant differences were found between groups of students characterized by low, medium and high levels of perfectionism in the indicators of professional subjectivity: responsibility, self-regulation, emotional intelligence and creativity. It was found that perfectionism indicators positively correlate with responsibility and self-regulation indicators and negatively with creativity and emotional intelligence indicators. **Discussion.** The results of the study correlate with scientifically substantiated information about

the negative impact of perfectionism on the development of personality, its ability to express emotions and recognize emotions of other people, establish psychological contact with them, as well as on the desire of the individual for an unconventional solution of professional problems, its flexibility and creativity. However, it was found that a high level of perfectionism determines the formation of responsibility in future medical workers, the desire to control and manage their activities, which is a prerequisite for the effectiveness of their future professional activities. **Conclusion.** Based on the results of the study, a conclusion is made about the advisability of maintaining the level of perfectionism in future medical workers at average values, which would guarantee the development of professional subjectivity in them, including not only developed responsibility, a tendency to introspection, reflection, the desire for self-regulation of their behavior and activities, but also creativity, unconventional thinking, the ability to see their strengths and weaknesses, adequately assess their actions, develop communication skills.

**Key words:** perfectionism; object-oriented perfectionism; subject-oriented perfectionism; professional subjectivity; responsibility; self-regulation; reflection; creativity; future medical workers

**For citation:** Bonkalo T.I. The influence of perfectionism on the formation of professional subjectivity of future medical workers. *Remedium.* 2024;28(3):257–262. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-257-262

## Введение

Феномен перфекционизма всё больше привлекает внимание исследователей, что связано с наличием научно обоснованных сведений о его негативном влиянии на психическое здоровье личности [1]. Имеются эмпирически подтвержденные данные о взаимосвязи перфекционизма с депрессией [2], суицидальными состояниями [3], тревожностью [4].

В обобщённом смысле слова перфекционизм представляет собой такую характеристику личности, которая отражает её стремление к достижению максимального результата в своей трудовой деятельности, её направленность на получение идеального продукта своего труда [5], что предполагает наличие у человека завышенных требований к самому себе, склонности к идеальному исполнению своей социальной роли и идеальному решению профессиональных задач [6].

В психоаналитических исследованиях перфекционизм рассматривается как характеристика в основном невротического типа личности, стремящейся к совершенству и идеальному образу «Я» [7].

Согласно теории Р. О. Frost, перфекционизм характеризуется боязнью неудач, сомнениями в правильности собственных действий и принятии решений, потребностью в постоянном контроле над собой. При этом чрезмерная самокритика и самообвинения становятся источниками неприятия самого себя [8].

За время изучения феномена перфекционизма раскрыты как отрицательные, так и положительные его стороны [9]. Отмечается, что перфекционизм, с одной стороны, подталкивает личность к постоянной работе над собой, самосовершенствованию и саморазвитию, а с другой стороны — обуславливает её тревожность и беспокойство, становясь фактором её саморазрушения [10]. В связи с этим различают здоровый и невротический (патологический), адаптивный и дезадаптивный, положительный и отрицательный перфекционизм [9].

Исследования перфекционизма среди студенческой молодёжи показывают, что в юношеском возрасте высокие требования к себе как к будущему профессионалу в условиях высокой профессиональной направленности личности имеют самые разнообразные проявления и связаны с разными аспектами её профессионально важных качеств [11]. В этом отношении интерес представляют результаты ис-

следования особенностей влияния перфекционизма на профессионально важные качества личности будущих медицинских работников (МР), среди которых необходимо выделить их профессиональную субъектность как интегративное качество, детерминирующее способность личности управлять своей активностью, регулировать её, обеспечивая эффективное решение профессиональных задач [12].

В. В. Енин приводит данные о взаимосвязи профессиональной субъектности, к которой относит способность к рефлексивной и метакогнитивной оценке своей деятельности и своих достижений, и самоэффективности студентов медицинского вуза [13]. С. В. Хусаинова отмечает, что профессиональная субъектность обеспечивает психическую устойчивость будущего специалиста [14]. Указывается, что профессиональная субъектность является источником развития профессионализма врачей [15].

В связи с вышеизложенным настоящее исследование имело своей целью раскрытие особенностей взаимосвязи перфекционизма и профессиональной субъектности у студентов как будущих МР.

Статья приурочена к празднованию юбилея ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» — 30-летию со дня основания и 10-летию с момента изменения основных целей и направлений деятельности организации.

## Материалы и методы

Опрошены 1308 студентов, обучающихся на 2-х, 3-х и 4-х курсах медицинских вузов по программам медицинского образования по направлению подготовки «Лечебное дело». Для исследования были выбраны два бланковых опросника. Профессиональную субъектность изучали с помощью методики, разработанной Е. Н. Азлецкой [16], где профессиональная субъектность представлена как сложный конструкт, структуру которого составляют ответственность, рефлексивные способности, творческий потенциал, способность регулировать свою деятельность и поведение, управлять своим эмоциональным состоянием и эмоциями других людей. Уровень развития перфекционизма оценивали с помощью методики MPS — многомерной шкалы перфекционизма Хьюитта–Флетта (в адаптации И. И. Грачевой) [17], где выделены три его типа, в зависимости от направленности завышенных требований и стан-

дартов — на себя, или субъектно-ориентированный, на других, или объектно-ориентированный, и на социальные предписания (социально-ориентированный).

В начале исследования, после получения письменного согласия респондентов, была выявлена степень выраженности у них перфекционизма. Результаты исследования, проведённого с помощью обозначенной шкалы, позволили сформировать три исследовательские группы из студентов, характеризующихся низким (1-я группа;  $n = 306$ ), средним (2-я группа;  $n = 624$ ) и высоким (3-я группа;  $n = 378$ ) уровнями перфекционизма. Критерием включения в исследовательские группы служил суммарный балл респондента после прохождения психологического теста. В 3 группах респондентов были исследованы особенности развития профессиональной субъектности.

Для выявления статистически значимых различий между группами был использован непараметрический критерий U Манна-Уитни, для корреляционного анализа — коэффициент корреляции Спирмена.

### Результаты исследования

Процентное распределение студентов — будущих МР по уровню перфекционизма представлен на рис. 1. Почти у половины будущих МР выявлен средний уровень развития перфекционизма (47,71%). Они проявляют перфекционистские характеристики в какой-либо одной значимой для них сфере. Как правило, средний уровень выраженности перфекционизма характеризуется адекватностью восприятия своих возможностей и считается наиболее предпочтительным для достижения успешности в учебной, учебно-профессиональной, научно-исследовательской деятельности творческой личности.

Несмотря на то что большинство опрошенных студентов характеризуются нормальным, т. е. средним уровнем развития перфекционизма, настораживает тот факт, что почти у трети респондентов (28,90%) выявлен высокий уровень чрезмерного стремления к достижению своего идеального образа. Стремясь к совершенству, такие студенты основным мотивом своей активности избирают достижение идеального образа студента медицинского вуза и будущего врача-профессионала. Имея склонность к строгим оценкам себя, они очень чувствительны к ожиданиям, пусть даже и мнимым, других, к их одобрениям и наградам. Убеждённые в том, что к ним предъявляются очень высокие требования, и что, несмотря на это, они должны им соответствовать, поскольку выбрали медицинскую профессию, такие студенты испытывают острую потребность в самоанализе, самокритике, самопознании, самообразовании и самосовершенствовании. Высокий уровень перфекционизма, однако, может оказывать и негативное влияние на возникновение у таких студентов аутодеструктивных тенденций, страха не оправдать ожидания других, совершить собственную ошибку, что не может не отражать-



Рис. 1. Процентное распределение будущих МР по уровню перфекционизма, %.

ся на их позиции в профессиональной деятельности, в становлении профессиональной субъектности.

Почти четверть (23,39%) студентов, напротив, характеризуются низким уровнем развития перфекционизма. Они не стремятся к достижению высоких результатов, в том числе в учебной и будущей профессиональной деятельности, не предъявляют к себе завышенные требования, считают, что все идёт нормально и что они вполне удовлетворены текущим состоянием дел. Убеждённости в том, что всё с их профессиональным образованием и профессиональной подготовкой хорошо, может стать источником успокоенности и нежелания что-то менять, неготовности к саморазвитию, а следовательно, и к субъектной позиции в профессиональном взаимодействии и в решении профессиональных задач.

Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей уровня развития разных типов перфекционизма свидетельствуют о том, что у большинства будущих МР выявлен высокий уровень социально предписанного перфекционизма (рис. 2). Многие из них считают, что социум предъявляет чрезмерно высокие требования к врачам, что такие требования либо нереальные, а потому и невыполнимые, либо, напротив, диктуют необходимость к постоянному контролю над собой и своим поведением, и чтобы соответствовать социальным стандартам, необходимо много работать и постоянно совершенствоваться.

Распределение студентов 3-й группы по типам перфекционизма свидетельствует о том, что большинство из них характеризуются объектно-ориентированным перфекционизмом. Подобное преобладание социально предписанного типа перфекционизма среди будущих МР с высоким уровнем перфекционизма можно объяснить тем, что студенты могут испытывать давление со стороны общественного мнения о том, каким должен быть врач, осознание важности выбранной профессии, которая



Рис. 2. Среднегрупповые показатели по субшкалам MPS.

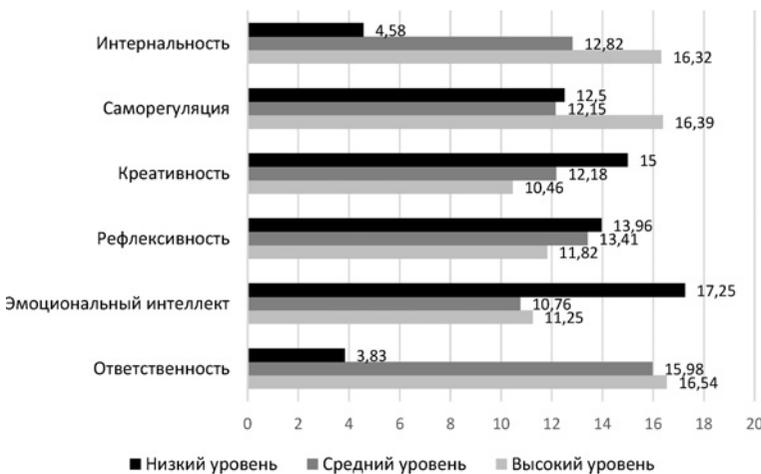


Рис. 3. Среднегрупповые показатели профессиональной субъектности будущих МР с разным уровнем развития перфекционизма, баллы.

возлагает ответственность за саму жизнь будущих пациентов.

Как и у студентов 3-й группы, во 2-й группе выражен социально предписанный перфекционизм. Можно предположить, что респонденты этой группы осознают ответственность, которую накладывает на них их будущая профессиональная медицинская деятельность, но при этом способны адекватно оценивать свои силы и возможности. У них есть идеал, к которому они стремятся, но в своём стремлении к совершенству не впадают в крайности, что благоприятно сказывается на их психическом состоянии.

Исследование профессиональной субъектности будущих МР показало, что в целом для многих из них характерен средний уровень развития ответственности, рефлексивности, саморегуляции как показателей субъектной позиции в своём профессионально-личностном развитии.

На рис. 3 представлены результаты исследования профессиональной субъектности будущих МР с разным уровнем развития перфекционизма. В результате сравнительного анализа было выявлено, что между исследовательскими группами существуют статистически достоверные различия по ряду показателей как составляющих профессиональной субъектности.

Так, показатели интернальности, направленности на себя, стремления опираться только на свои силы, что сопряжено с высоким уровнем личностной ответственности, значимо выше в 3-й группе студентов по сравнению с 1-й ( $p < 0,05$ ) и 2-й ( $p < 0,001$ ) группами. Значимо выше в 3-й группе и среднегрупповые показатели способностей к саморегуляции своего поведения и деятельности, тогда как между 1-й и 2-й группами студентов значимых различий не зафиксировано.

Высокий уровень ответственности выявлен у большинства студентов 1-й и 2-й групп, что свидетельствует о позитивном влиянии перфекционизма на развитие ответственного отношения к выполняемой деятельности.

Однако следует акцентировать внимание на том факте, что в 1-й группе студентов показатели эмоционального интеллекта ( $p < 0,001$ ) и креативности ( $p < 0,01$ ) были значимо выше, чем в двух других исследовательских группах, причём такие показатели даже в своих средних значениях входят в диапазон ниже среднего уровня. Чрезмерное стремление к достижению высоких стандартов, как правило, навязанных извне, снижает способность мыслить нестандартно и нешаблонно, искать творческие пути для решения новых профессиональных задач. Помимо этого, при высоком уровне перфекционизма наблюдаются трудности в установлении психологического контакта с другими людьми, в распознавании чужих и своих эмоций, что не может негативно не влиять на профессиональное становление будущего МР.

Корреляционный анализ показал, что между уровнем перфекционизма и профессиональной субъектностью существуют определённые взаимосвязи (рис. 4).

Положительные взаимосвязи выявлены между общим уровнем перфекционизма и общим уровнем профессиональной субъектности ( $r = 0,413$ ;  $p < 0,001$ ), а также ответственности ( $r = 0,531$ ;  $p < 0,001$ ). Субъектно-направленный перфекционизм обуславливает развитие ответственности ( $r = 0,485$ ;  $p < 0,001$ ) и саморегуляции ( $r = 0,432$ ;  $p < 0,001$ ). Отрицательные взаимосвязи выявлены между общим уровнем перфекционизма и показателями креативности ( $r = -0,499$ ;  $p < 0,001$ ), социально предписанным перфекционизмом и креативностью ( $r = -0,545$ ;  $p < 0,001$ ).

### Обсуждение

На основании результатов проведённого исследования можно говорить о том, что перфекционизм оказывает избирательное воздействие на профессиональную субъектность будущих МР. Такое влияние имеет как позитивные, так и негативные характеристики, что согласуется с мнением о том, что перфекционизм может рассматриваться как явление отрицательное и одновременно положитель-

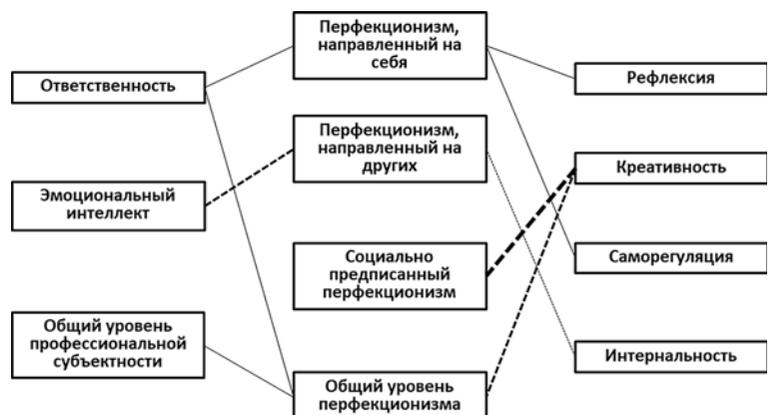


Рис. 4. Корреляционные связи между показателями перфекционизма и профессиональной субъектности будущих МР.

ное, обуславливающее развитие у будущего специалиста ответственности, независимости и субъектной позиции в своём профессиональном становлении [18–20].

В исследовании выявлено, что студенты с высоким уровнем перфекционизма не боятся брать на себя ответственность за свои действия и принятые решения. Они обладают высоким уровнем ответственности, чувством долга, совести и чести, при этом они способны к регуляции своих действий, своего поведения, планированию и моделированию своего поведения. Однако они испытывают серьёзные трудности в установлении доверительных отношений с другими людьми, не ориентируются в особенностях социального, в том числе профессионального, взаимодействия. Им трудно отойти от предписаний, стандартов и шаблонов, а следовательно, в нестандартных и экстремальных ситуациях у них могут возникать чувства растерянности, несобранности, разочарования, страха и неуверенности в себе. Чрезмерный перфекционизм снижает возможность самостоятельно мыслить, быть гибким, мобильным, способным к свободному выражению своих чувств. Недостаток же перфекционизма приводит к успокоенности и чувству удовлетворения собой и своими достижениями, что лишает будущих врачей стремления к непрерывному самосовершенствованию и саморазвитию.

### Заключение

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о необходимости поддержания у будущих МР уровня перфекционизма в средних значениях, что гарантировало бы развитие у них профессиональной субъектности, включающей в себя не только развитую ответственность, склонность к самоанализу, рефлексии, стремление к саморегуляции своего поведения и деятельности, но и творческие способности, нестандартное мышление, умение видеть свои сильные и слабые стороны, адекватно оценивать свои поступки, развивать коммуникативные навыки.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гараян Н. Г. Перфекционизм и психические расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31–40.
2. Гараян Н. Г., Васильева М. Н. Перфекционизм как прогностический признак неблагоприятного течения депрессивных расстройств // Психологический журнал. 2014. Т. 35, № 5. С. 83–93.
3. Реверчук И. В., Главатских М. М. Влияние перфекционизма на суицидальные намерения лиц молодого возраста: принципы доказательной психологии // Образовательный вестник «Сознание». 2018. Т. 20, № 8. С. 56–60. DOI: 10.26787/nydha-2226-7417-2018-20-8-56-60
4. Литвинова Н. Ю. Взаимосвязь перфекционизма и тревожности в деятельности студента // Мир науки, культуры, образования. 2023. № 3. С. 172–174. DOI 10.24412/1991-5497-2023-3100-172-174
5. Ясная В. А., Ениколопов С. Н. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 2007. № 4. С. 157–168.
6. Зеленцова Ю. В. Типологический подход к исследованию перфекционизма в работах зарубежных и отечественных психологов // Приволжский научный вестник. 2015. № 6-2. С. 87–90.

7. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Новые пути в психоанализе. СПб.; 2014.
8. Frost R. O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R. The dimensions of perfectionism // *Cognitive Therapy and Research*. 1990. Vol. 14, N 5. P. 449–468. DOI: 10.1007/bf01172967
9. Ясная В. А., Ениколопов С. Н. Современные модели перфекционизма // Психологические исследования. 2013. Vol. 6, N 29. P. 1. DOI: 10.54359/ps.v6i29.701
10. Гао Л., Киселева Л. Б., Наследов А. Д., Шамаев А. Н. Позитивные и негативные аспекты перфекционистских установок студентов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2017. Т. 7, № 2. С. 115–127. DOI 10.21638/11701/spbu16.2017.201
11. Петровская Т. Ю. О возрастных аспектах перфекционизма // Материалы IV Съезда психотерапевтов, психиатров, психологов и консультантов «Человек в эпоху перемен. Вызовы настоящего, построение будущего». М.; 2015. С. 235–239.
12. Деркач А. А. Профессиональная субъектность как психолого-акмеологический феномен // Акмеология. 2015. № 4. С. 9–21.
13. Енин В. В. Связь характеристик профессиональной субъектности и предметной самооэффективности у студентов медицинского вуза на разных этапах обучения // Человеческий капитал. 2023. № 7. С. 212–220. DOI: 10.25629/HC.2023.07.25
14. Хусаинова С. В. Концепция психологической устойчивости обучающегося в учебно-профессиональной деятельности // Казанский педагогический журнал. 2018. № 5. С. 218–223.
15. Милехин С. М., Дербенев Д. П., Орлов Д. А. Приоритетная направленность личности молодого врача на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2019. Т. 23, № 1. С. 115–127. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1
16. Грачева И. И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. 2006. Т. 27, № 6. С. 73–89.
17. Азлецкая Е. Н. Оценка компонентов субъектности: диагностический инструментарий // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Личность и бытие». Краснодар; 2010. С. 8–20.
18. Панина В. В. Исследование особенностей перфекционизма современных студентов // Материалы региональной научно-практической конференции студентов и аспирантов «Психология — наука будущего: поиск молодых учёных». Курск; 2019. С. 62–64.
19. Ларских М. В., Вьюнова Н. И. Системный подход к исследованию и формированию конструктивного перфекционизма студента: методологическая рефлексия // Сборник материалов Всероссийского симпозиума психологов «Психология XXI века: вызовы, поиски, векторы развития». М.; 2019. С. 702–709.
20. Ларских М. В. Проявление перфекционизма в трех ипостасях // Международный научный вестник (Вестник Объединения православных ученых). 2018. № 2. С. 50–55.

### REFERENCES

1. Garanyan N. G. Perfectionism and mental disorders. *Modern therapy of mental disorders*. 2006;(1):31–40. (In Russian).
2. Garanyan N. G., Vasilyeva M. N. Perfectionism as a prognostic sign of an unfavorable course of depressive disorders. *Psychological journal*. 2014;35(5):83–93.
3. Reverchuk I. V., Glavatskikh M. M. The influence of perfectionism on suicidal intentions of young people: principles of evidence-based psychology. *Educational bulletin «Consciousness»*. 2018;20(8):56–60. DOI: 10.26787/nydha-2226-7417-2018-20-8-56-60
4. Litvinova N. Yu. The relationship of perfectionism and anxiety in student activity. *The world of science, culture, and education*. 2023;(3):172–174. DOI 10.24412/1991-5497-2023-3100-172-174
5. Yasnaya V. A., Enikolopov S. N. Perfectionism: the history of study and the current state of the problem. *Questions of psychology*. 2007;(4):157–168.
6. Zelentsova Yu. V. Typological approach to the study of perfectionism in the works of foreign and domestic psychologists. *Volga Scientific Bulletin*. 2015;(6-2):87–90.
7. Horney K. The neurotic personality of our time. New ways in psychoanalysis. St. Petersburg; 2014.
8. Frost R. O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14(5):449–468. DOI: 10.1007/bf01172967
9. Yasnaya V. A., Enikolopov S. N. Modern models of perfectionism. *Psychological research*. 2013;(6):1. DOI: 10.54359/ps.v6i29.701

10. Gao L., Kiseleva L. B., Inheritov A. D., Shamaev A. N. Positive and negative aspects of perfectionist attitudes of students. *Bulletin of St. Petersburg University. Psychology*. 2017;7(2):115–127. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2017.201
11. Petrovskaya T. Yu. On age-related aspects of perfectionism. In: Proceedings of the IV Congress of psychotherapists, psychiatrists, psychologists and consultants «Man in an era of change. Challenges of the present, building the future». 2015:235–239. (In Russian).
12. Derkach A. A. Professional subjectivity as a psychological and acmeological phenomenon. *Acmeology*. 2015;(4):9–21.
13. Enin V. V. The relationship between the characteristics of professional subjectivity and subject self-efficacy among medical university students at different stages of education. *Human capital*. 2023;(7):212–220. DOI: 10.25629/HC.2023.07.25
14. Khusainova S. V. The concept of psychological stability of a student in educational and professional activities. *Kazan Pedagogical Journal*. 2018;(5):218–223.
15. Milekhin S. M., Derbenev D. P., Orlov D. A. The priority orientation of the personality of a young doctor to the professional sphere of life and the solution of professional tasks. *Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine*. 2019;23(1):115–127. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1
16. Gracheva I. I. Adaptation of the method «Multidimensional scale of perfectionism» by P. Hewitt and G. Flett. *Psychological journal*. 2006;27(6):73–89.
17. Azletskaia E. N. Assessment of the components of subjectivity: diagnostic tools. In: Proceedings of the V All-Russian scientific and practical conference «Personality and being». Krasnodar; 2010:8–20.
18. Panina V. V. The study of the features of perfectionism of modern students. In: Materials of the regional scientific and practical conference of students and postgraduates «Psychology — the science of the future: the search for young scientists». Kursk; 2019:62–64. (In Russian).
19. Larskikh M. V., Vyunova N. I. A systematic approach to the study and formation of constructive perfectionism of a student: methodological reflection. In: Collection of materials of the All-Russian Symposium of psychologists «Psychology of the XXI century: challenges, searches, vectors of development». 2019:702–709. (In Russian).
20. Larskikh M. V. The manifestation of perfectionism in three guises. *International Scientific Bulletin (Bulletin of the Association of Orthodox Scientists)*. 2018;2(18):50–55. (In Russian).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-263-268

## Организация национальных регистров сахарного диабета на примере ряда западных стран

Дмитрий Анатольевич Андреев<sup>1✉</sup>, Александр Анатольевич Тимошевский<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

<sup>1</sup>andreevda@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0745-9474>

<sup>2</sup>timoshevskijaa@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5902-7249>

**Аннотация.** Регистры сахарного диабета (СД) являются эффективными инструментами контроля качества лечения, включающего оценку проведения медикаментозных назначений и реализации моделей профилактики осложнений. В статье рассмотрены основные принципы структурной организации национальных регистров СД в ряде западных стран. Отмечено, что дальнейшая стандартизация наборов регистрируемых параметров в медицинских информационных базах будет способствовать развитию методик проведения сравнительных оценок результативности терапии СД в повседневной клинической практике.

**Ключевые слова:** сахарный диабет; медицинские регистры; контроль качества; организация медицинской помощи; обзор

**Для цитирования:** Андреев Д. А., Тимошевский А. А. Организация национальных регистров сахарного диабета на примере ряда западных стран // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 263—268. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-263-268

Review article

## Organization of national diabetes registers based on the examples of a several Western countries

Dmitry A. Andreev<sup>1✉</sup>, Alexander A. Timoshevsky<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

<sup>1</sup>andreevda@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0745-9474>

<sup>2</sup>timoshevskijaa@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5902-7249>

**Abstract.** Diabetes mellitus (DM) registries are effective tools for monitoring the quality of treatment, including assessing the implementation of medication prescriptions and the implementation of models for the prevention of complications. The article examines the basic principles of the structural organization of national DM registers in a number of Western countries. It was noted that further standardization of sets of registered parameters in medical information databases will contribute to the development of methods for conducting comparative assessments of the effectiveness of DM therapy in everyday clinical practice.

**Keywords:** diabetes mellitus; medical registers; quality assurance; organization of medical care; review

**For citation:** Andreev D. A., Timoshevsky A. A. Organization of national diabetes registers based on the examples of a several Western countries. *Remedium*. 2024;28(3):263–268. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-263-268

### Введение

Сахарный диабет (СД) — одна из ведущих причин смертности и снижения качества жизни в мире [1]. Ожидается рост заболеваемости СД, что обусловлено увеличением регистрируемых случаев ожирения и повышением распространённости нездорового образа жизни, а также старением населения [2]. Существует острая необходимость в повышении эффективности терапии СД. Совершенствование качества лечения является важным этапом реализации программ по предотвращению развития осложнений СД. Отмечается высокая обратная корреляция между качеством терапии СД и риском развития сердечно-сосудистых событий [3].

Для оценки качества лечения применяются индикаторы качества (критерии оценки качества). Измерение и сравнение исходов лечения СД в соответ-

ствии с установленными стандартами и критериями позволяет выявить причины вариабельности в оказании медицинской помощи пациентам. Это способствует выработке мер по повышению эффективности терапии и снижению смертности от данного заболевания [4]. В различных странах созданы национальные регистры СД, собирающих широкий набор показателей лечения СД. Данные регистров служат основой для принятия медицинских решений [2]. Регистры являются инструментом контроля качества, а также средством проведения анализа медикаментозных назначений и моделей организации оказания медицинской помощи [4]. Сведения реального мира, аккумулируемые в регистрах, дополняют информацию, получаемую в рандомизированных клинических исследованиях. В мире растёт число стран, реализующих программы работы регистров СД [2].

**Целью** данного исследования стало обобщение основных принципов организации национальных регистров пациентов с СД.

### Материалы и методы

Поиск релевантных литературных источников проводился в библиографической базе PubMed и системе Google. В поисковых запросах применялись ключевые слова: «diabetes mellitus», «registers», «registries». Кроме того, использовались англоязычные названия регистров. Публикации отбирали по результатам рассмотрения названий и резюме.

### Результаты

#### Великобритания

В Великобритании функционирует два наиболее известных регистра СД: Шотландская база данных по СД (Scottish Care Information — Diabetes Collaboration database, SCI-DC) и система национального аудита медицинской помощи при СД (National Diabetes Audit, NDA) [2]. SCI-DC — это интегрированная база данных, объединяющая сведения о пациентах путём применения уникального определителя. Информация собирается через защищённую страницу системы управления электронной клинической сетью. Данные резюмируются и отображаются в удобном формате в виде характеристик пациентов, графиков и цифровых клинических показателей. Специалист здравоохранения может получать онлайн результаты аудита медицинской практики (индикаторы процессов и исходов), проведённом на местном, региональном и национальном уровнях [5].

Одной из особенностей данной электронной системы является возможность регистрации результатов скрининга и выполнения оценки рисков развития таких осложнений СД, как синдром диабетической стопы и диабетической ретинопатии. Для этого в SCI-DC встроен специальный аналитический модуль. Кроме того, интерфейс регистра оснащён гиперссылками на клинические протоколы и рекомендации, привязанные к персонифицированным сведениям и клиническим случаям, что способствует поддержке принятия медицинских решений. Резюмирующая информация может быть распечатана и представлена пациенту в удобной для понимания форме. Подробнее об организации функционирования цифрового регистра SCI-DC в публикации [5].

В рамках работы NDA проводится анализ эффективности оказания противодиабетической помощи в Англии и Уэльсе в соответствии со стандартами и рекомендациями Национального института здравоохранения и передового опыта (NICE). Основная цель функционирования этого регистра — улучшение качества и результатов терапии пациентов с СД. Отчёты NDA формируются в различных форматах: национальные отчёты, дашборды, адаптированные для пациентов версии отчётов<sup>4</sup>.

#### Германия, Австрия, Швейцария, Люксембург

Совместный проспективный наблюдательный регистр СД (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation, DPV) создан с целью совершенствования исходов лечения пациентов с СД в повседневной клинической практике и в рамках многоцентровых исследований путём выполнения процедур стандартизированной регистрации и объективного сравнения показателей качества<sup>5</sup>. Регистр накапливает данные регулярной практики. В данном проекте участвуют более 400 медицинских организаций, в основном из Германии, Австрии, Люксембурга и Швейцарии. Программный продукт, обеспечивающий работу реестра, выполняет регистрацию данных по пациентам (взрослым, детям и подросткам) с СД любого типа<sup>6</sup>.

Каждые 6 мес обезличенные данные о пациентах с СД объединяются и отправляются с использованием специальной программы в университет Ульма для агрегации [6]. Получаемые сведения подвергаются централизованной валидации и анализу. Информация о неполных данных направляется обратно участвующим центрам, которые корректируют и направляют дополненные сведения повторно [7].

#### Дания

Национальный регистр СД (National Diabetes Register, NDR) — это база данных, объединяющая сведения из Национального реестра пациентов (основан в 1977 г; включает сведения о выписках пациентов из стационаров, амбулаторной терапии и т. д.), Национального регистра предоставления услуг в системе медицинского страхования (основан в 1973 г; включает информацию о медицинских услугах, предоставленную медицинскими специалистами), статистического реестра выписанных препаратов (основан в 1993 г. и содержит информации о выписанных противодиабетических препаратах) [8]. Данные Национального регистра служат основой для проведения разнообразных исследований, включая анализ эпидемиологический показателей заболеваемости, распространённости и смертности, ассоциированных с СД [8].

Среди прочих баз данных, функционирующих в Дании, также следует отметить регистр взрослых пациентов с СД, основанный в 2004 г. [2]. Этот реестр сформирован с целью сбора сведений из сегментов первичной (система общей врачебной практики) и вторичной (специализированные клиники амбулаторного звена) медицинской помощи с целью оценки качества проводимой терапии [9]. В реестре аккумулируются наиболее значимые индикаторы медицинских процессов и результатов лечения пациентов. Итоги работы регистра публикуют-

<sup>4</sup> NHS. National Diabetes Audit Programme 2024. URL: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/clinical-audits-and-registries/national-diabetes-audit> (дата обращения: 25.06.2024).

<sup>5</sup> Universität Ulm. Auswertungen DPV-Wiss n.d. URL: <https://buster.zibmt.uni-ulm.de/projekte/DPV/> (дата обращения: 13.06.2024).

<sup>6</sup> Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie. German Diabetes Prospective Follow-up Registry (DPV) n.d. URL: <https://csh.nfdi4health.de/resource/458> (дата обращения: 06.06.2024).

ся в ежегодных отчетах начиная с 2005 г. Сведения собираются путём применения различных информационных технологий: от ручного ввода данных в компьютерную систему до автоматизированной экстракции информации из электронных медицинских карт пациентов. На основании принципов доказательной медицины был разработан список переменных и стандарты. Реестр регистрируемых показателей и примеры отображения данных ежегодного отчёта представлены в публикации М. Е. Jørgensen и соавт. [9].

### Нидерланды

Нидерландский регистр СД у детей и взрослых (Dutch Pediatric and Adult Registry of Diabetes, DPARD) стартовал в 2017 г. при участии нидерландского национального консорциума детских эндокринологов, диабетологов и пациентов с СД [10]. Целью DPARD является сбор и анализ информации о характеристиках популяции пациентов с СД, получающих медицинскую помощь в амбулаторном звене, а также обоснование стратегий обеспечения медицинского менеджмента при СД на основе данных доказательной медицины. Одновременно DPARD предоставляет сведения организациям здравоохранения, касающиеся клинических исходов и возмещения затрат. Кроме того, при функционировании регистра проводится сопоставительный анализ медицинской деятельности на основе эталонных показателей, что повышает «прозрачность» оценок качества лечения СД у пациентов всех возрастных групп. Считается, что результатом работы регистра должно стать снижение бремени СД и повышение качества лечения пациентов [11]. С 2018 г. работой регистра управляет Нидерландский институт клинического аудита [12].

В регистр включают всех пациентов с СД, получающих амбулаторную медицинскую помощь во вторичном и третичном звене. Критерии исключения: диабет беременных (диабет только во время беременности), главным специалистом по лечению СД является «домашний врач», временное стационарное лечение СД (например, лечение СД во время госпитализации по поводу хирургического вмешательства или инфекции, в контексте которой СД требует лечения, а после госпитализации лечение СД снова проводится под контролем «домашнего врача»). Результаты оценок представляются в виде дашбордов Кодмена<sup>7</sup>.

Набор данных в DPARD включает 119 параметров, которые могут быть сгруппированы по 4 категориям:

1) характеристики течения заболевания и пациентов, такие как дата рождения, этнический состав, дата постановки диагноза, тип СД по классификации Всемирной организации здравоохранения;

2) параметры процесса, используемые для регистрации процедур диагностики и наблюдения, таких как клиническое и лабораторное обследование;

3) осложнения и сопутствующие заболевания;

4) лечение, включающее гипогликемическую терапию, оказание помощи при сопутствующих заболеваниях и проведение непрерывного мониторинга уровня глюкозы.

Отбор регистрируемых переменных осуществлён в соответствии со стандартным набором показателей, разработанных Международным консорциумом по измерению исходов в здравоохранении, а также с учётом клинических рекомендаций по лечению СД<sup>8</sup>.

### Норвегия

Наиболее широкую известность получили норвежский регистр взрослых с СД (Norwegian Diabetes Registry for Adults, NDRA) и норвежский регистр детей с СД (Norwegian Childhood Diabetes Registry, NCDR). NDRA по сути является национальным регистром качества оказания услуг пациентам с СД, функционирующим с 2005 г. [2]. Основная цель работы регистра — улучшение качества лечения пациентов в учреждениях первичного звена и больницах. Данные в реестр поступают в цифровом формате. В NDRA регистрируются сведения о пациентах в возрасте 18 лет и старше, предоставивших информированное согласие и страдающие СД 1-го и 2-го типов, а также другими формами СД. В реестр вносятся следующие классы переменных: демографические характеристики и общие данные, результаты лабораторных исследований и итоги предоставления медицинских услуг, информация о видах противодиабетического лечения и терапии сопутствующих заболеваний, сведения об осложнениях СД. Реестр оснащён системой электронной коммуникации и обмена данными с другими медицинскими регистрами Норвегии. Подробная информация о NDRA, рабочем интерфейсе и регистрируемых показателях представлена в публикации [13].

NCDR содержит информацию о детях и подростках с диагностированными случаями СД, а также о качестве проводимого противодиабетического лечения. Реестр основан в 2006 г. путём объединения данных из норвежского регистра СД и норвежского проекта по качеству оказания помощи при СД у детей. Регистрация данных осуществляется после получения информированного согласия от каждого пациента и/или от родителей. База данных включает сведения о новых случаях СД (98% всех случаев относятся к СД 1-го типа), итоги ежегодной отчётности по оказанной помощи при СД, индикаторы качества лечения. Среди информации, касающейся медицинской помощи, собираются такие сведения,

<sup>7</sup>DICA. Dutch Pediatric and Adult Registry of Diabetes n.d. URL: [https://dica.nl/zoekresultaat/?\\_sf\\_s=Dutch%20Pediatric%20and%20Adult%20Registry%20of%20Diabetes](https://dica.nl/zoekresultaat/?_sf_s=Dutch%20Pediatric%20and%20Adult%20Registry%20of%20Diabetes) (дата обращения: 06.06.2024).

<sup>8</sup>ICHOM. International consortium for health outcomes measurement n.d. URL: <https://www.ichom.org/> (дата обращения: 06.06.2024); Federatie Medisch Specialisten. Diabetes mellitus type 2 in de tweede lijn n.d. URL: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes\\_mellitus\\_type\\_2\\_in\\_de\\_tweede\\_lijn/startpagina\\_bij\\_dm2\\_in\\_de\\_tweede\\_lijn.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus_type_2_in_de_tweede_lijn/startpagina_bij_dm2_in_de_tweede_lijn.html) (дата обращения: 06.06.2024).

как уровень гликированного гемоглобина, частота случаев тяжёлой гипогликемии, частота госпитализаций в связи с диабетическим кетоацидозом, результаты скрининга на диабетическую нефропатию и ретинопатию, частота назначения интенсивной инсулиновой терапии (применение инсулиновой помпы или не менее 4 инъекций инсулина в сутки), отношение подростков старше 15 лет к табакокурению. Подробнее о представленных в NCDR сведениях в публикации Т. Skriverhaug [140].

### США

Объединённый реестр диабета (Diabetes Collaborative Registry, DCR) начал работу в 2014 г. под административным управлением со стороны Национальных реестров сердечно-сосудистых данных Американского колледжа кардиологов. В реестре диабета объединяются ретроспективные сведения с 2013 г. [15]. Целью работы этого проспективного реестра стала необходимость создания условий для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с СД и предиабетом путём мониторинга функционирования амбулаторного звена системы первичной и специализированной медицинской помощи по всей территории США [16]. Проект осуществляется благодаря совместным усилиям нескольких партнёрских профессиональных обществ, участвующих в том числе в организации первичной медико-санитарной, эндокринологической и кардиологической помощи.

Как правило, информация собирается из электронных медицинских карт с использованием автоматизированной интегрированной системы. Другим способом сбора является ручной ввод через форму на базе веб-платформы (используется немногочисленными сайтами). Регистр объединяет демографические данные, клинические и лабораторные показатели, сведения о проводимой терапии.

Вся защищённая медицинская информация обезличивается в момент автоматизированной экстракции (или «ручного» ввода) и сохраняется в системе с обеспечением безопасности в соответствии с правовыми документами. Поскольку участие в работе регистра не требует сбора дополнительной медицинской информации, за исключением данных повседневной клинической практики и не представляет дополнительных рисков, то отсутствуют обязательства по получению дополнительного добровольного письменного согласия на сбор данных. В регистр включали пациентов с СД, диагностированным врачом на основании стандартов, используемых в клинической практике.

### Швеция

Национальный регистр СД (National Diabetes Register, NDR) в 1996 г. по инициативе Шведского общества диабетологов с целью развития организации оказания медицинской помощи, основанной на принципах доказательной медицины, путём предоставления актуальной информации об изменениях в практике лечения гликемии и других факторов риска, а также осложнений СД. Задачами работы реги-

стры являются снижение смертности и повышение эффективности затрат противодиабетической помощи<sup>9</sup>.

В NDR собираются сведения по следующим группам переменных: клинические характеристики пациентов, факторы образа жизни (индекс массы тела, уровень физической активности, отношение к табакокурению); данные мониторинга достижения гликемического контроля и частоты использования технических устройств (уровень гликированного гемоглобина и т. д.); показатели артериального давления и уровня липидов, а также сведения о применении антигипертензивной и гиполипидемической терапии; клинические параметры, отражающие развитие осложнений СД (альбуминурия, ретинопатия, частота и результаты обследования офтальмологом, контроль за состоянием стоп); результаты регистрации исходов и персонального опыта, сообщаемых пациентами.

В регистрации данных участвуют специализированные отделения больниц и клиники первичной медицинской помощи. Обеспечение повышения качества лечения СД — вторая цель работы регистра. С 2015 г. в регистр поступают отчёты из всех 21 провинций и 91 специализированной клиники, а также из большинства клиник первичной медицинской помощи. Таким образом, 100% специализированных клиник и 90% центров первичной медицинской помощи участвуют в работе регистра. Распространённость СД в Швеции составляет приблизительно 5,5%. С апреля 2002 г. регистр функционирует в онлайн-режиме, что позволяет отдельным клиникам быстро и регулярно получать информацию об их медицинской деятельности путём предоставления доступа к собственным результатам и статистическим показателям по стране с целью проведения сравнительных оценок. Более 70% сведений регистрируется в автоматизированном режиме. Регистрация персонализированных сведений в регистре производится после получения информированного согласия.

### Обсуждение

В данном исследовании рассмотрены основные принципы организации ряда регистров СД. Подробный сравнительный обзор наборов клинических данных, регистрируемых в национальных информационных базах по пациентам с СД, суммирован и обсуждается в публикации J.C. G. Bak и соавт. [2]. В целом все национальные реестры включают комплекс различных параметров, хотя их набор отличается между регистрами. Многие регистры, например, функционирующие в США, Великобритании, Германии, Норвегии, Дании, Швеции, содержат индикаторы качества проведённого лечения, что позволяет оценивать результативность лечения в динамике на основании данных реальной клиниче-

<sup>9</sup>Centre of Registers Västra Götaland. Swedish National Diabetes Register NDR. Nationwide results 1996–2020 n.d. URL: [https://www.ndr.nu/pdfs/NationWideResults\\_1996-2020.pdf](https://www.ndr.nu/pdfs/NationWideResults_1996-2020.pdf) (дата обращения: 13.06.2024).

ской практики [2, 4]. Итоги подобных оценок позволяют определять степень соответствия оказываемой медицинской помощи утверждённым клиническим рекомендациям, а также идентифицировать ряд потребностей системы здравоохранения, возникающих при организации качественной помощи пациентам с СД [2].

Существует значительная вариабельность в регистрируемых параметрах между медицинскими информационными базами. При этом одной из целей работы большинства реестров является регистрация назначенной терапии. В регистрах США, Шотландии, Германии в основном накапливаются данные, относящиеся к достижению гликемического контроля, сопутствующим заболеваниям и смертности. Многие регистры функционируют с целью всестороннего совершенствования качества оказания противодиабетической помощи путём оптимизации гликемического контроля, организации наблюдения и терапии артериальной гипертензии, улучшения долгосрочных исходов лечения. Работа регистров также способствует обнаружению неожиданных кардиоваскулярных и иных осложнений СД [2, 17]. Дальнейшая стандартизация набора регистрируемых параметров в медицинских базах будет способствовать развитию сравнительных оценок и улучшению результативности проводимой терапии СД в повседневной клинической практике.

### Заключение

СД является одной из основных причин смертности и снижения качества жизни во всём мире. В связи с этим необходимы эффективные меры по предотвращению развития осложнений и улучшению качества жизни пациентов с СД. В представленной работе были обобщены и проанализированы ключевые принципы организации национальных регистров пациентов с СД в различных странах. Исследование подтвердило важность наличия национальных регистров как инструмента для мониторинга качества медицинской помощи, оценки эффективности терапевтических подходов и управления здравоохранением на уровне государства. Регистры, применяемые в Великобритании, Германии, Дании, Норвегии, США и Швеции, предоставляют ценные данные, используемые для адаптации клинических практик и улучшения исходов лечения СД.

Полученные данные свидетельствуют о том, что эффективное использование регистров может значительно повысить уровень здоровья пациентов за счёт оптимизации лечебных стратегий и профилактики осложнений. Развитие и интеграция регистров в систему здравоохранения требует комплексного подхода, включая стандартизацию сбора данных, обеспечение их защиты и анализа для формирования научно обоснованной медицинской практики.

В дальнейшем усиление функционала регистров, расширение их возможностей по анализу и обработке данных, а также улучшение доступа к информации для всех заинтересованных сторон может стать ключевым аспектом улучшения качества жизни

пациентов с СД и снижения нагрузки на национальные системы здравоохранения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Sarfo J. O., Obeng P., Kyereh H. K. et al. Self-determination theory and quality of life of adults with diabetes: a scoping review // *J. Diabetes Res.* 2023. Vol. 2023. P. 5341656. DOI: 10.1155/2023/5341656
2. Bak J. C.G., Serné E. H., Kramer M. H.H. et al. National diabetes registries: do they make a difference? // *Acta Diabetol.* 2021. Vol. 58. P. 267–278. DOI: 10.1007/s00592-020-01576-8
3. Hermans M. P., Elisaf M., Michel G. et al. Benchmarking is associated with improved quality of care in type 2 diabetes // *Diabetes Care.* 2013. Vol. 36. P. 3388–2295. DOI: 10.2337/dc12-1853
4. Bak J. C.G., Serné E. H., Wouters M. W.J.M. et al. Potency of quality indicators in Dutch and international diabetes registries // *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev.* 2024. Vol. 18. P. 102920. DOI: 10.1016/j.dsx.2023.102920
5. Emslie-Smith A. The SCI-DC system: helping to improve diabetes outcomes in Scotland // *Diabetes Prim. Care.* 2010. Vol. 12. P. 142–150.
6. Biester T., Schwandt A., Heidtmann B. et al. Declining frequency of acute complications associated with tubeless insulin pump use: data from 2,911 patients in the German/Austrian Diabetes Patienten Verlaufsdokumentation Registry // *Diabetes Technol. Ther.* 2021. Vol. 23. P. 527–36. DOI: 10.1089/dia.2020.0675
7. Warncke K., Eckert A., Bonifacio E. et al. Characterisation and clinical outcomes in children and adolescents with diabetes according to newly defined subgroups: a cohort study from the DPV registry // *EClinicalMedicine.* 2023. Vol. 64. P. 102208. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102208
8. Carstensen B., Kristensen J. K., Ottosen P., Borch-Johnsen K. The Danish National Diabetes Register: trends in incidence, prevalence and mortality // *Diabetologia.* 2008. Vol. 51. P. 2187–2196. DOI: 10.1007/s00125-008-1156-z
9. Jørgensen M. E., Kolding J., Reventlov Husted G. et al. The Danish Adult Diabetes Registry // *Clin. Epidemiol.* 2016. Vol. 8. P. 429–434. DOI: 10.2147/CLEP.S99518
10. Bak J. C.G., Mul D., Serné E. H. et al. DPARD: rationale, design and initial results from the Dutch national diabetes registry // *BMC Endocr. Disord.* 2021. Vol. 21. P. 122. DOI: 10.1186/s12902-021-00782-x
11. Eliasson B., Gudbjörnsdóttir S. Diabetes care — improvement through measurement // *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2014. Vol. 106. P. S291–S294. DOI: 10.1016/S0168-8227(14)70732-6
12. Beck N., van Bommel A. C., Eddes E. H. et al. The Dutch Institute for Clinical Auditing: achieving Codman's dream on a nationwide basis // *Ann. Surg.* 2020. Vol. 271. P. 627–631. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003665
13. Cooper J. G., Thue G., Claudi T. et al. The Norwegian Diabetes Register for Adults — an overview of the first years // *Nor. Epidemiol.* 2013. Vol. 23, N 1. P. 29–34. DOI: 10.5324/nje.v23i1.1599
14. Skriverhaug T. Norwegian Childhood Diabetes Registry: childhood onset diabetes in Norway 1973–2012 // *Nor. Epidemiol.* 2013. Vol. 23, N 1. P. 23–27. DOI: 10.5324/nje.v23i1.1598
15. Arnold S. V., Gosch K., Kosiborod M. et al. Contemporary use of cardiovascular risk reduction strategies in type 2 diabetes. Insights from the diabetes collaborative registry // *Am. Heart J.* 2023. Vol. 263. P. 104–111. DOI: 10.1016/j.ahj.2023.05.002
16. Arnold S. V., Inzucchi S. E., McGuire D. K. et al. Evaluating the quality of comprehensive cardiometabolic care for patients with type 2 diabetes in the U.S.: The Diabetes Collaborative Registry // *Diabetes Care.* 2016. Vol. 39. P. e99–e101. DOI: 10.2337/dc16-0585
17. Lind M., Olsson M., Rosengren A. et al. The relationship between glycaemic control and heart failure in 83,021 patients with type 2 diabetes // *Diabetologia.* 2012. Vol. 55. P. 2946–2453. DOI: 10.1007/s00125-012-2681-3

### REFERENCES

1. Sarfo J. O., Obeng P., Kyereh H. K. et al. Self-determination theory and quality of life of adults with diabetes: a scoping review. *J. Diabetes Res.* 2023;2023:5341656. DOI: 10.1155/2023/5341656
2. Bak J. C.G., Serné E. H., Kramer M. H.H. et al. National diabetes registries: do they make a difference? *Acta Diabetol.* 2021;58:267–278. DOI: 10.1007/s00592-020-01576-8
3. Hermans M. P., Elisaf M., Michel G. et al. Benchmarking is associated with improved quality of care in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2013;36:3388–3395. DOI: 10.2337/dc12-1853

4. Bak J. C.G., Serné E. H., Wouters M. W.J.M. et al. Potency of quality indicators in Dutch and international diabetes registries. *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev.* 2024;18:102920. DOI: 10.1016/j.dsx.2023.102920
5. Emslie-Smith A. The SCI-DC system: helping to improve diabetes outcomes in Scotland. *Diabetes Prim. Care* 2010;12:142–150.
6. Biester T., Schwandt A., Heidtmann B. et al. Declining frequency of acute complications associated with tubeless insulin pump use: data from 2,911 patients in the German/Austrian Diabetes Patientent Verlaufsdokumentation Registry. *Diabetes Technol. Ther.* 2021;23:527–536. DOI: 10.1089/dia.2020.0675
7. Warncke K., Eckert A., Bonifacio E. et al. Characterisation and clinical outcomes in children and adolescents with diabetes according to newly defined subgroups: a cohort study from the DPV registry. *EClinicalMedicine.* 2023;64:102208. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102208
8. Carstensen B., Kristensen J. K., Ottosen P., Borch-Johnsen K. The Danish National Diabetes Register: trends in incidence, prevalence and mortality. *Diabetologia.* 2008;51:2187–2196. DOI: 10.1007/s00125-008-1156-z
9. Jørgensen M. E., Kolding J., Reventlov Husted G. et al. The Danish Adult Diabetes Registry. *Clin. Epidemiol.* 2016;8:429–434. DOI: 10.2147/CLEP.S99518
10. Bak J. C.G., Mul D., Serné E. H. et al. DPARD: rationale, design and initial results from the Dutch national diabetes registry. *BMC Endocr. Disord.* 2021;21:122. DOI: 10.1186/s12902-021-00782-x
11. Eliasson B., Gudbjörnsdóttir S. Diabetes care — improvement through measurement. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2014;106:S291–S294. DOI: 10.1016/S0168-8227(14)70732-6
12. Beck N., van Bommel A. C., Eddes E. H. et al. The Dutch Institute for Clinical Auditing: achieving Codman's dream on a nationwide basis. *Ann. Surg.* 2020;271:627–631. DOI: 10.1097/SLA.0000000000003665
13. Cooper J. G., Thue G., Claudi T. et al. The Norwegian Diabetes Register for Adults — an overview of the first years. *Nor. Epidemiol.* 2013;23(1):29–34. DOI: 10.5324/nje.v23i1.1599
14. Skrivarhaug T. Norwegian Childhood Diabetes Registry: childhood onset diabetes in Norway 1973–2012. *Nor. Epidemiol.* 2013;23(1):23–27. DOI: 10.5324/nje.v23i1.1598
15. Arnold S. V., Gosch K., Kosiborod M. et al. Contemporary use of cardiovascular risk reduction strategies in type 2 diabetes. Insights from the diabetes collaborative registry. *Am. Heart J.* 2023;263:104–111. DOI: 10.1016/j.ahj.2023.05.002
16. Arnold S. V., Inzucchi S. E., McGuire D. K. et al. Evaluating the quality of comprehensive cardiometabolic care for patients with type 2 diabetes in the U.S.: The Diabetes Collaborative Registry. *Diabetes Care.* 2016;39:e99–e101. DOI: 10.2337/dc16-0585
17. Lind M., Olsson M., Rosengren A. et al. The relationship between glycaemic control and heart failure in 83,021 patients with type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2012;55:2946–53. DOI: 10.1007/s00125-012-2681-3

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024. The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Научная статья

УДК 65.01

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-269-274

## Изучение медицинского туризма на основе базовых научных теорий

Сергей Юрьевич Белошистый<sup>1</sup>, Екатерина Александровна Кордубан<sup>2</sup>,  
Полина Игоревна Ананченкова<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента,  
Москва, Россия;

<sup>2,3</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,  
г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>sergei\_beloshisty@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-0767-5987>

<sup>2</sup>e.korduban@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-8390-0073>

<sup>3</sup>ananchenkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

**Аннотация.** Медицинский туризм предполагает пересечение границ места постоянного проживания пациента-туриста для получения медицинской помощи, включая плановое лечение, косметические операции и другие формы медицинского обслуживания. В основе этого феномена лежат несколько научных теорий, которые помогают объяснить, почему и как люди решают путешествовать для получения медицинской помощи. Базовые теории помогают понять комплексный характер медицинского туризма и то, как различные факторы взаимодействуют, влияя на решения людей путешествовать за медицинской помощью.

**Ключевые слова:** теория; медицинский туризм; теоретические основы; поведение потребителей; формирование маркетинговой стратегии; повышение эффективности медицинской организации

**Для цитирования:** Белошистый С. Ю., Кордубан Е. А., Ананченкова П. И. Изучение медицинского туризма на основе базовых научных теорий // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 269–274. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-269-274

Review article

## The study of medical tourism based on basic scientific theories

Sergey Yu. Beloshisty<sup>1</sup>, Ekaterina A. Korduban<sup>2</sup>, Polina I. Ananchenkova<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia;

<sup>2,3</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>sergei\_beloshisty@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0009-0767-5987>

<sup>2</sup>e.korduban@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-8390-0073>

<sup>3</sup>ananchenkova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1791-1292>

**Annotation.** Medical tourism involves crossing the borders of the place of permanent residence of a tourist patient to receive medical care, including routine treatment, cosmetic surgery and other forms of medical care. This phenomenon is based on several scientific theories that help explain why and how people decide to travel to receive medical care. Basic theories help to understand the complex nature of medical tourism and how various factors interact to influence people's decisions to travel for medical care.

**Key words:** theory; medical tourism; theoretical foundations; consumer behavior; formation of a marketing strategy; improving the efficiency of a medical organization

**For citation:** Beloshisty S. Yu., Korduban E. A., Ananchenkova P. I. The study of medical tourism based on basic scientific theories. *Remedium*. 2024;28(3):269–274. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-269-274

## Введение

Медицинский туризм (МТ) представляет собой пересечение двух динамично развивающихся отраслей — медицины и туризма. Он позволяет пациентам получать высококачественные медицинские услуги за границей, одновременно наслаждаясь культурными и туристическими возможностями посещаемых стран.

Исследованием МТ занимаются представители разных научных направлений: экономисты, географы, социологи, медики и др. В пространстве науч-

ных публикаций можно выделить ряд базовых подходов, определяющих теоретические основы проводимых фундаментальных и прикладных исследований.

**Цель работы** — провести краткий обзор основных теорий изучения МТ как медико-социального феномена.

## Материалы и методы

Изучены современные теории, позволяющие проводить разносторонние исследования МТ как медико-социального процесса.

## Результаты и обсуждение

МТ предполагает пересечение границ места постоянного проживания пациента-туриста для получения медицинской помощи, включающий плановое лечение, косметические операции и другие формы медицинского обслуживания. В основе этого феномена лежат несколько научных теорий, которые помогают объяснить, почему и как люди решают путешествовать для получения медицинской помощи.

### *Теория потребительского выбора*

Эта теория объясняет МТ с точки зрения экономики и психологии потребителей. В соответствии с ней пациенты стремятся максимизировать выгоды и минимизировать затраты, выбирая медицину за рубежом в зависимости от качества и стоимости услуг. Они анализируют такие факторы, как цена лечения, доступ к высококвалифицированным специалистам, инновационные методы лечения, время ожидания и даже культурные или языковые барьеры. Среди авторов, изучавших феномен МТ через призму теории потребительского выбора, можно назвать П. И. Ананченкову и соавт. [1], А. А. Констанян [2], М. Altin и соавт. [3], N. Lunt и соавт. [4] и др.

Теория потребительского выбора в контексте МТ изучает, как индивидуумы принимают решения о поездке за границу для получения медицинских услуг, основываясь на рациональных и осознанных оценках различных факторов. Эта теория предполагает, что потребители (в данном случае пациенты) действуют рационально, стремясь максимизировать свою пользу, минимизировать затраты и сделать оптимальный выбор среди доступных вариантов.

Основными аспектами теории потребительского выбора в МТ являются соотношение цена/качество, уровень информированности, индивидуальные, психологические и социально-культурные факторы, а также соотношение потенциальных рисков и потенциальных выгод от получения медицинской помощи за границей.

Изучая уровень цен на медицинские услуги и качества услуг, пациенты-туристы выбирают медицинские услуги за границей, если они считают, что могут получить лучшее качество услуг за меньшие деньги. Например, пациент может решить поехать в другую страну, где та же процедура стоит дешевле, но при этом предоставляется на том же или более высоком уровне качества.

Теория потребительского выбора подчёркивает важность информации в том смысле, что пациенты, обладая доступом к информации о медицинских учреждениях, врачах, результатах лечения и опыте других пациентов, могут принять более осознанное решение. Интернет и социальные сети играют важную роль в предоставлении такой информации, что помогает пациентам сравнивать и выбирать наилучшие варианты.

Личные или индивидуальные предпочтения, такие как предпочтения определённой культуры или

языка, могут также влиять на выбор медицинского учреждения и непосредственно специалиста, оказывающего медицинскую помощь. Пациенты могут выбирать те регионы, где они чувствуют себя комфортно с точки зрения культурных особенностей, языка или даже климатических условий. Необходимо учитывать и психологические аспекты выбора. Например, пациент может чувствовать себя более уверенно и комфортно, выбирая известную клинику с положительными отзывами, даже если это требует дополнительных затрат или дальнего перелёта.

Потребительский выбор также включает оценку рисков и выгод. Пациенты рассматривают потенциальные риски, связанные с лечением за границей, такие как юридические проблемы, возможность осложнений или качество послелечебного ухода. Они также взвешивают эти риски против ожидаемых выгод, таких как экономия денег или более высокий уровень медицинского обслуживания.

### *Теория толчка и тяги*

Теория толчка и тяги используется для объяснения миграционных процессов, включая МТ. В рамках данной теории исследованиям МТ посвящены работы [5–8] и др.

В контексте МТ эта теория помогает понять, почему люди решают покинуть свою страну (факторы толчка) и почему они выбирают конкретное зарубежное направление для лечения (факторы тяги). Эта теория основывается на идее, что существует ряд факторов, которые «тянут» людей к определённому месту для лечения (например, высококачественное медицинское обслуживание, технологии, репутация клиник) и «толкают» их покинуть свою страну (например, высокие цены, длинные очереди, отсутствие нужных медицинских услуг). Решение о МТ принимают, исходя из сравнения преимуществ и недостатков лечения дома и за границей.

Применение теории толчка и тяги в изучении МТ имеет практическое значение для нескольких заинтересованных сторон, включая правительственные органы, медицинские учреждения и маркетологов. Понимание факторов толчка помогает правительствам и медицинским организациям определить слабые стороны своей системы здравоохранения, которые вынуждают граждан искать лечение за границей. Это может включать реформы для сокращения времени ожидания, улучшение качества услуг или снижение стоимости медицинской помощи. Устранение этих недостатков может уменьшить отток пациентов в другие страны. Страны, заинтересованные в развитии МТ, могут использовать понимание факторов тяги для привлечения международных пациентов. Это может включать инвестиции в инновационные медицинские технологии, улучшение качества обслуживания, создание конкурентоспособных цен и продвижение своих услуг на международных рынках.

Также понимание факторов толчка и тяги может способствовать развитию международного сотрудничества между странами. Например, некоторые страны могут заключать соглашения о предоставле-

нии медицинских услуг для граждан других стран, что может быть выгодно для обеих сторон. Это может включать создание специализированных клиник или медицинских центров, ориентированных на международных пациентов. Правительства стран-получателей медицинских туристов могут использовать теорию толчка и тяги для разработки политики, направленной на улучшение регулирования в сфере МТ. Это может включать установление стандартов качества, аккредитацию медицинских учреждений, обеспечение прозрачности и безопасности для иностранных пациентов.

Медицинские учреждения и клиники, заинтересованные в привлечении пациентов из-за рубежа, могут использовать информацию о факторах тяги для разработки маркетинговых кампаний. Они могут акцентировать внимание на уникальных преимуществах своего предложения, таких как передовые методы лечения, высококвалифицированные специалисты или благоприятные условия для восстановления после лечения.

Несмотря на свою полезность, теория толчка и тяги имеет некоторые ограничения:

- упрощение сложных процессов: теория может слишком упрощать сложные процессы, влияющие на решения пациентов;
- индивидуальные различия в рамках теории предполагают, что все пациенты реагируют на определённые факторы одинаково, однако индивидуальные предпочтения и обстоятельства могут сильно варьироваться. Личные потребности, страхи, финансовые возможности и другие индивидуальные аспекты могут существенно влиять на решение о поездке за границу для лечения;
- социальные и культурные различия между странами могут усложнять применение этой теории: то, что является фактором толчка в одной стране, может не быть значимым в другой из-за различий в социальной структуре или восприятии медицинской помощи.

#### *Теория глобализации*

МТ является частью глобализационных процессов, которые облегчают перемещение людей, услуг и технологий между странами. Развитие коммуникаций и транспортной инфраструктуры делает доступным лечение за рубежом, а стандарты медицины становятся всё более унифицированными благодаря международным аккредитациям и сертификациям. Глобализация также способствует тому, что страны становятся конкурентоспособными на мировом рынке медицинских услуг.

Теория глобализации играет важную роль в изучении МТ, поскольку этот феномен неразрывно связан с процессами глобализации. Глобализация в широком смысле означает усиление взаимосвязей и взаимозависимостей между странами, что приводит к активному обмену людьми, идеями, технологиями и капиталом. В контексте МТ теория глобализации помогает объяснить, как и почему медицинские

услуги становятся всё более доступными на международном уровне.

Одним из ключевых аспектов глобализации является стремительное развитие технологий, в том числе в области медицины и коммуникаций. Благодаря интернету и современным средствам связи пациенты имеют доступ к огромному количеству информации о медицинских услугах по всему миру. Они могут изучать отзывы, сравнивать цены, получать консультации и даже заказывать медицинские услуги онлайн. Это упрощает процесс принятия решения о поездке за границу для получения медицинской помощи.

Глобализация привела к распространению международных стандартов качества в области здравоохранения. Клиники и медицинские учреждения в разных странах стремятся получить аккредитации и сертификации от международных организаций, таких как Joint Commission International. Это создаёт доверие у пациентов и способствует развитию МТ, поскольку люди могут быть уверены в высоком уровне медицинского обслуживания независимо от того, где оно предоставляется.

Экономическая глобализация открывает новые рынки и усиливает конкуренцию среди медицинских учреждений в разных странах. Развитие МТ стало частью этой тенденции, когда страны активно продвигают свои медицинские услуги на международной арене, стремясь привлечь иностранных пациентов. Это также ведёт к развитию специализированных клиник, которые ориентированы на международных пациентов и предлагают конкурентоспособные цены и услуги.

Глобализация также способствует миграции медицинских специалистов между странами. Высококвалифицированные врачи, хирурги и другие медицинские работники могут работать в разных странах, повышая качество медицинских услуг и способствуя развитию МТ. Пациенты могут получать доступ к лучшим специалистам мира, независимо от их географического положения.

Глобализация ведёт к культурной интеграции, что помогает уменьшить барьеры для пациентов из разных стран. Многие медицинские учреждения в принимающих странах адаптируют свои услуги для международных пациентов, учитывая их культурные, религиозные и языковые потребности. Это делает лечение за рубежом более комфортным и привлекательным.

В условиях глобализации возникают новые вызовы, связанные с юридическими и этическими аспектами МТ. Разные страны могут иметь различные законы и правила, касающиеся медицинских услуг, что может создавать сложности для пациентов. Однако глобализация также способствует развитию международного сотрудничества в этой области, что помогает создавать общие рамки и стандарты для решения таких вопросов.

Медицинские учреждения и правительства могут использовать понимание глобализационных процессов для разработки стратегий привлечения международных пациентов. Это включает улучшение

качества услуг, адаптацию к культурным потребностям пациентов и активное использование технологий для продвижения на глобальном уровне. Глобализация способствует развитию партнёрских отношений между странами в области медицины. Это может включать совместные исследования, обмен медицинскими кадрами, создание международных медицинских кластеров и других форм сотрудничества, которые способствуют развитию МТ. В условиях глобализации важно создавать правовые и этические стандарты, которые бы регулировали практику МТ. Это может включать обеспечение прав пациентов, прозрачность медицинских услуг и защиту от возможных рисков, связанных с лечением за границей.

Теория глобализации объясняет, как процессы глобализации влияют на развитие МТ, делая его более доступным и привлекательным для пациентов по всему миру. Глобализация облегчает доступ к медицинским услугам, повышает качество обслуживания, усиливает конкуренцию среди медицинских учреждений и способствует миграции медицинских кадров. Однако она также создаёт новые вызовы, связанные с регулированием, культурной адаптацией и этическими аспектами МТ. Понимание этих процессов позволяет лучше управлять развитием МТ и эффективно использовать его потенциал на глобальном уровне. МТ через призму теории глобализации рассмотрен в работах [9–12] и др.

#### *Теория социальных сетей и коммуникации*

Эта теория объясняет, как информация о МТ распространяется через социальные сети и другие каналы коммуникации, а также как она влияет на решения пациентов о поездке за границу для получения медицинской помощи. Интернет и социальные медиа играют ключевую роль в распространении отзывов, рекомендаций и историй успеха, влияя на решение людей о выборе той или иной страны и клиники. Доступность информации, включая оценки и отзывы, позволяет потенциальным пациентам делать осознанный выбор.

Теория социальных сетей и коммуникации играет ключевую роль в изучении МТ, поскольку в современном мире информация, отзывы и личные рекомендации становятся важными факторами, влияющими на выбор пациентов. Основные аспекты этой теории представлены в работах [13–15] и др.

Социальные сети и специализированные форумы играют важную роль в распространении информации о МТ. Пациенты могут делиться своими личными историями, отзывами, фотографиями до и после процедур, а также рекомендациями. Эта информация оказывает значительное влияние на потенциальных медицинских туристов, помогая им делать осознанный выбор.

В социальных сетях лидеры мнений и инфлюенсеры (включая медицинских специалистов и знаменитостей вне медицинской сферы) могут оказывать сильное влияние на решения людей о выборе клиники или страны для лечения. Их отзывы и рекомендации воспринимаются как надёжный источник

информации и могут значительно повысить популярность определённых направлений в МТ.

Специализированные онлайн-платформы и форумы, где пациенты обсуждают свои медицинские проблемы, являются важным источником информации. Эти платформы позволяют пациентам обмениваться опытом, задавать вопросы и получать советы от тех, кто уже прошёл через аналогичные процедуры. Это создаёт эффект «коллективного разума», где информация формируется и уточняется благодаря участию большого числа людей.

Медицинские учреждения активно используют возможности онлайн-рекламы для продвижения своих услуг среди международных пациентов. Используя данные социальных сетей и поведенческую аналитику, клиники могут нацеливать рекламу на потенциальных медицинских туристов, предлагая им услуги, которые соответствуют их ожиданиям.

Популяризация мобильных приложений и телемедицины также способствует развитию МТ. Пациенты могут использовать приложения для поиска и сравнения медицинских услуг, получения консультаций с врачами и даже для организации поездок. Это упрощает процесс выбора и делает его более удобным и доступным.

Социальные сети также играют важную роль в формировании общественного мнения о МТ. Позитивные отзывы и успешные истории могут повысить доверие к определённым направлениям, в то время как негативные отзывы и случаи неудач могут значительно снизить привлекательность клиник и стран. Таким образом, репутация медицинских учреждений во многом формируется через цифровое взаимодействие.

Применение теории социальных сетей и коммуникации в МТ позволяет формировать маркетинговые стратегии для медицинских учреждений, осуществлять мониторинг и управление репутацией медицинской организации, использовать аналитику данных, развивать телемедицину и цифровые сервисы.

#### *Теория рисков и доверия*

Риск является важным аспектом в принятии решения о МТ. Пациенты должны учитывать риски, связанные с качеством медицинского обслуживания, культурными различиями, правовыми аспектами и возможными осложнениями. Уровень доверия к конкретной стране, клинике и медицинским специалистам играет решающую роль в снижении восприятия риска и способствует принятию решения о поездке.

Теория рисков и доверия является важным инструментом в изучении МТ, т. к. она помогает понять, как пациенты оценивают и управляют потенциальными рисками, связанными с лечением за границей, и как они формируют доверие к иностранным медицинским учреждениям. Эта теория анализирует, какие факторы влияют на восприятие риска и каким образом пациенты развивают доверие к выбору зарубежной клиники или врача [16–18].

Основные аспекты теории рисков и доверия в МТ предполагают идентификацию рисков, оценку и восприятие рисков пациентами-туристами, механизмы формирования доверия клинике и непосредственно врачу, стратегии управления рисками. Кроме того, теория концептуализирует роль посредников и медицинских туроператоров как субъектов, обеспечивающих снижение и компенсацию (страхование) рисков.

Медицинские учреждения могут использовать понимание теории рисков и доверия для разработки маркетинговых стратегий, которые направлены на уменьшение восприятия рисков и повышение уровня доверия потенциальных пациентов. Это может включать публикацию результатов лечения, аккредитацию, обеспечение поддержки на всех этапах лечения. Клиники, привлекающие международных пациентов, могут улучшать свои практики, повышая уровень прозрачности в отношении квалификации специалистов, методов лечения и цен, а также внедряя дополнительные меры безопасности. Образовательные программы, направленные на повышение осведомленности пациентов о рисках и способах их минимизации, могут способствовать формированию доверия и снижению страха перед лечением за рубежом. Сбор и анализ обратной связи от пациентов, которые уже прошли через опыт МТ, может помочь клиникам и посредникам улучшать свои услуги, а также предоставлять будущим пациентам более надёжные и проверенные варианты лечения.

### Заключение

Теория потребительского выбора помогает понять, как пациенты оценивают и взвешивают различные факторы, прежде чем принять решение о МТ. Теория толчка и тяги предоставляет полезные рамки для анализа и понимания МТ, помогая объяснить, почему пациенты решают искать медицинскую помощь за границей и выбирают те или иные направления. Теория социальных сетей и коммуникации показывает, как цифровые технологии и интернет влияют на МТ, позволяя пациентам легко находить и обмениваться информацией, что значительно влияет на их решения. Теория рисков и доверия помогает объяснить, как пациенты принимают решения о МТ, учитывая потенциальные риски и способы их минимизации, а также как они формируют доверие к иностранным медицинским учреждениям.

Базовые теории помогают понять комплексный характер МТ и то, как различные факторы взаимодействуют, влияя на решения людей путешествовать за медицинской помощью.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ананченкова П. И., Шегай М. М. Мотивация и потребительские предпочтения в медицинском туризме // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 6. С. 1236–1239. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1236-1239
2. Костянян А. А. Характеристики потребительского поведения на российском рынке выездного медицинского туризма //

- Вестник Московского университета. Серия 6. Экономика. 2020. № 1. С. 135–155.
3. Altin M., Singal M. Consumer decision components for medical tourism: a stakeholder approach. 6<sup>th</sup> Graduate Student Research Conference in Hospitality and Tourism At: January 6-8, 2011, Houston, TX.
  4. Lunt N., Carrera P. Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad // *Maturitas*. 2010. Vol. 66, N 1. P. 27–32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.01.017
  5. Bochaton A. Cross-border mobility and social networks: laotians seeking medical treatment along the Thai border // *Social Science & Medicine*. 2015. Vol. 124. P. 364–373. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.10.022
  6. Burns L. R. Medical tourism opportunities and challenges: illustration from US–India trade // *Int. J. Healthcare Manag.* 2014. Vol. 58, N 1. P. 15–26.
  7. Chang I. C., Chou P. C., Yeh R. K. J., Tseng H. T. Factors influencing Chinese tourists' intentions to use the Taiwan Medical Travel App // *Telematics and Informatics*. 2016. Vol. 33, N 2. P. 401–409. DOI: 10.1016/j.tele.2015.09.007
  8. Chen L. J., Chen W. P. Push-pull factors in international birders' travel // *Tourism Management*. 2015. Vol. 48. P. 416–425. DOI: 10.1016/j.tourman.2014.12.011
  9. Carrera P. M., Bridges J. F. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism // *Exp. Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2006. Vol. 6, N 4. P. 447–454.
  10. Crooks V. A., Snyder J. Medical tourism dialogue needs a broader scope // *Canad. Med. Assoc. J.* 2015. Vol. 187, N 3. P. 207. DOI: 10.1503/cmaj.115-0008
  11. Eissler L., Casken J. Seeking health care through international medical tourism // *J. Nurs. Scholarship*. 2013. Vol. 45, N 2. P. 177–184. DOI: 10.1111/jnu.12014
  12. Pockock N. S., Phua K. H. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia // *Globalization and Health*. 2011. Vol. 7, N 1. P. 12. DOI: 10.1186/1744-8603-7-12
  13. Crooks V. A., Li N., Snyder J. et al. «You don't want to lose that trust that you've built with this patient . . .»: (Dis)trust, medical tourism, and the Canadian family physician–patient relationship // *BMC Family Practice*. 2015. Vol. 16, N 1. P. 1–7. DOI: 10.1186/s12875-015-0245-6
  14. Furlan R., Turner G. Maximum difference scaling // *Int. J. Market Res.* 2014. Vol. 56, N 3. P. 367–385.
  15. John J. Improving quality through patient-provider communication // *J. Healthcare Marketing*. 1991. Vol. 11, N 4. P. 51–60.
  16. Jun J., Oh K. M. Framing risks and benefits of medical tourism: a content analysis of medical tourism coverage in Korean–American community newspapers // *J. Health Commun.* 2015. Vol. 20, N 6. P. 720–727. DOI: 10.1080/10810730.2015.1018574
  17. Louviere J. J., Flynn T. Advances in best–worst scaling (BWS) and choice-based measurement methods. Paper presented at the AERE 2011 pre-conference workshop: Recent developments in the design and implementation of discrete choice experiments. Seattle, Washington, 2011.
  18. Smith K. The problematization of medical tourism: a critique of neoliberalism // *Developing World Bioethics*. 2012. Vol. 12, N 1. P. 1–8. DOI: 10.1111/j.1471-8847.2012.00318.x

### REFERENCES

1. Ananchenkova P. I., Shegai M. M. Motivation and consumer preferences in medical tourism. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022;30(6):1236-1239. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1236-1239
2. Kostanyan A. A. Characteristics of consumer behavior in the Russian outbound medical tourism market. *Bulletin of the Moscow University. Series 6. Economics*. 2020;1:135–155.
3. Altin M., Singhal M. Components of consumer decision-making in medical tourism: a stakeholder approach. The 6<sup>th</sup> Scientific Conference of Graduate Students in the field of Hospitality and Tourism, which will be held on January 6–8, 2011, Houston, Texas.
4. Lunt N., Carrera P. Medical tourism: assessment of the evidence base for treatment abroad. *Maturitas*. 2010;66(1):27–32. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.01.017
5. Bochaton A. Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical care along the border with Thailand. *Social Sciences and Medicine*. 2015;124:364–373. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.10.022

6. Burns L. R. Opportunities and problems of medical tourism: examples from the practice of US–India trade. *International Journal of Health Management*. 2014;58(1):15–26.
7. Chang I. K., Chow P. K., Ye R. K., Tseng H. T. Factors influencing the intentions of Chinese tourists to use the Taiwan Medical Travel App. *Telematics and Computer Science*. 2016;33(2):401–409. DOI: 10.1016/j.tele.2015.09.007
8. Chen L. J., Chen W. P. Mutually influencing factors in the international travels of ornithologists. *Tourism Management*. 2015;48:416–425. DOI: 10.1016/j.tourman.2014.12.011
9. Carrera P. M., Bridges J. F. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *An Expert Review of Pharmacoeconomics Research and Results*. 2006;6(4):447–454.
10. Crooks V. A., Snyder J. The dialogue on medical tourism needs to be expanded. *J. Canad. Med. Assoc.* 2015;187(3):207. DOI: 10.1503/cmaj.115-0008
11. Eisler L., Kasken J. Receiving medical care through international medical tourism. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013;45(2):177–184. DOI: 10.1111/jnu.12014
12. Pocock N. S., Fua K. H. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework for a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*. 2011;7(1):12. DOI: 10.1186/1744-8603-7-12
13. Crooks V. A., Lee N., Snyder J. et al. «You don't want to lose the trust that you have with this patient...»: distrust, medical tourism and the Canadian family doctor–patient relationship. *BMC Family Practice*. 2015;16(1):1–7. DOI: 10.1186/s12875-015-0245-6
14. Furlan R., Turner G. Estimation of the maximum difference. *Int. J. Market Res.* 2014;56(3):367–385.
15. John J. Improving quality through interaction between the patient and the healthcare provider. *J. Healthcare Marketing*. 1991;11(4):51–60.
16. Jun J., Oh K. M. Assessing the risks and benefits of medical tourism: a content analysis of medical tourism coverage in newspapers of the Korean–American community. *J. Health Commun.* 2015;20(6):720–727. DOI: 10.1080/10810730.2015.1018574
17. Louvier J. J., Flynn T. Advances in best- and worst-case scaling (BWS) and choice-based measurement methods. The report presented at the seminar before the AERE 2011 conference: recent developments in the development and implementation of experiments with discrete choice. Seattle, Washington. 2011.
18. Smith K. Problematization of medical tourism: a critique of neoliberalism. *Bioethics of Developing Countries*. 2012;12(1):1–8. DOI: 10.1111/j.1471-8847.2012.00318.x

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.  
The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Научная статья

УДК 316.4

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-275-279

## Некоторые оценки удовлетворённости пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой по полису обязательного медицинского страхования

Александр Игоревич Гусев<sup>1✉</sup>, Денис Адамович Адамов<sup>2</sup>, Виталий Сергеевич Зубков<sup>3</sup>,  
Олеся Леонидовна Нестеренко<sup>4</sup>, Анастасия Вячеславовна Метельская<sup>5</sup>,  
Павел Леонидович Лугинин<sup>6</sup>, Юлия Юрьевна Снегирева<sup>7</sup>

<sup>1-6</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента,  
Москва, Россия;

<sup>7</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко,  
г. Москва, Российская Федерация

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

<sup>2</sup>adamovda@zdrav.mos.ru,

<sup>3</sup>vitaliizubkov@yandex.ru,

<sup>4</sup>olesya.nes3@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1429-9352>

<sup>5</sup>syrgytianka@mail.ru,

<sup>6</sup>luckynumber\_7@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-8389-1076>

<sup>7</sup>u.snegireva@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0007-3355-2660>

**Аннотация.** Первичная медико-санитарная помощь является основой системы здравоохранения любой страны мира. Именно качество медицинской помощи, доступной большинству населения, определяет состояние здоровья населения и является лучшим показателем уровня социального развития страны. Результаты проведённого авторами исследования демонстрируют уровень удовлетворённости пациентов в трех регионах Российской Федерации, что позволяет проводить сравнительный анализ уровня развития региональных систем здравоохранения с точки зрения их адекватности ожиданиям пациентов.

**Ключевые слова:** медицинская помощь; первичная медико-санитарная помощь; обязательное медицинское страхование; пациенты; удовлетворённость; оценка

**Для цитирования:** Гусев А. И., Адамов Д. А., Зубков В. С., Нестеренко О. Л., Метельская А. В., Лугинин П. Л., Снегирева Ю. Ю. Некоторые оценки удовлетворённости пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой по полису обязательного медицинского страхования // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 275—279. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-275-279

Original article

## Some estimates of patient satisfaction with the quality of primary health care provided under a compulsory health insurance policy

Alexander I. Gusev<sup>1✉</sup>, Denis A. Adamov<sup>2</sup>, Vitaly S. Zubkov<sup>3</sup>, Olesya L. Nesterenko<sup>4</sup>, Anastasia V. Metelskaya<sup>5</sup>,  
Pavel L. Luginin<sup>6</sup>, Yuliya Yu. Snegireva<sup>7</sup>

<sup>1-6</sup>Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia“;

<sup>7</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

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

<sup>2</sup>adamovda@zdrav.mos.ru

<sup>3</sup>vitaliizubkov@yandex.ru

<sup>4</sup>olesya.nes3@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1429-9352>

<sup>5</sup>syrgytianka@mail.ru

<sup>6</sup>luckynumber\_7@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0005-8389-1076>

<sup>7</sup>u.snegireva@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0007-3355-2660>

**Annotation.** Primary health care is the foundation of the healthcare system of any country in the world. It is the quality of medical care available to the majority of the population that determines the health status of the population and is the best indicator of the level of social development of the country. The results of the study conducted by the authors demonstrate the level of patient satisfaction in three regions of the Russian Federation, which allows for a comparative analysis of the level of development of regional health systems in terms of their adequacy to patient expectations.

**Keywords:** medical care; primary health care; compulsory health insurance; patients; satisfaction; assessment

**For citation:** Gusev A. I., Adamov D. A., Zubkov V. S., Nesterenko O. L., Metelskaya A. V., Luginin P. L., Snegireva Yu. Yu. Some estimates of patient satisfaction with the quality of primary health care provided under a compulsory health insurance policy. *Remedium*. 2024;28(3):275–279. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-275-279

## Введение

Таблица 1

Расчётные данные для определения размера выборки

Регион	Число посещений врачей, включая профилактические и посещения зубных врачей, в течение года
Белгородская область	13 603 156
Краснодарский край	49 575 323
Москва	199 548 449
Всего...	262 726 928
Среднее число посещений врачей, включая профилактические и посещения зубных врачей, в течение 1 мес	21 893 910

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы здравоохранения любой страны. «Качество медицинской помощи, доступной большинству населения, определяет состояние здоровья населения и является лучшим показателем уровня социального развития страны» [1]. Сфера медицинских услуг находится в постоянном развитии, модернизации, для неё характерно стремительное внедрение инновационных технологий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи гражданам. В последние годы в национальных системах здравоохранения изменились методы оказания медицинской помощи, и пациент становится центром общего процесса, а для предоставления услуг, ориентированных на пациента, применяются новые организационные модели. Миссия системы здравоохранения расширилась, чтобы соответствовать потребностям населения в области здравоохранения и ожиданиям относительно того, как медицинские работники должны относиться к пациентам.

Начиная с 2020-х гг. отзывы пациентов о качестве обслуживания стали важным источником для оценки способности системы здравоохранения реагировать на потребности пациентов, поскольку «оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи невозможна без изучения удовлетворённости населения как потребителя, так как, во-первых, это одна из основных задач всей системы здравоохранения, а во-вторых, удовлетворённость является одним из индикаторов качества работы медицинского персонала, соблюдения им этико-деонтологических принципов» [2].

Удовлетворённость пациентов является ключевым показателем качества медицинских услуг и основным критерием оценки работы системы здравоохранения. ПМСП играет центральную роль в обеспечении доступности медицинских услуг и в профилактике заболеваний. От уровня удовлетворённости пациентов зависит не только их доверие к медицинским учреждениям, но и эффективность лечения, соблюдение рекомендаций врачей и общее состояние здоровья населения.

**Цель** работы — представить результаты исследования уровня удовлетворённости пациентов качеством ПМСП, получаемой по полису обязательного медицинского страхования (ОМС).

## Материалы и методы

В 6 медицинских организациях амбулаторного типа и 3 консультационно-диагностических центрах (КДЦ) в 3 регионах РФ: Белгородской области, Краснодарском крае, Москве одновременно в период с 1 по 10 июля 2024 г. с использованием социологического метода (анкетный опрос) было опрошено по 150 пациентов.

Минимальный размер выборки рассчитывали по формуле А. М. Меркова:

$$n = \frac{2^2 \cdot 0,5^2 \cdot 21\,893\,910}{0,05^2 \cdot 21\,893\,910 + 2^2 \cdot 0,5^2} = 399,$$

где 0,5 — среднее квадратичное отклонение; 2 — коэффициент надёжности (95%); 0,05 — максимальный размер ошибки выборки; 21 893 910 — суммарное среднее число пациентов, посетивших поликлиническую медицинскую организацию.

Число пациентов определено на основе статистических данных Росстата, отражающих число посещений врачей, включая профилактические и посещения зубных врачей, на конец 2023 г.<sup>1</sup> Расчётные данные представлены в табл. 1.

Выборка сплошная, основные условия отбора респондентов:

- посещение поликлинической организации или КДЦ в течение 1 календарного месяца, предшествующего опросу, не менее 1 раза с целью получения медицинской помощи для себя или своего ребёнка;
- получение медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (по полису ОМС).

Респонденты были разделены на 3 группы: пациенты пенсионного возраста, родители несовершеннолетних пациентов, сопровождавших своих детей на приём к врачу, прочие пациенты трудоспособного возраста.

Статистическую обработку проводили с использованием прикладной программы «Microsoft Excel» и методов описательной статистики.

## Результаты и обсуждение

ПМСП является основой системы здравоохранения за счёт предоставления широкого спектра медицинских услуг, включая диагностику, лечение, профилактику заболеваний и многое другое. Одним из важнейших аспектов работы первичного звена здравоохранения является обеспечение доступности медицинской помощи для всех категорий насе-

<sup>1</sup>Здравоохранение. Росстат. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 10.05.2024).

ления, включая детей, пожилых людей и лиц с хроническими заболеваниями.

Ключевая роль ПМСП заключается в своевременном выявлении и лечении заболеваний, что способствует снижению нагрузки на специализированные медицинские учреждения и предотвращению осложнений.

Удовлетворённость пациентов в научной литературе рассматривается как «реакция получателей медицинской помощи на важные аспекты контекста, процесса и результата оказания медицинской помощи» [3]. Технический аспект ПМСП, связанный с навыками и методиками медицинского работника, и практический аспект касаются субъективной оценки качества, основанной на опыте пациентов, получающих медицинскую помощь.

Во многих исследованиях была выявлена взаимосвязь между воспринимаемым качеством и эффективностью лечения, качеством обслуживания и удовлетворённостью пациентов. Согласно Н. Саһа, качество обслуживания в больнице оказывает сильное влияние на удовлетворённость клиентов и позитивное отношение к медицинской организации и, как следствие, на её положение на рынке: «повышение компетентности персонала больницы, соотношение стоимости лечения и получаемой прибыли, а также качество медицинского обслуживания в больнице — всё это факторы, которые учитываются клиентами/пациентами при оценке их удовлетворённости работой медицинской организации» [4].

Услуги ПМСП должны быть эффективными с точки зрения затрат, методы и организация должны быть легкодоступными для пациентов, приемлемыми для общества. Медицинская помощь должна предоставляться в форме и на языке, подходящих для населения, с учётом местных традиций и потребностей клиентов, по цене, которую население может себе позволить.

Согласно А. А. Рерраһ и соавт., «следующие факторы играют решающую роль в удовлетворённости пациентов: отношение медсестёр к пациенту; способность предоставлять оперативные услуги без потери времени; обилие информации для пациентов и доступность современного оборудования; способность обеспечить надёжное обслуживание; врачи разъясняют пациентам информацию о заболевании пациентов и т. д.; удовлетворение потребностей пациентов и создание стандартов здравоохранения, которые необходимы для достижения высокого качества медицинской помощи» [5].

Удовлетворённость пациентов ПМСП зависит от множества факторов. Основные из них включают:

1. Доступность медицинской помощи. Этот параметр включает в себя как географическую доступность медицинских учреждений, так и временную доступность, т. е. возможность быстро попасть на приём к врачу. В России в последнее время наблюдаются проблемы с доступностью ПМСП в отдалённых и сельских районах.

2. Качество медицинских услуг, включающее профессионализм медицинского персонала, уровень подготовки врачей и медсестёр, качество диагностики и лечения, а также использование современных медицинских технологий.

3. Коммуникацию между врачом и пациентом, позволяющую пациенту выступать в качестве активного участника процесса лечения.

4. Условия пребывания в медицинской организации, комфорт и оснащённость поликлиник и медицинских центров, а также отношение персонала к пациентам.

Согласно исследованию «Оценка доступности и качества медицинских услуг по полису ОМС в РФ в 2023 году», «только 39,7% россиян в той или иной степени удовлетворены уровнем медпомощи в стране. А количество пациентов, которые смогли получить амбулаторную помощь в поликлиниках без проблем, составляет всего 2%... Несмотря на электронную запись, пациенты по-прежнему чаще всего жалуются на то, что вынуждены ждать приёма врача у его кабинета подолгу.

На втором месте либо отсутствие нужного специалиста в поликлинике, либо невозможность к нему записаться. На сей раз об этих проблемах рассказали 85 и 84% респондентов, а в прошлом — 90 и 85% соответственно.

Респонденты рассказывали о невозможности получить все необходимые услуги в одном месте; долгом (более 2 нед) ожидании приёма узкого специалиста после записи; о том, что дозвониться до поликлиники, чтобы записаться на обследование, приём или получить справочную информацию, очень сложно; что инструментальных исследований (рентгена, МРТ, КТ, УЗИ) приходится ждать месяцами; что врачи не дают внятных разъяснений по поводу состояния здоровья»<sup>2</sup>. Эти данные указывают на необходимость улучшения как организационной работы медицинских организаций, так и условий обслуживания пациентов.

С принятием ряда нормативных правовых актов (в частности, Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Указом Президента РФ № 597 от 07.05.2012 «О мерах по реализации государственной социальной политики» и постановлением Правительства Российской Федерации № 286 от 30.03.2013 «О формировании независимой системы оценки качества медицинской помощи») в стране стали проводиться мониторинги удовлетворённости пациентов качеством ПМСП. По мнению Л. И. Меньшиковой и соавт., «приказы Министерства здравоохранения России № 503 от 12.09.2014 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, № 240 от 14.05.2015 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки

<sup>2</sup> Пациенты назвали главные претензии к российской медицине. URL: <https://www.mk.ru/social/2023/11/24/pacienty-nazvali-glavnye-pretenzii-k-rossiyskoy-medicine.html> (дата обращения: 14.08.2024).

Таблица 2

Оценки удовлетворённости по отдельным параметрам ПМСП  
 (средний балл)

Параметры ПМСП	Белгородская область	Краснодарский край	Москва	Средний балл
Оказание медицинской помощи в целом	4,5	4,7	4,8	4,6
Организация и проведение вакцинации	4,6	4,6	4,8	4,7
Время ожидания записи на приём	4,1	4,2	4,6	4,3
Время ожидания приёма в очереди в поликлинике	4,2	3,9	4,7	4,27
Продолжительность приёма	3,8	4,1	4,4	4,1
Возможность получения направления к узким специалистам	3,2	4,0	4,6	3,93
Оказание медицинской помощи на дому	4,3	4,6	4,7	4,53
Отношение врача	4,2	4,4	4,4	4,43
Культура общения врача	4,1	4,3	4,4	4,27
Внимание врача	4,2	4,3	4,2	4,23
Разъяснение врачом вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи	4,4	4,1	4,3	4,27
Результаты оказания медицинской помощи	3,9	4,2	4,6	4,23
Профилактическая работа	3,7	4,2	4,3	4,07
Санитарно-просветительская работа	3,3	4,1	4,1	3,83
Заинтересованность врача в сохранении/восстановлении здоровья	4,2	4,3	4,3	4,27
Доверие к врачу	4,6	4,4	4,6	4,53
Итого средний балл	4,08	4,28	4,49	4,28

качества оказания услуг медицинскими организациями» ещё более расширили сферу применения процедуры оценки удовлетворённости пациентов медицинской помощью. В данных нормативных документах мнение потребителей медицинских услуг рассматривается в качестве «субъективного» компонента общей интегральной оценки эффективности работы государственного (муниципального) медицинского учреждения — рейтинга медицинской организации» [6].

Респондентам, принявшим участие в проведении авторами исследования, было предложено оценить отдельные параметры медицинской помощи по 5-балльной шкале, где 5 — наиболее высокий балл, 1 — наиболее низкий балл. Полученные результаты приведены в табл. 2.

Проведённое исследование показало, что средний уровень удовлетворённости пациентов ПМСП оценивается на 4,28 балла.

Наиболее высокие оценки пациентов, принявших участие в исследовании, получили такие параметры ПМСП, как «Организация и проведение вакцинации» — 4,7 балла, «Оказание медицинской помощи в целом» — 4,6 балла, «Оказание медицинской помощи на дому» — 4,53 балла.

Пациенты Москвы присвоили указанным параметрам наиболее высокий уровень удовлетворённости — 4,49 балла, пациенты Краснодарского края — 4,28 балла, наиболее низкие баллы дали пациенты Белгородской области — 4,08 балла.

Полученные результаты наглядно демонстрируют аспекты ПМСП, требующие улучшения, например, продолжительность приёма, доступность узких специалистов и санитарно-просветительская работа.

Различия в уровнях удовлетворённости между регионами свидетельствуют о необходимости более точечного подхода к улучшению качества медицинских услуг в зависимости от местных условий и потребностей населения.

### Заключение

Проведённое исследование удовлетворённости пациентов ПМСП в различных регионах России демонстрирует значимость этого аспекта для оценки качества здравоохранения в целом. Средний уровень удовлетворённости пациентов (4,28 балла) указывает на достаточно высокий, но всё же не идеальный уровень оказания ПМСП. Высокие оценки были получены за такие параметры, как «Организация и проведение вакцинации», «Оказание медицинской помощи в целом» и «Оказание медицинской помощи на дому». Эти показатели особенно важны, поскольку они напрямую связаны с эффективностью и доступностью ПМСП.

Результаты проведённого исследования демонстрируют дифференциацию регионов по уровню удовлетворённости пациентов качеством ПМСП, что является свидетельством того, что развитие первичного звена здравоохранения в России неоднородно, отдельные направления ПМСП требуют внимания органов управления здравоохранением и усилий по повышению качества медицинской помощи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Health systems: improving performance. World health report. Geneva; 2020.
2. Новокрещенова И. Г., Новокрещенов И. В. Роль мониторинга удовлетворенности населения в управлении качеством первичной медико-санитарной помощи // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4, № 10. С. 1091–1094.
3. Aljumah K., Hassali A., Alqhatani S. Examining the relationship between adherence and satisfaction with antidepressant treatment // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2021. Vol. 12, N 10. P. 1433–1438. DOI: 10.2147/NDT.S67008
4. Caha H. Service quality in private hospitals in Turkey // *Journal of Economic and Social Research*. 2017. Vol. 9, N 1. P. 55–69.
5. Peprah A. A., Atarah B. A. Assessing patient's satisfaction using SERVQUAL model: a case of Sunyani Regional Hospital, Ghana // *International Journal of Business and Social Research*. 2014. Vol. 4, N 2. P. 133–143.
6. Меньшикова Л. И., Дьячкова М. Г., Мордовский Э. А. Оценка удовлетворенности родителей пациентов первичной медико-санитарной помощью, оказанной в детских поликлиниках // *Экология человека*. 2017. № 12. С. 15–20.

### REFERENCES

1. WHO. Health systems: improving performance. World health report. Geneva; 2020.
2. Novokreschenova I. G., Novokreschenov I. V. The role of monitoring public satisfaction in quality management of primary health care. *Bulletin of medical Internet conferences*. 2014;4(10):1091–1094.
3. Aljumah K., Hassali A., Alqhatani S. Examining the relationship between adherence and satisfaction with antidepressant treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2021;12(10):1433–1438.
4. Caha H. Service quality in private hospitals in Turkey. *Journal of Economic and Social Research*. 2017;9(1):55–69.

5. Peprah A. A., Atarah B. A. Assessing patient's satisfaction using SERVQUAL model: a case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. *International Journal of Business and Social Research*. 2014;4(2):133–143.

6. Menshikova L. I., Dyachkova M. G., Mordovsky E. A. Assessment of satisfaction of parents of patients with primary health care provided in children's polyclinics. *Human ecology*. 2017;(12):15–20.

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.  
The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Научная статья

УДК 316.752:614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-280-285

## Качественное исследование здоровья как ценности у жителей мегаполиса

Юрий Юрьевич Швец

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва,  
Россия; Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова РАН, Москва, Россия

yyshvets@fa.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6557-1416>

**Аннотация.** Данное исследование исследует оценку здоровья жителей мегаполисов в рамках российской системы здравоохранения. Используя передовые аналитические методы, включая кластерный анализ, корреляцию, робастный анализ и деревья решений, мы исследуем многогранную связь между ценностями здоровья и социально-экономическими факторами. Наши результаты показывают ряд факторов, которые в большей степени влияют на здоровье населения. Распределение инвестиций в здравоохранение демонстрирует выраженный уклон в сторону более развитых регионов, что усугубляет неравенство в результатах здравоохранения. Анализ дерева решений дополнительно определяет экономическую стабильность, доступ к чистой воде и внедрение цифровых услуг здравоохранения в качестве ключевых факторов, определяющих ожидаемую продолжительность жизни.

**Ключевые слова:** ценностно-ориентированное здравоохранение; здоровье; система здравоохранения; цифровизация; робастное управление

**Для цитирования:** Швец Ю. Ю. Качественное исследование здоровья как ценности у жителей мегаполиса // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 280—285. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-280-285

Original article

## Qualitative research of health as a values in residents of a mega city

Yuriy Yu. Shvets

Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia; V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences  
of the RAS, Moscow, Russia

yyshvets@fa.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6557-1416>

**Annotation.** This study examines the assessment of the health of residents of megacities within the Russian healthcare system. Using advanced analytical techniques, including cluster analysis, correlation, robust analysis, and decision trees, we explore the multifaceted relationship between health values and socioeconomic factors. Our results highlight a number of factors that have a greater impact on population health. Moreover, the distribution of health investments shows a pronounced bias towards more developed regions, exacerbating inequalities in health outcomes. Decision tree analysis further identifies economic stability, access to clean water, and adoption of digital health services as key determinants of life expectancy.

**Keywords:** value-based healthcare; health; healthcare system; digitalization; robust management

**For citation:** Shvets Yu. Yu. Qualitative research of health as a value in residents of a megacities. *Remedium*. 2024;28(3):280–285. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-280-285

### Введение

В современном мире, когда персонализированный подход приносит больше эффективности в любой области, оценке здоровья населения отводится особое место. Повсеместно происходит переход к здравоохранению, основанному на ценностях, что вызвано глобальными проблемами и сложными требованиями густонаселённой городской среды. В данном исследовании анализ поставлен с точки зрения восприятия здоровья как фундаментальной ценности среди жителей мегаполисов и крупных городов с обозначением пересечения доступности, качества и социальных ценностей здравоохранения. Улучшение показателей здоровья в этих сложных условиях требует отхода от традиционных моделей здравоохранения в сторону более инклюзивных, ориентированных на ценности структур.

Мы выделили 5 основных ценностей в здравоохранении: общность, критичность, контроль, достаточность и мониторинг. «Общность» означает равный доступ к медицинским услугам для всех и составляет основу инклюзивных систем здравоохранения. Проявление «Общности» происходит через инструменты цифровизации. «Критичность» означает необходимость расстановки приоритетов с точки зрения решения глобальных проблем современности через инструменты искусственного интеллекта. «Контроль» поддерживает качество и безопасность медицинских услуг, проявляясь через важность профилактики для улучшения здоровья в целом. Ценность «достаточности» подразумевает адекватное предоставление услуг для каждого с обеспечением необходимой инфраструктуры, персонала и нужного количества медикаментов. «Мониторинг» способствует оценке эффективности и адаптации

здравоохранения к изменяющимся требованиям через систему прозрачности и повышения качества услуг [1].

### Материалы и методы

В этом исследовании использовался смешанный подход, включая изучение теоретической базы ценностно-ориентированного подхода с практически элементами анализа здоровья населения. Первоначально был проведён обзор литературы, необходимый для создания теоретической основы путём синтеза идей предыдущих исследований о ценностях здоровья, проблемах городского здравоохранения и принципах ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ).

Практическая часть исследования построена на определённой методологии. Мы провели кластерный анализ, сгруппировали участников на основе сходства в их восприятии ценности здоровья и поведении. Затем был проведён корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между этими показателями здоровья и различными показателями здоровья. Завершающим этапом было построение и анализ дерева решений, что позволило понять процессы принятия людьми решений относительно их поведения в отношении здоровья. Чтобы устранить потенциальные неопределённости и обеспечить надёжность наших результатов, был применён робастный анализ, необходимый для сокращения неопределённостей. В рамках этой работы мы воспользовались теми показателями, которые есть в официальной статистике в открытых данных таких источников, как Росстат, ЕМИСС и Витрина показателей Росстата. Было рассмотрено 17 показателей, отражающих степень развитости системы ЦОЗ. Данные взяты в разрезе субъектов РФ за период с 2019 по 2021 г.

### Результаты

Провели кластеризацию данных методом К-средних, для улучшения качества кластеризации использовали повышенное число итераций алгоритма. В результате часть субъектов РФ, которые принимали участие в исследовании, можно разделить на 4 кластера [2]. Географическое расположение кластеров отражено на рис. 1.

По рис. 1 прослеживается чёткая взаимосвязь того, что регионы в европейской части страны отно-



Рис. 1. Географическое отражение наполненности кластеров 1–4.

сятся преимущественно ко 2-му кластеру, а Дальнего Востока и Сибири — к 4-му. Можно заметить, что наиболее удалённым является 1-й кластер, содержащий Московскую и Нижегородскую области. Он имеет существенный отрыв по показателям здравоохранения. Самым близким к нему является 3-й кластер, а самым отдалённым — 4-й. Первый кластер отличается рекордным числом высококвалифицированных врачей. Следующий на нем 3-й кластер отстает по данному показателю в 2 раза. Далее с таким же значительным отрывом следуют 2-й и 4-й кластеры.

Похожая взаимосвязь прослеживается и по показателю численности работников, выполняющих научные исследования и разработки. Только здесь разрыв между 1-м и 3-м кластером составляет 808% (62 243 против 7696), а между 1-м и 4-м — 3228%. Это ещё раз подтверждает тот факт, что почти общая доля научных разработок в сфере здравоохранения происходит только в двух регионах — Московской и Нижегородской областях. Это же подтверждает и различие в показателе «внутренние затраты на научные разработки и исследования».

Самый высокий уровень бедности наблюдается в 4-м и 2-м кластерах. Самая высокая доля выбросов — в 3-м кластере, но при этом в нём высока и доля улавливания вредных веществ. Это говорит о том, что эти субъекты — промышленные, именно поэтому им удаётся держаться в такой близости от 1-го кластера — за счёт экономического роста.

Нет никаких сомнений в том, что рассмотренные нами факторы с разной степенью влияют на уровень здоровья и социально-экономической безопасности. Произведённые расчёты позволили выявить эти взаимосвязи [3].

Как иллюстрирует рис. 2, на уровень социально-экономической безопасности влияет совокупность различных факторов: вложения в экономику, качество образования, экологическая ситуация. Можно отметить, что в большей степени влияет качество очистных сооружений, что влияет на экологию и, как следствие, на здоровье людей. Далее следуют общая заболеваемость, инвестиции и развитость врачей.

Это отражает основную проблему России — неоднородность распределения инвестиций в развитие территории. Как показывает практика, чем больше развит субъект, тем больше он получает инвестиций. В этом есть логика: большие инвестиции дают большее развитие науки, медицины, экономики и т. д. «Слабыми» субъектами заниматься дорого и невыгодно. Однако при этом «страдают» именно социальные показатели, такие как заболеваемость, уровень жизни и др. Люди из небольших городов не получают того уровня медицинского обслуживания по обязательному медицинскому страхованию, как те, кто живут в Москве или Нижнем Новгороде. Выпадает такая важная черта, как единство и равный объём благ для каждого [4].

Системы здравоохранения характеризуются многочисленными факторами неопределённости, которые влияют на их общую эффективность и ка-

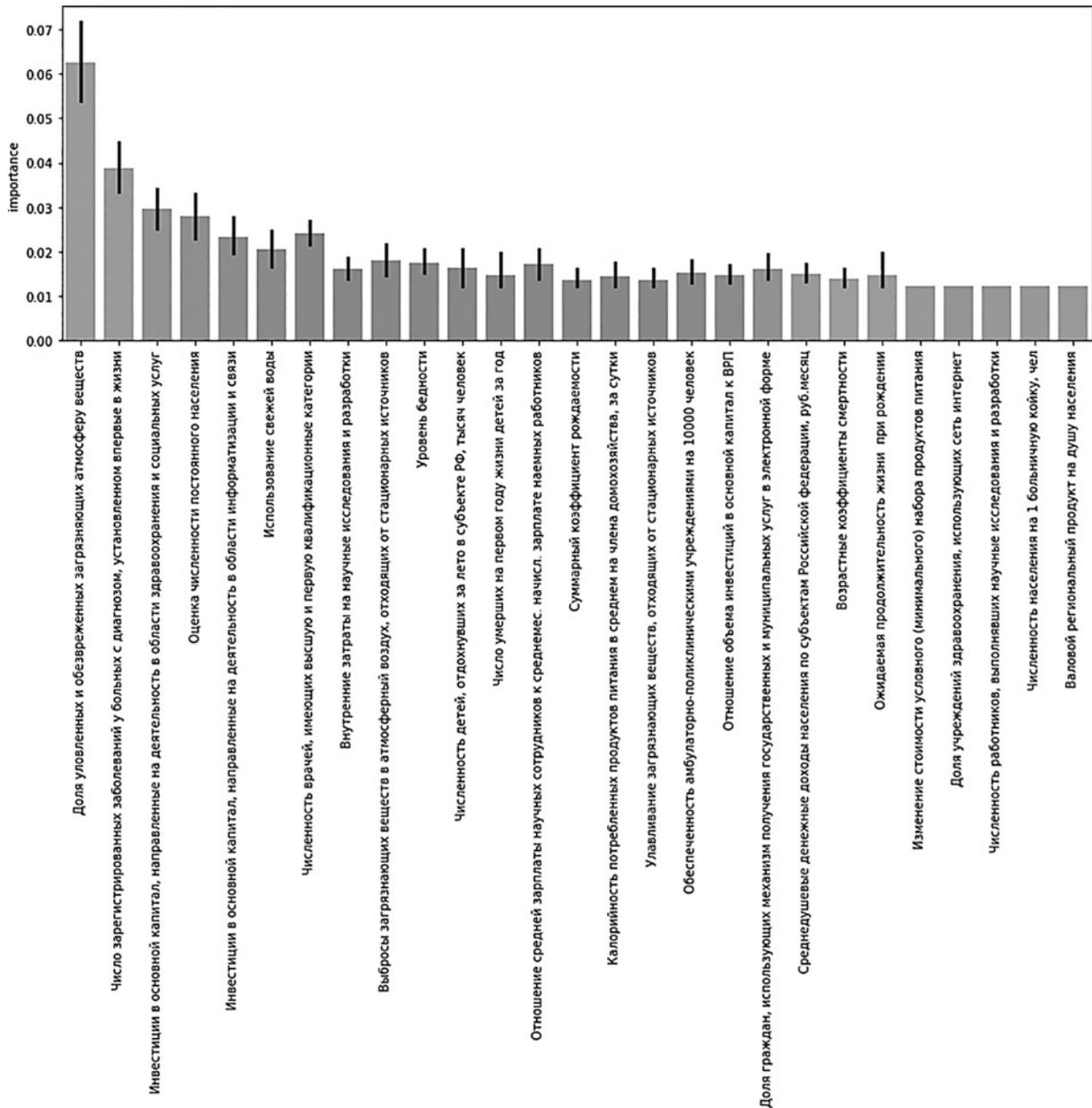


Рис. 2. Степень влияния факторов на социально-экономическую безопасность.

чество помощи, оказываемой пациентам. Выявление этих неопределённостей имеет решающее значение для разработки робастных стратегий управления здравоохранением [5].

В здравоохранении робастный анализ является важной методологической практикой, предлагая всестороннюю интегративную оценку различных факторов, влияющих на результаты в отношении здоровья. Центральным элементом этого процесса является неотъемлемое включение ключевых ценностей здравоохранения — мониторинга, общности, критичности, контроля и достаточности. Каждая из этих ценностей отчётливо проявляется в рамках робастного анализа, который будет представлен ниже [6].

За основу возьмём показатель продолжительности жизни. Мы проанализировали, что в последние годы этот важнейший показатель имеет тенденцию к снижению. Вследствие этого оценим корреляцию

продолжительности жизни с различными экономическими факторами. Можно наблюдать отрицательную корреляцию с величиной стоимости набора продуктов, а также очевидно ложную отрицательную корреляцию с количеством учреждений здравоохранения и численностью населения на одну больницу койку. Также присутствует негативный тренд.

Чтобы лучше оценить влияние совокупности факторов на ожидаемую продолжительность жизни, мы построили дерево решений. Оно позволит оценить вклад каждого фактора в целевой показатель и границы значений факторов для каждого из значений показателя. Эффективность дерева решений для данной задачи стремится к 100%, но для удобства отображения и описания глубина дерева решений была ограничена, как и минимальное количество признаков в итоговых группах. Схема полученного дерева не показательна для графической

интерпретации, поэтому проанализируем её и приведём основные выводы.

Итак, если продуктовая корзина не будет дорожать больше, чем на 5,75% в год, и при этом уровень инновационной активности организаций будет не больше 4%, то получает среднюю продолжительность жизни 77,2 года.

Если при том же уровне удорожания продуктовой корзины, но более высокой инновационной активности и тенденции снижения разрыва в заработной плате научных сотрудников и других наёмных, на продолжительность оказывает также влияние доступность свежей воды. Если доступность ниже, то продолжительность будет 69,75 года, а если выше, то уже 71 год. Также следует отметить, что продолжительность жизни растёт, если повышается доля граждан, использующих электронную форму получения услуг. При этом наблюдается чёткая положительная взаимосвязь продолжительности жизни и количества рабочих мест. Если у продуктовой корзины появляется тенденция к удорожанию больше чем на 4,5%, то продолжительность жизни сразу снижается до 70 лет.

Следующий сценарий выглядит так: если внутренний валовой продукт на душу населения будет составлять больше 249 тыс. руб. и при этом темп роста цен на потребительскую корзину будет меньше (или равен) 11%, обеспеченность больницами будет меньше, чем 271 на 10 тыс. человек и отношение зарплат научных работников и остальных рабочих будет на уровне меньше 204, то мы получим продолжительность жизни всего 70 лет.

Изучив расшифровку дерева решений, можно сделать выводы о том, совокупность каких условий и каких их объёмов является достаточной для высоких значений показателя ожидаемой продолжительности жизни. Наибольшее влияние на продолжительность жизни в регионах РФ, согласно анализу, проведённому с помощью дерева решений, имеют экономические факторы: изменение стоимости набора продуктов питания, валовой региональный продукт на душу населения и уровень инновационной активности организаций [7].

Для мегаполисов с высоким уровнем инновационной активности предприятий необходимыми условиями хорошей продолжительности жизни являются:

- отношение средней зарплаты научных сотрудников к зарплате наёмных работников >194,10;
- численность населения на 1 больничную койку ≤121,35;
- изменение стоимости набора продуктов питания ≤104,58;
- доля граждан, использующих электронную форму получения услуг >82,55.
- Либо при изменении стоимости продуктов питания >105,76:
- валовой региональный продукт на душу населения >249314,91;
- изменение стоимости набора продуктов питания ≤111,96;

- обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями на 10 тыс. человек >271,94;
- доля инвестиций, на реконструкцию и модернизацию >8,15;
- численность населения на 1 больничную койку ≤ 128,95;
- калорийность потреблённых продуктов питания > 2597,54;
- доля уловленных и обезвреженных загрязняющих атмосферу веществ ≤ 38,40.

При изменении стоимости продуктов питания более чем на 114% к предыдущему периоду возникает негативный сценарий для всех регионов. Таким образом, залогом достойного уровня продолжительности жизни в целом является достойная оплата труда научных работников, достаточное количество мест в больницах, низкие темпы инфляции и цифровизация получения услуг.

Если же темпы инфляции растут, то должны расти и внутренний валовой продукт на душу населения, обеспеченность больницами, инвестиции на модернизацию, калорийность блюд, а снижаться — очередь на больничную койку. Осведомлённость об уровне пороговых значений рассмотренных показателей позволит принимать эффективные управленческие решения в социально-экономической сфере, чтобы поддерживать баланс между уровнем развития экономики и благосостоянием граждан. Также эти значения позволяют «подсветить узкие места» в развитии регионов, чтобы своевременно направить усилия на решение возникающих проблем [8].

Теперь сузим анализ ценностей и влияния на здоровье людей территориально до Московской области. Рассмотрим динамику величин ценностей, а также совокупного уровня благосостояния региона за весь период наблюдения (рис. 3). Совокупный уровень благосостояния свидетельствует о том, что в целом в регионе наблюдается тенденция устойчивого развития и роста показателей ценностей. Колебания показателей связаны с чрезвычайными обстоя-

Ценности в различные периоды

2017	0.68	0.63	0.61	0.41	0.37	0.55
2018	0.62	0.58	0.57	0.52	0.42	0.55
2019	0.53	0.60	0.72	0.62	0.59	0.62
2020	0.58	0.60	0.69	0.39	0.75	0.61
2021	0.69	0.70	0.64	0.87	0.76	0.74
2022	0.69	0.70	0.65	0.70	0.81	0.71
	Общность	Критичность	Контроль	Достаточность	Мониторинг	Совокупный уровень

Рис. 3. Совокупное состояние ЦОЗ по Московской области.

ательствами, которые влияют на экономику в целом.

Критические моменты, которые мы наблюдаем из матрицы, представленной на рис. 3, — снижение ценности достаточности в 2020 г., которая обусловлена пандемией COVID-19, породившей дефицит как в фармакологическом обеспечении, так и в оказании медицинских услуг. Также можно отметить положительную динамику развития ценностей в 2021–2022 гг. по сравнению с предыдущими периодами.

Основными проблемами мегаполисов в разрезе анализа ценностей являются [9]:

1. Быстрый рост населения, который связан с миграцией. За темпами роста населения не успевает темп развития системы здравоохранения.
2. Снижение доходов населения.
3. Уход части предприятий торговли в «серую зону», о чём говорит спад потребления продуктов, что невозможно при росте населения.
4. Трудности с цифровизацией и развитием у вновь открывающихся предприятий производства.
5. Недостаточность высококвалифицированных кадров в науке и здравоохранении.

Таким образом, только при достаточном развитии одновременно всех ценностей можно будет говорить о прогрессе и существовании ЦОЗ. Таким образом, следует обращать внимание на «узкие места» по каждому кластеру, чтобы производить политику по «выравниванию» развития ценностей, которая должна производиться за счёт управленческих решений и целенаправленного финансирования. Например, особо остро стоит проблема развития ценностей Общности и Критичности во всех регионах страны, а не только в столице. Другими словами, следует развивать цифровизацию и внедрять передовые технологии повсеместно, чтобы люди могли получать качественную медицинскую помощь по месту жительства, а не только в столице и нескольких других крупных медицинских центрах.

### Обсуждение

Поскольку городское население продолжает расти, требования к системам здравоохранения и экологической инфраструктуре будут только усиливаться. Эта реальность диктует необходимость разработки инновационных стратегий здравоохранения, которые были бы одновременно устойчивыми и справедливыми (робастный метод). Значительное влияние качества очистки сточных вод на здоровье населения служит ярким напоминанием о взаимосвязи экологической политики и результатов в отношении здоровья [10].

Остро стоит проблема неравенства в распределении ресурсов между различными регионами, о чём свидетельствует концентрация инвестиций в более развитых регионах. Принцип справедливости, фундаментальный для общественного здравоохранения, требует переоценки того, как распределяются ресурсы. Задача заключается в создании системы здраво-

охранения, которая не только удовлетворяет насущные потребности городского населения, но и гарантирует, что преимущества достижений в области здравоохранения и технологий будут доступны всем, независимо от их географического местоположения. Этот вопрос особенно актуален в условиях цифровой трансформации медицинских услуг, которая призвана сгладить «острые углы».

### Заключение

Снижение ожидаемой продолжительности жизни в сочетании с результатами анализа дерева решений подчёркивает сложное взаимодействие социальных, экономических и экологических факторов, влияющих на состояние здоровья. Для решения такого рода задач необходим междисциплинарный подход к разработке политики здравоохранения, который объединяет идеи общественного здравоохранения, городского планирования, науки об окружающей среде и экономики. Также эффективно внедрение робастных стратегий общественного здравоохранения, устойчивых к внешним потрясениям, таким как, например, пандемии, которые могут свести на нет с трудом достигнутые успехи в улучшении показателей здоровья.

Путь к улучшению показателей здоровья в мегаполисах лежит через разработку комплексной, целостной политики здравоохранения, которая будет адаптируемой, справедливой и дальновидной. Как показывает наше исследование, воздействие на социально-экономические детерминанты здоровья, повышение устойчивости систем здравоохранения и содействие инновациям позволяет достичь устойчивого улучшения общественного здравоохранения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Омеляновский В. В., Мусина Н. З., Гостищев Р. В. и др. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2020. Т. 13, № 4. С. 438–451.
2. Клименко А. В., Слащев И. С. Кластерный анализ данных // Вестник науки. 2019. № 1. С. 159–163.
3. Anparasan A., Lejeune M. Resource deployment and donation allocation for epidemic outbreaks // Annals of Operations Research. 2019. Vol. 283, N 1. P. 9–32.
4. Домбровский В. С., Мусина Н. З., Мельникова Л. С. Ценностно-ориентированные закупки медицинских изделий // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2020. № 2. С. 9–17.
5. Алексеев М. А. Теоретические подходы к пониманию неопределённости // Проблемы экономической науки и практики: сборник научных трудов. 2017. № 3. С. 8–14.
6. Алексеев М. А., Фрейдина Е. В. Методологические основы развития теории робастного управления экономическими системами // Общество и экономика: проблемы развития. 2017. № 2. С. 19–39.
7. Зуенкова Ю. А., Кича Д. И., Изюров Л. Н. Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в онкодерматологической практике // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2022. Т. 15, № 2. С. 250–258.
8. Burnhope E., Waring M., Guilder A. et al. A systematic approach towards implementing value-based health care in heart failure: understandings from retrospective analysis methods in South London // Health Serv. Manag. Res. 2020. Vol. 35, N 1. P. 37–47.
9. Eriskin L. Preference modelling in sorting problems: multiple criteria decision aid and statistical learning perspectives // Journal of Multi-Criteria Decision Analysis. 2021. Vol. 28, N 5-6. P. 203–219.
10. Khichar S., Midha N., Bohra G. K. et al. Healthcare resource management and pandemic preparedness for COVID-19: a single centre

experience from Jodhpur, India // *International Journal of Health Policy and Management*. 2020. Vol. 9, N 11. P. 493–495.

#### REFERENCES

1. Omelyanovsky V. V., Musina N. Z., Gostishchev R. V. et al. The concept of value-based healthcare. *Pharmacoeconomics. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2020;13(4):438–451.
2. Klimenko A. V., Slashchev I. S. Cluster data analysis. *Bulletin of Science*. 2019;(1):159–163.
3. Anparasan A., Lejeune M. Resource deployment and donation allocation for epidemic outbreaks. *Annals of Operations Research*. 2019;283(1):9–32.
4. Dombrovsky V. S., Musina N. Z., Melnikova L. S. Value-based procurement of medical devices. *Medical technologies. Evaluation and selection*. 2020;(2)9–17.
5. Alekseev M. A. Theoretical approaches to understanding uncertainty. *Problems of economic science and practice: collection. scientific works*. 2017;(3):8–14.
6. Alekseev M. A., Freidina E. V. Methodological foundations for the development of the theory of robust management of economic systems. *Society and economy: development problems*. 2017;(2):19–39.
7. Zuenkova Yu. A., Kicha D. I., Izyurov L. N. Experience in implementing a value-based approach in oncodermatological practice. *Pharmacoeconomics. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2022;15(2):250–258.
8. Burnhope E., Waring M., Guilder A. et al. A systematic approach towards implementing value-based health care in heart failure: understandings from retrospective analysis methods in South London. *Health Serv. Manag. Res*. 2020;35(1):37–47.
9. Eriskin L. Preference modeling in sorting problems: multiple criteria decision aid and statistical learning perspectives. *Journal of Multi-Criteria Decision Analysis*. 2021;28(5-6):203–219.
10. Khichar S., Midha N., Bohra G. K. et al. Healthcare resource management and pandemic preparedness for COVID-19: a single center experience from Jodhpur, India. *International Journal of Health Policy and Management*. 2020;9(11):493–495.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

# Здоровье как социальная ценность

Научная статья

УДК 614.2:378.172:612.681(470)

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-286-292

## Благополучие пожилых россиян с позиций здоровья

Елена Валерьевна Землянова

Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

zem\_lena@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6231-1611>

**Аннотация.** Долголетие и благополучие являются взаимовлияющими факторами. Психологическое и социальное благополучие позитивно влияет на состояние здоровья, увеличивает продолжительность жизни индивида. В свою очередь долголетие повышает ощущение внутреннего благополучия, формируя таким образом своеобразный «позитивный круг». Цель исследования — оценить благополучие пожилого населения России с позиций здоровья с учётом социально-демографических характеристик.

**Материалы и методы.** Проведён анализ отечественных и зарубежных публикаций по тематике исследования. Исследование построено на анализе результатов Выборочного наблюдения состояния здоровья населения 2023 г. (ВНСЗН-2023). Расчёты проводили по базе микроданных ВНСЗН-2023 для респондентов в возрасте 60 лет и старше, что соответствует международным градациям пожилого возраста. Результаты являются репрезентативными для России в целом.

**Результаты.** Пожилые люди достаточно оптимистично оценивают состояние своего здоровья: позитивные оценки встречаются чаще негативных, особенно у мужчин. На самооценке положительно сказывается продолжение работы в возрасте старше 60 лет, и эта закономерность также более выражена у мужчин. Что касается брачного статуса, то его влияние на самооценку здоровья нельзя оценить однозначно, по-видимому, значимость этого фактора связана не с самим фактом состояния в браке, но с качеством отношений в браке. Приоритетная ценность здоровья у россиян носит декларативный характер и не поддерживается ведением здорового образа жизни. Недооценка таких факторов, как правильное питание и физическая активность, на фоне сохраняющегося и в пожилом возрасте ежедневного курения, характерного для мужчин, не способствует улучшению здоровья, особенно при низкой приверженности систематическому медицинскому наблюдению в формате диспансеризации. Высокая степень тревожности, в наибольшей степени характерная для женщин, усугубляет проблемы со здоровьем, снижая уровень благополучия.

**Заключение.** Достижение целей здорового долголетия очевидным образом связано с системой здравоохранения и доступностью качественной медицинской помощи. Это важное, но отнюдь не единственное условие. Ощущение благополучия, удовлетворённость жизнью мотивируют людей вести более здоровый образ жизни, сохранять интерес к жизни, как продолжая работать, так и в формате других форм позитивной активности.

Ключевые слова: пожилые; самооценка здоровья; благополучие; здоровое долголетие; диспансеризация; курение

Для цитирования: Землянова Е. В. Благополучие пожилых россиян с позиций здоровья // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 286—292. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-286-292

## Health as a social value

Original article

### Well-being of elderly Russians from the standpoint of health

Elena V. Zemlyanova

Institute for Demographic Research of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia  
zem\_lena@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6231-1611>

**Annotation.** Longevity and well-being are mutually influencing factors. Psychological and social well-being positively influences health and increases life expectancy of an individual. In turn, longevity increases the feeling of inner well-being, thus forming a kind of «positive circle». The study purpose — to evaluate well-being of the elderly in the Russian Federation from the point of health with due regard to socio-economic characteristics.

**Materials and methods.** Analysis of national and foreign publications on the study topic conducted. The study is based on the analysis of the results of Selective observation of the health status of the population 2023. Calculations were performed using microdata database of Selective observation of the health status of the population 2023 for respondents aged 60+ which corresponds to the international gradations of the elderly. The results are representative of the Russian Federation as a whole.

**Results.** Older people are quite optimistic about their health status: positive assessments are more common than negative ones, especially in men. Continuing to work over the age of 60 has a positive effect on self-esteem, and this pattern is also more pronounced in men. As for marital status, its impact on self-esteem of health cannot be assessed unambiguously, apparently, the significance of this factor is not related to the fact of the state of marriage itself, but to the quality of the relationship in marriage. The priority value of health among

Russians is declarative and is not supported by a healthy lifestyle. Underestimating factors such as proper nutrition and physical activity against the background of persistent daily smoking in old age, which is typical for men, does not contribute to improving health, especially with low adherence to systematic medical supervision in the format of medical examination. A high degree of anxiety, most characteristic of women, worsens existing health problems, reducing the level of well-being.

**Conclusion.** Achieving the goals of healthy longevity is obviously linked to healthcare and availability of high-quality medical care. This is of course important but not the only condition. A sense of well-being and satisfaction with life motivate people to lead a healthier lifestyle, maintain an interest in life, both by continuing to work and in the format of other forms of positive activity.

**Key words:** elderly; self-esteem of health; well-being; healthy longevity; medical supervision; smoking

**For citation:** Zemlyanova E. V. Well-being of elderly Russians from the standpoint of health. *Remedium*. 2024;28(3):286–292. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-286-292

## Введение

Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г., утверждённая распоряжением Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р, предусматривает формирование здорового образа жизни и раннюю диагностику возраст-ассоциированных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной их коррекцией с целью снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности<sup>1</sup>. Согласно данным Т. И. Касьяновой с соавт., успех реализации государственной политики активного долголетия зависит от учёта мотивов и установок пожилых людей на поддержание долгой и активной жизни [1].

Ряд авторов отмечают, однако, что здоровье как жизненная ценность для россиян является лишь общественно одобряемым понятием, только относительно небольшая часть населения ведёт действительно здоровый образ жизни. Авторы отмечают, что несмотря на то, что ценность здоровья является лидирующей у россиян, однако очень мало опрошенных воздерживаются от употребления алкоголя, курения, поддерживают достаточный уровень физической активности, занимаясь физической культурой или спортом [2].

В 2025 г. планируется запуск национального проекта «Продолжительная и активная жизнь»<sup>2</sup>, главное внимание в котором будет уделено здоровому образу жизни, борьбе с вредными привычками — алкоголем и курением, развитию спортивных сооружений для повышения доступности занятий физкультурой и спортом.

Вместе с тем такой значимый фактор продолжительности жизни, как удовлетворённость жизнью<sup>3</sup>, пока в отечественных программных документах не находит отражения. Важно также учитывать, что отмеченная позитивная зависимость сохраняется и при учёте социально-демографических характеристик и физического здоровья, однако она опосредована самооценкой состояния здоровья и физической активностью.

<sup>1</sup> Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

<sup>2</sup> В России запустят пять новых нацпроектов // Российская газета. 03.03.2024. URL: <https://rg.ru/2024/03/03/v-etom-plane.html>

<sup>3</sup> Wellbeing and longevity. A compendium of factsheets: wellbeing across the lifecourse. URL: [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a75002ced915d502d6ccb51/Wellbeing\\_and\\_Longevity.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a75002ced915d502d6ccb51/Wellbeing_and_Longevity.pdf) (дата обращения: 19.03.2024).

Удовлетворённость жизнью является одной из наиболее точных характеристик благополучия [3]. Долголетие и благополучие являются взаимовлияющими факторами. Психологическое и социальное благополучие позитивно влияет на состояние здоровья, увеличивает продолжительность жизни индивида. В свою очередь долголетие повышает ощущение внутреннего благополучия, формируя таким образом своеобразный «позитивный круг». Эта закономерность подтверждается как отечественными [4], так и зарубежными исследованиями<sup>4</sup>.

**Цель** настоящего исследования — оценить благополучие пожилого населения России с позиций здоровья с учётом социально-демографических характеристик.

## Материалы и методы

Проведён анализ отечественных и зарубежных публикаций по тематике исследования. Проанализированы результаты Выборочного наблюдения состояния здоровья населения 2023 г. (ВНСЗН-2023<sup>5</sup>). Из базы микроданных ВНСЗН-2023 были выделены респонденты в возрасте 60 лет и старше, что соответствует международным градациям пожилого возраста. По этой подвыборке из 37 127 респондентов и было проведено настоящее исследование. Результаты являются репрезентативными для России в целом.

## Результаты

Важным критерием благополучия как населения в целом, так и пожилых граждан является самооценка здоровья. Данные табл. 1 демонстрируют закономерное снижение хороших и очень хороших оценок в пожилом возрасте в сравнении с населением в целом.

Если рассматривать пожилое население в целом, т. е. группу 60 лет и старше, то как хорошее и очень хорошее своё здоровье оценивают 16,2% респондентов, как удовлетворительное — 66,4%, как плохое и очень плохое — 17,2%. Разбивка пожилого населения на более мелкие возрастные группы демонстрирует ухудшение самооценок здоровья с возрастом. Так, в возрасте 60–69 лет хороших и очень хороших

<sup>4</sup> National Academy of Medicine; Commission for a Global Roadmap for Healthy Longevity. Global Roadmap for Healthy Longevity. Washington (DC): National Academies Press (US); 2022 Jun 3. 1, Introduction. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587297> (дата обращения: 19.03.2024).

<sup>5</sup> Выборочное наблюдение состояния здоровья населения. 2023. URL: [https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/zdor23/PublishSite\\_2023/index.html](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor23/PublishSite_2023/index.html)

Таблица 1

## Самооценка здоровья пожилого населения по возрастным группам (% оценок в соответствующей возрастной группе)

Возраст, лет	Оценка респондентами состояния своего здоровья				
	очень хорошее	хорошее	удовлетворительное	плохое	очень плохое
Все население	9,2	48,6	35,7	5,8	0,5
60+	0,5	15,7	66,4	15,8	1,4
60–69	0,7	22,3	68,1	8,3	0,6
70–79	0,4	9,5	68,8	19,7	1,4
80+	0,2	3,7	52,8	38,2	5,0

оценок оказалось 23%, удовлетворительных — 68,1%, плохих и очень плохих — 8,9%. В возрастной группе 70–79 лет доля хороших и очень хороших оценок резко снижается до 9,9%, т. е. в 2,3 раза. Доля оценивших свое здоровье как удовлетворительное практически такая же, как и в предыдущей возрастной группе, — 68,8%, и в этой возрастной группе мы отмечаем резкий рост плохих и очень плохих оценок — до 21,1%, или в 2,4 раза. Ещё более существенно снижаются самооценки здоровья в возрасте 80 лет и старше. Так, оценивающие свое здоровье как хорошее и очень хорошее становится всего 3,9%, как удовлетворительное — 52,8%, а как плохое и очень плохое — 43,2%, т. е. вдвое больше, чем в возрасте 70–79 лет.

Самооценки здоровья городских и сельских жителей в возрастах старше 60 лет различаются не очень существенно. Вместе с тем среди пожилых горожан меньше, чем среди сельских жителей, людей, чувствующих себя хорошо и очень хорошо (15,6 и 17,3% соответственно, и больше тех, кто чувствует себя плохо и очень плохо по сравнению с пожилыми жителями сельской местности — 18,0 и 15,8% соответственно). Оценили свое здоровье как удовлетворительное 66,2% городских и 66,8% сельских жителей. Вероятно, различия по доле лиц с негативной самооценкой состояния здоровья связаны с тем, что городские жители, имеющие лучший доступ к качественной медицинской помощи, продолжают жить и при плохом состоянии здоровья, тогда как для сельских жителей плохое здоровье существенно повышает риск летального исхода в отсутствие адекватной специализированной и тем более высокотехнологичной помощи.

Выявлены существенные различия в самооценке здоровья по полу. Так, среди пожилых мужчин 20,2% оценивают свое здоровье как хорошее и очень хорошее, а среди их ровесниц таких оказалось лишь 14,0%. Разница в доле удовлетворительных оценок здоровья между мужчинами и женщинами не столь велика — 65,1% против 67,2%. А вот доля женщин, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, существенно выше таковой среди мужчин — 18,6% против 14,6%. Таким образом, мужчины оказались более оптимистичными в самооценке своего состояния здоровья, что далеко не всегда может соответствовать объективным показателям. Эта закономерность хорошо известна по данным многочисленных исследований [5–7], она сохраняется и в отношении пожилых групп населения.

Сравнение своего здоровья со здоровьем своих ровесников оказалось практически одинаковым у мужчин и женщин. Так 9,6% пожилых мужчин-респондентов и 9,1% пожилых женщин-респонденток считают, что их состояние здоровья лучше, чем у большинства людей такого же возраста. Более половины респондентов (64,3% мужчин и 63,1% женщин) думают, что их состояние здоровья примерно такое же, как и у их ровесников. А 20,0% мужчин и 22,2% женщин отметили, что чувствуют себя хуже, чем большинство их ровесников. 6,0% мужчин и 5,7% женщин затруднились дать такую сравнительную оценку. В данном случае феномен более пессимистичного восприятия своего здоровья женщинами не находит подтверждения.

Весьма неожиданный результат был получен при анализе самооценок здоровья пожилых в зависимости от состояния в браке. Из-за большого числа затруднившихся ответить мы остановимся только на плохих и очень плохих оценках, поскольку респондент вряд ли будет сомневаться в своем самочувствии, если он чувствует себя плохо или даже очень плохо (табл. 2).

Наименьшая доля плохих и очень плохих самооценок здоровья (8,0%) оказалась у мужчин, состоящих в зарегистрированном браке. При этом практически одинаковые доли таких оценок (10–12%) оказались в группах мужчин-респондентов, состоящих в незарегистрированном браке, вдовцов, разведённых и разошедшихся. А вот самая высокая доля респондентов, оценивших свое здоровье как плохое и очень плохое (19,4%), оказалась среди одиноких мужчин.

В то же время у женщин ситуация противоположная. Самые высокие доли плохих и очень плохих самооценок здоровья оказались у женщин, состоящих в незарегистрированном браке (20,1%), и у вдов (17,0%). 13,3% женщин, состоящих в зарегистрированном браке, также считают, что чувствуют себя плохо или очень плохо. А меньше всего таких оценок (7,7%) оказалось среди одиноких женщин, никогда не состоявших в браке.

Как известно, значительное число пожилых людей, особенно в первое пенсионное десятилетие, продолжают работать. При этом мотивация занятости значительно шире, чем только материальные аспекты, хотя спектр мотивов в решающей мере определяется уровнем образованием и характером труда [8, 9].

Представляется важным выяснить, есть ли разница в самооценке здоровья у работающих и неработающих пожилых граждан. Согласно данным

Таблица 2

## Доли плохих и очень плохих самооценок здоровья, %

Брачный статус	Мужчины	Женщины
Состоящие в зарегистрированном браке	8,0	13,3
Состоящие в незарегистрированном браке	10,9	20,1
Вдовцы/вдовы	11,9	17,0
Разведённые	10,0	9,9
Разошедшиеся	10,7	8,6
Одинокие (никогда не состоявшие в браке)	19,4	7,7

Таблица 3

Прохождение диспансеризации с участием разных специалистов за последние 2 года, % ответов в соответствующей возрастной группе

Возраст, лет	Проходили ли диспансеризацию	
	да	нет
Все население	57,0	42,6
60+	59,0	40,8
60–69	62,4	37,4
70–79	57,7	42,1
80+	52,0	47,7

ВНСЗН-2023, 34,8% работающих респондентов в возрасте 60 лет и старше оценивают свое здоровье как хорошее и очень хорошее против 12,8% среди неработающих, 62,4% против 67,2% — как удовлетворительное и 2,8% против 20,0% — как плохое и очень плохое. Отчасти это ожидаемые результаты, поскольку очевидно, что продолжают работать пожилые люди, сохранившие здоровье. Но нельзя также не учитывать, что резкий переход от активной деятельной жизни в период трудоспособности к статусу пенсионера, сопровождающемуся, как правило, сужением социальных контактов, может негативно сказаться на самооценке здоровья даже в случае, если объективных оснований для этого не было.

Определённым аргументом в пользу второй гипотезы служат результаты сравнения самооценок собственного здоровья с большинством сверстников: 14,7% работающих пожилых респондентов считают, что их состояние здоровья лучше в сравнении со своими сверстниками; 71,5% работающих считают уровень своего здоровья таким же, как у их сверстников; 8,8% расценивают, что их здоровье хуже, чем у других людей их возраста; 5,0% затруднились дать оценку. Что касается неработающих пожилых респондентов, то только 8,2% считают состояние своего здоровья лучшим по сравнению с другими людьми их возраста, 62,1% расценивают его как такое же, а 23,8% думают, что их состояние здоровья хуже, чем у их сверстников, 5,9% затруднились ответить.

Само понятие «здоровое долголетие» подразумевает заботу о своем здоровье и медицинское наблюдение. Данные ВНСЗН-2023 свидетельствуют о том, что в отношении прохождения диспансеризации возрастная группа 70–79 лет очень близка к населению в целом: прошли медицинское обследование в последние 2 года 57,7 и 57,0% респондентов соответственно, не прошли — 42,1 и 42,6% соответственно (табл. 3). Наиболее активной в отношении диспансеризации оказалась группа 60–69 лет, прошедших диспансеризацию (62,4%), не прошедших — 37,4%. А вот в возрастах старше 80 лет — 52,0 и 47,7% соответственно.

Представленные данные показывают высокую долю населения, не прошедшего плановую диспансеризацию, во всех возрастных группах. Однако причины для этого могут быть разными. Если в населении в целом и в группе «молодых пожилых» это

может быть в определённой мере обусловлено занятостью, то в самых старших возрастах — немощностью, трудностями с передвижением, физической невозможностью добраться до поликлиники.

Важным фактором обеспечения действительно здорового долголетия является здоровый образ жизни, в том числе отказ от вредных привычек, важнейшей из которых, несомненно, является курение (табл. 4). Произведённые расчеты распространённости курения на оба пола дали сомнительные результаты — высокую долю некурящих и никогда не куривших (70–86%) в населении 60 лет и старше. Поэтому было принято решение произвести расчёт с разбивкой пожилого населения по полу, что продемонстрировало наличие весьма существенных различий в распространённости курения между мужчинами и женщинами. Так, если 23,7% мужчин в возрастах 60 лет и старше курят ежедневно, то их ровесниц, курящих ежедневно, — всего 2,8%. В то же время некурящих и никогда не куривших мужчин в этой возрастной категории оказалось 38,4% против 93,7% женщин.

Следует отметить, что с возрастом доля курящих ежедневно мужчин заметно снижается. В первую очередь это свидетельствует о том, что пациенты, следуя рекомендациям лечащих врачей, меняют многолетние нездоровые привычки, чему соответствует рост доли бросивших курить. Доля ежедневно курящих женщин также снижается с возрастом даже при изначально существенно более низких показателях. Кроме того, нельзя исключить, что отмеченные тенденции характеризуют определённую сегрегацию пожилого населения, в результате которой лица с высокой частотой курения умирают преждевременно и среди оставшихся возрастает доля некурящих и тех, кто бросил курить.

При оценке воздействия факторов поведенческого риска на здоровье респонденты включили курение в число 3 ведущих факторов: мужчины поставили курение на 3-е место со средним баллом 4,2 (по 5-балльной шкале). А 1–2-е место делят чрезмерное употребление алкоголя и повышенное артериальное

Таблица 4

Распространённость курения среди пожилого населения по полу и возрастным группам (% в соответствующей возрастной группе)

Возраст, лет	Распространённость курения среди респондентов			
	да, ежедневно	не каждый день	не курю и никогда не курил(а)	бросил(а) курить
Оба пола				
60+	10,3	1,0	73,8	14,2
60–69	14,4	1,4	69,8	13,8
70–79	6,9	0,8	75,9	15,8
80+	1,9	0,1	85,6	11,4
Мужчины				
60+	23,7	2,2	38,4	34,8
60–69	29,9	2,6	36,4	30,4
70–79	16,8	1,9	39,9	40,5
80+	6,8	0,3	47,0	44,3
Женщины				
60+	2,8	0,4	93,7	2,5
60–69	4,3	0,6	91,5	3,1
70–79	1,4	0,2	95,6	2,2
80+	0,5	0,1	97,2	1,5

Таблица 5

Оценка пожилыми респондентами значимости факторов риска для здоровья по 5-балльной шкале

Фактор	Средний балл	
	мужчины	женщины
Курение	4,2	4,5
Нездоровое питание	3,8	4,1
Низкая физическая активность	3,8	3,9
Избыточная масса тела, ожирение	4,1	4,2
Повышенное артериальное давление	4,4	4,5
Чрезмерное употребление алкоголя	4,4	4,6
Стресс, хроническая усталость	4,0	4,2
Избыточное потребление соли	2,7	3,0

Таблица 6

Социально-психологическое самочувствие респондентов в отношении неопределённости будущего, % ответов в градациях тревожности

Степень тревожности	Оба пола	Мужчины	Женщины
Очень тревожит	24,0	20,0	26,2
Скорее тревожит	46,8	45,8	47,3
Скорее не тревожит	17,0	19,6	15,5
Не тревожит	11,5	13,7	10,2

давление со средним баллом 4,4. У женщин курение также делит 2–3-е место с повышенным артериальным давлением со средним баллом 4,5, а на 1-е место они поставили чрезмерное употребление алкоголя — 4,6 балла (табл. 5).

Учитывая существенно более низкую частоту курения и потребления алкоголя женщинами, практически одинаковые рейтинги основных факторов риска, выставленные как мужчинами, так и женщинами, свидетельствуют о том, что респонденты при оценках исходили не из индивидуального опыта, а основывались на имеющейся доступной информации, а также, возможно, на личном и семейном опыте.

Наименьшее значение все респонденты придают избыточному потреблению соли: средний балл составил 2,7 у мужчин и 3,0 у женщин. Также невысокие оценки были выставлены таким факторам риска, как нездоровое питание (3,8 и 4,1 соответственно) и низкая физическая активность (3,8 и 3,9 соответственно).

Важным фактором достижения здорового активного долголетия является позитивное психологическое самочувствие индивида.

Исследование Росстата показало высокую степень тревожности пожилых респондентов. Неопределённость будущего очень тревожит пятую часть мужчин-респондентов и более четверти женщин (табл. 6). Почти половина респондентов в возрасте старше 60 лет (45,8% мужчин и 47,3% женщин) ответили, что неопределённость будущего их скорее тревожит. Скорее не тревожит неопределённость будущего 19,6% мужчин и 15,5% женщин, и лишь 13,7% мужчин и 10,2% женщин не испытывают тревоги. При оценке данных о степени тревожности следует учитывать, что исследование проведено в 2023 г. — в период обострения геополитической ситуации в стране и мире.

## Обсуждение

В основе оценки благополучия лежит представление человека о своём здоровье. Исследований на эту тему очень много, но далеко не все они касаются вопросов пожилого населения. Кроме того, методика исследования и объём выборки, а также её репрезентативность могут сказываться на результатах. Так, в отношении гендерной дифференциации самооценок здоровья большинство авторов приходят к выводу о более пессимистичных оценках женщин. Вместе с тем в литературе встречаются и иные результаты. Так, по данным пилотного исследования в Санкт-Петербурге (объём выборки 100 человек), 70% пожилых респондентов (60+ лет) оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, 8% — как плохое, только 22% — как хорошее, при этом мужчины дали более низкие оценки состоянию своего здоровья [10]. Аналогичные оценки представлены в статье А. Н. Покида и соавт., описывающей результаты социологического опроса, проведённого научно-исследовательским центром социально-политического мониторинга ИОН РАНХиГС с выборкой 1205 человек занятого населения в возрасте 18 лет и старше в 27 субъектах РФ — 22,7% хороших и очень хороших оценок среди респондентов старше 60 лет [2]. Возможно, что в первом случае на результатах сказался малый объём выборки, а во втором — категория опрошенных — занятое население.

В то же время наше исследование, построенное на результатах ВНСЗН-2023 с выборкой пожилых респондентов численностью 37 127 человек продемонстрировало иные результаты — как раз мужчины оказались более оптимистичными в самооценке своего состояния здоровья (20,2% хороших и очень хороших оценок против 14,0% у женщин). Совпадают с пилотным исследованием, проводившемся в Санкт-Петербурге, доли оценивших свое здоровье как удовлетворительное — более 68% респондентов в возрасте 60–79 лет.

Исследования зависимости самооценок здоровья от брачного статуса чаще обнаруживают позитивное влияние состояния в браке на самооценку здоровья, особенно у мужчин. Исследование, проводившееся в Томской области (объём выборки 400 человек), также подтвердило эту закономерность [5]. А вот результаты, полученные нами по результатам опроса Росстата, отчасти противоречат томским данным. Для мужчин эта закономерность подтверждается, но на основе анализа негативных оценок, минимальная доля которых, действительно, отмечена среди состоящих в зарегистрированном браке. Однако у женщин брачный статус, особенно незарегистрированный брак, ассоциирован с максимальной долей негативных самооценок здоровья. Тогда как среди одиноких, никогда не состоявших в браке, а также разведённых и разошедшихся доля негативных самооценок здоровья наименьшая.

Пилотное исследование в Санкт-Петербурге не выявило разницы в оценке состояния здоровья работающих и неработающих пенсионеров [10], что

противоречит большинству полученных другими авторами результатов, вероятно, как упоминалось выше, из-за малой выборки. Наше исследование, напротив, показало наличие очень существенных различий в самооценке здоровья по статусу занятости. Среди работающих 34,8% оценили свое здоровье как хорошее и очень хорошее, а вот среди неработающих таких оказалось лишь 12,8%. И почти десятикратная разница между работающими и неработающими пожилыми в долях плохих и очень плохих оценок — 2,8% против 20,0% соответственно.

В работе В. Ф. Левшина и соавт. показано, что 50% респондентов старше 50 лет не знают, в чём заключается диспансеризация, однако почти 54% респондентов данной возрастной группы продемонстрировали полную готовность к прохождению профосмотров и диспансеризации [11]. Конечно, возрастные группы респондентов, рассматриваемые в данной статье, отличаются от исследования ВНСЗН-2023, но тем не менее результаты оказались сходными — по нашим расчётам, 59% респондентов старше 60 лет прошли диспансеризацию за последние 2 года.

Тезис о том, что приоритетная ценность здоровья у россиян носит декларативный характер и не поддерживается ведением здорового образа жизни, подтверждается исследованием В. Н. Авсаджанишвили и соавт., в котором показано, что мужчины в возрасте 60–74 года, имеющие высокий статус жизненного приоритета «здоровье», достоверно чаще курят систематически [12].

Курение провоцирует развитие таких серьёзных хронических болезней, как сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, деменция, которые в свою очередь являются ведущими причинами смерти, а более 70% смертей, связанных с курением, происходит среди курильщиков в возрастах старше 60 лет [13]. По данным того же исследования в США за 20 лет — с 1998 по 2018 г. распространённость курения в возрасте старше 55 лет снизилась с 15,9% до 11,2%. Наши расчёты показали сходные результаты для населения — распространённость курения среди респондентов старше 60 лет составила 10,3%, однако почти четверть (23,7%) мужчин-респондентов данной возрастной группе продолжают ежедневно курить.

Исследование, проведённое в США, выявило взаимосвязь между пристальным вниманием к новостям в средствах массовой информации, связанным с пандемией и другими травмирующими событиями на национальном или глобальном уровнях, и психологическим стрессом среди пожилых людей [14]. В отличие от нашего исследования, в работе американских учёных не выявлено существенных различий в степени тревожности между мужчинами и женщинами. Расчёты, проведённые нами по базе микроданных ВНСЗН-2023, показали, что 26,2% женщин-респонденток испытывают высокую степень тревожности в отношении будущего в сравнении с 20,0% мужчин-респондентов.

В завершение обсуждения результатов исследования хочется привести интересные выводы в ки-

тайской статье «Счастливые люди живут дольше, потому что они здоровые люди» [15]. Большая часть взаимосвязей между счастьем и повышением продолжительности жизни может быть объяснена социально-демографическими факторами, образом жизни, здоровьем и физическим функционированием, и особенно факторами психологического здоровья и функционирования.

### Заключение

Пожилые люди достаточно оптимистично оценивают состояние своего здоровья: позитивные оценки встречаются чаще негативных, особенно у мужчин. На самооценке положительно сказывается продолжение работы в возрасте старше 60 лет, и эта закономерность также более выражена у мужчин. Что касается брачного статуса, то его влияние на самооценку здоровья нельзя оценить однозначно, по видимому, значимость этого фактора связана не с самим фактом состояния в браке, но с качеством отношений в браке.

Приоритетная ценность здоровья у россиян носит декларативный характер и не поддерживается ведением здорового образа жизни. Недооценка таких факторов, как правильное питание и физическая активность, на фоне сохраняющегося и в пожилом возрасте ежедневного курения, характерного для мужчин, не способствует улучшению здоровья, особенно при низкой приверженности систематическому медицинскому наблюдению в формате диспансеризации. Высокая степень тревожности, в наибольшей степени характерная для женщин, усугубляет проблемы со здоровьем, снижая уровень благополучия.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Касьянова Т. И., Воронина Л. И., Зайцева Е. В. Активное долголетие: возможности, жизненные установки и социальные практики пожилых // Социальное пространство. 2023. Т. 9, № 2. С. 1–15. DOI 10.15838/sa.2023.2.38.3
2. Покида А. Н., Зыбуновская Н. В., Газиева И. А. Самооценки состояния здоровья занятых россиян и основные способы лечения // Власть. 2021. Т. 29, № 3. С. 190–200. DOI 10.31171/vlast.v29i3.8179
3. Борисов Г. И., Сергеева Т. Б., Глуханюк Н. С. Предикторы состояния здоровья благополучия и удовлетворенности жизнью людей позднего возраста: прикладной аспект // Перспективы науки и образования. 2024. № 1. С. 590–610. DOI: 10.32744/pse.2024.1.33
4. Маньшина А. В., Валиева Н. Р., Бутарева М. М., Исраилян З. Э. Оценка удовлетворенности населения пожилого возраста социальными программами активного долголетия на примере города Москвы // Национальное здравоохранение. 2022. Т. 3, № 3. С. 20–28. DOI: 10.47093/2713-069X.2022.3.3.20-28
5. Таран Е. А., Маланина В. А., Клемашева Е. И. Самооценка здоровья среди пожилых людей Томской области // Вестник Томского государственного университета. 2022. № 485. С. 226–232. DOI: 10.17223/15617793/485/25
6. Везрманн Р., Хелемяэ Е. Оценка здоровья мужчинами и женщинами в России, Эстонии, Литве и Финляндии // Социологические исследования. 2016. № 7. С. 109–118.
7. Лебедева-Несевря Н. А., Цинкер М. Ю. Различия в показателях здоровья работающих женщин и мужчин в России // Журнал социологии и социальной антропологии. 2018. Т. 21, № 3. С. 7–25. DOI: 10.31119/jssa.2018.21.3.1
8. Савченко Д. В., Терещук С. Н. Основные различия в отношении к жизни пожилых мужчин и женщин // Ученые записки Российского государственного социального университета.

2021. Т. 20, № 2. С. 63–70. DOI: 10.17922/2071-5323-2021-20-2-63-70
9. Лежнина Ю. П. Российские пенсионеры: уровень жизни, здоровье, занятость // Россия реформирующаяся. 2008. № 7. С. 178–195.
  10. Видясова Л. А. Активное и отложенное старение в оценках пожилых (по данным пилотного исследования в Санкт-Петербурге) // Журнал исследований социальной политики. 2023. Т. 21, № 3. С. 485–502. DOI: 10.17323/727-0634-2023-21-3-485-502
  11. Левшин В. Ф., Слепченко Н. И., Рыжова Н. И. и др. Исследования отношения и участия населения в диспансеризации и выполнении программы диспансеризации в системе здравоохранения // Лечащий врач. 2022. № 10. С. 81–87. DOI: 10.51793/OS.2022.25.10.013
  12. Авсаджанишвили В. Н., Полозков О. И., Камаев Ю. О., Черкасов С. Н. Влияние статуса жизненного приоритета «здоровье» на частоту курения населения старших возрастных групп // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. Т. 21, № S2. С. 62.
  13. Hunt L. J., Covinsky K. E., Cenzer I. et al. The epidemiology of smoking in older adults: a national cohort study // Journal of General Internal Medicine. 2023. Vol. 38. P. 1697–1704. DOI: 10.1007/s11606-022-07980-w
  14. Bauldry S., Stainback K. Media consumption and psychological distress among older adults in the United States // PLoS One. 2022. Vol. 17, N 12. P. e0279587. DOI: 10.1371/journal.pone.0279587
  15. Song C. F., Tay P. K.C., Gwee X. et al. Happy people live longer because they are healthy people // BMC Geriatrics. 2023. Vol. 23. P. 440. DOI: 10.1186/s12877-023-04030-w
- REFERENCES
1. Kasianova T. I., Voronins L. I., Zaitseva E. V. Active longevity: opportunities, attitudes and social practices of the elderly. *Sotsial'noe prostranstvo*. 2023;9(2):1–15. DOI: 10.15838/sa.2023.2.38.3
  2. Pokida A. N., Zybunovskaya N. V., Gazieva I. A. Self-assessment of the health status of employed Russians and the main methods of treatment. *Vlast'*. 2021;29(3):190–200. DOI: 10.31171/vlast.v29i3.8179
  3. Borisov G. I., Sergeeva T. B., Glukhaniuk N. S. Predictors of subjective well-being and life satisfaction of late-aged people: an applied aspect. *Perspektivy nauki i obrazovania*. 2024;(1):590–610. DOI: 10.32744/pse.2024.1.33
  4. Man'shina A.V., Valieva N. R., Butareva M. M., Israilian Z. E. Assessment of the satisfaction of the elderly population with social programs of active longevity on the example of the city of Moscow. *Natsional'noe zdavookhranenie*. 2022;3(3):20–28. DOI: 10.47093/2713-069X.2022.3.3.20-28
  5. Taran E. A., Malanina V. A., Klemasheva E. I. Self-assessment of health among the elderly of the Tomsk region. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2022;(485):226–232. DOI: 10.17223/15617793/485/25
  6. Weermann R., Helemae E. Health assessment by men and women in Russia, Estonia, Lithuania and Finland. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2016;(7):109–118.
  7. Lebedeva-Nesevrya N. A., Tsinker M. Y. Differences in health indicators of working women and men in Russia. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*. 2018;21(3):7–25. DOI: 10.31119/jsa.2018.21.3.1
  8. Savchenko D. V., Tereshchuk S. N. The main differences in the attitude to life of older men and women. *Uchenye zapiski Rossiiskogo gosudarstvennogo sotsial'nogo universiteta*. 2021;20(2):63–70. DOI: 10.17922/2071-5323-2021-20-2-63-70
  9. Lezhnina Yu. P. Russian pensioners: standard of living, health, employment. *Rossiia reformiruiuschaiasia*. 2008;(7):178–195. (In Russ.)
  10. Vidyasova L. A. Active and delayed aging in the assessments of the elderly (according to a pilot study in St. Petersburg). *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki*. 2023;21(3):485–502. DOI: 10.17323/727-0634-2023-21-3-485-502
  11. Levshin V. F., Slepchenko N. I., Ryzhova N. I. et al. Research of the attitude and participation of the population in medical examination and the implementation of the medical examination program in the healthcare system. *Lechaschii vrach*. 2022;(10):81–87. DOI: 10.51793/OS.2022.25.10.013
  12. Avsajanishvili V. N., Polozkov O. I., Kamaev Yu. O., Cherkasov S. N. Influence of the status of the life priority "health" on the smoking rate of the population of older age groups. *Kardiovaskuliarnaya terapiya i profilaktika*. 2022;21(S2):62.
  13. Hunt L. J., Covinsky K. E., Cenzer I. et al. The epidemiology of smoking in older adults: a national cohort study. *Journal of General Internal Medicine*. 2023;38:1697–1704. DOI: 10.1007/s11606-022-07980-w
  14. Bauldry S., Stainback K. Media consumption and psychological distress among older adults in the United States. *PLoS One*. 2022;17(12):e0279587. DOI: 10.1371/journal.pone.0279587
  15. Song C. F., Tay P. K.C., Gwee X. et al. Happy people live longer because they are healthy people. *BMC Geriatrics*. 2023;23:440. DOI: 10.1186/s12877-023-04030-w

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Д и с к у с с и о н н а я   с т а т ь я

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-293-299

## Здоровье в системе показателей уровня жизни населения: влияние технологических инноваций

Виктор Андреевич Козлов

Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь, Россия

victor2283@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-1857-6328>

**Аннотация.** В статье рассматривается влияние технологических инноваций на здоровье населения в системе критериев уровня жизни. В современном обществе условия жизни населения, среди которых: размер доходов, качество жилищных условий и использование современных технологий, оказывают даже большее влияние на здоровье населения и продолжительность жизни человека, чем доступность медицинского обслуживания и его качество. Несмотря на большую важность проблемы социального благополучия населения и повышение уровня и качества жизни граждан, по мере перехода к шестому технологическому укладу, вопросы влияния технологических инноваций на уровень жизни населения остаются недостаточно исследованными. Связь между технологическими инновациями и уровнем жизни населения является двусторонней, ввиду того что высокий уровень жизни уже на протяжении десятилетия выступает важнейшим условием, вызывающим интерес со стороны государства и общества в разработке инновационных решений.

**Ключевые слова:** общественное здоровье; уровень жизни населения; технологические инновации; технологии будущего; технологические детерминанты

**Для цитирования:** Козлов В. А. Здоровье в системе показателей уровня жизни населения: влияние технологических инноваций // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 293—299. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-293-299

Discussion Article

## Health in the system of indicators of the standard of living of the population: the impact of technological innovations

Victor A. Kozlov

Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky, Simferopol, Russia

victor2283@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0005-1857-6328>

**Annotation.** The article examines the impact of technological innovations on the health of the population in the system of criteria for the standard of living. In modern society, the living conditions of the population, including: the amount of income, the quality of housing conditions and the use of modern technologies, have an even greater impact on the health of the population and human life expectancy than the availability of medical care and its quality. Despite the great importance of the problem of social well-being of the population and the improvement of the level and quality of life of citizens, as we move to the sixth technological order, the issues of the impact of technological innovations on the standard of living of the population remain insufficiently investigated. The link between technological innovations and the standard of living of the population is two-way, due to the fact that a high standard of living has been an essential condition for decades, arousing interest from the state and society in the development of innovative solutions.

**Key words:** public health; standard of living of the population; technological innovations; technologies of the future; technological determinants

**For citation:** Kozlov V. A. Health in the system of indicators of the standard of living of the population: the impact of technological innovations. *Remedium*. 2024;28(3):293–299. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-293-299

### Введение

В современном обществе условия жизни населения, среди которых размер доходов, качество жилищных условий и использование современных технологий, оказывают даже большее влияние на здоровье населения и продолжительность жизни человека, чем доступность медицинского обслуживания и его качество. Так, факторы, оказывающие негативное влияние на здоровье и уровень жизни населения, значительно различаются в зависимости от экономического развития государств и благосостояния их граждан.

Несмотря на большую актуальность проблемы социального благополучия населения и повышение

уровня и качества жизни граждан, по мере перехода к шестому технологическому укладу, вопросы влияния технологических инноваций на уровень жизни населения остаются недостаточно исследованными. Высокие технологии, используемые в производстве и других сферах, и инновационные решения, позволяющие заменить труд человека или облегчить его, существенно трансформируют многие стороны жизни современного общества, меняя условия жизни населения и повышая уровень жизни. Социальное благополучие, общественное здоровье, влияние технологических инноваций являются сегодня предметом обсуждения среди научного сообщества.

В связи с тем что в современной экономике вопросы социального благополучия и здоровья насе-

ления играют ключевую роль, по нашему мнению, важным вопросом является анализ показателей уровня жизни населения, связанных с влиянием научно-технического прогресса. Связь между технологическими инновациями и уровнем жизни населения является двусторонней, ввиду того что высокий уровень жизни уже на протяжении десятка лет выступает важнейшим условием, вызывающим интерес со стороны государства и общества в разработке инновационных решений [1].

Технологические детерминанты социального благополучия, выступающие факторами, влияющими на здоровье населения, проходят несколько этапов промышленного развития, вовлекая индивидов в процесс формирования профессиональных и социальных навыков на протяжении всей жизни [2]. Разработка технологических инноваций требует наличия развитой инфраструктурной среды, качественного образования и развития человеческого капитала.

В последние годы мы наблюдаем стремительное вхождение технологических инноваций во все отрасли экономики и сферы жизни, и понимаем, насколько важной становится роль научно-технических достижений. Крупные компании перестраивают свои бизнес-процессы, в обществе активно внедряются высокие технологии и инновации — и всё это для того, чтобы значительно улучшить уровень жизни людей, открывая для них новые возможности.

**Цель** исследования заключается в рассмотрении влияния технологических инноваций на здоровье населения в системе показателей уровня жизни.

### Материалы и методы

Исследование влияния технологических инноваций на здоровье населения в системе показателей уровня жизни проведено в два этапа. На первом этапе были рассмотрены теоретические аспекты взаимосвязи здоровья населения в системе показателей уровня жизни и влияние технологических инноваций на него. Основу теоретической части работы составили труды отечественных авторов, рассматривающих инновации, уровень жизни населения и технологические детерминанты современного социального благополучия [1–3].

На втором этапе исследования были проанализированы данные исследования «Института статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ»<sup>1</sup>, данные рейтинга стран по уровню жизни, составленного «Единым визовым центром»<sup>2</sup> и результаты социологического опроса, проведённого «Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в партнёрстве с Фондом Роскон-

<sup>1</sup> Демидкина О.В., Вишневецкий К. О. Влияние цифровых технологий на качество жизни // Институт статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ. URL: [https://issek.hse.ru/data/2019/09/11/1537963568/NTI\\_N\\_143\\_11092019.pdf](https://issek.hse.ru/data/2019/09/11/1537963568/NTI_N_143_11092019.pdf) (дата обращения: 18.04.2024).

<sup>2</sup> Страны по уровню жизни // Единый визовый центр. URL: <https://xn----elcahffngcf9bjk1b7a3e8d8.xn--p1ai/novosti/strany-po-urovnyu-zhizni#urovnyu-zhizni-2> (дата обращения: 18.04.2024).

гресс»<sup>3</sup> в июне 2023 г. о восприятии россиянами в возрасте 18–55 лет высоких технологий.

В ходе исследования автором были применены методы эмпирического, системного и сравнительного анализа.

### Результаты

На современном этапе достижений в сфере технологических инноваций человека окружает множество полезных изобретений: различные технологические устройства взаимодействуют посредством подключения к сети Интернет в глобальном масштабе. Несомненно, использование технологических инноваций несёт ряд положительных моментов, помогая решать многие вопросы дистанционно, осуществлять мониторинг состояния здоровья с помощью носимых датчиков и пр. Однако вместе с преимуществами технологические инновации также имеют различные потенциальные угрозы для здоровья. Рассмотрим влияние технологических инноваций на здоровье населения в системе критериев уровня жизни.

Понятие «уровень жизни населения» характеризует «обеспеченность населения необходимыми материальными благами и услугами, фактический уровень их потребления и степень удовлетворения рациональных потребностей в этих благах и услугах» [3].

Основной детерминантой изменений социально-экономического характера в обществе выступают крупные прорывы в сфере технологий и в технологической системе производственных процессов. Так, согласно исследованиям, большая доля населения развитых стран (67%) полагают, что технологические инновации в цифровой сфере влияют позитивно на уровень их жизни.

Многогранность и сложность показателя «уровень жизни» определяет необходимость исследования системы показателей, определение базовых факторов, влияющих на уровень жизни населения. Ввиду того, что условия жизненного благополучия в сознании различных людей представляются по-разному, исследователи уровня жизни населения принимают за эталон объективные критерии оценки. По мнению экспертов Единого визового центра, в настоящее время рейтинг уровня жизни населения характеризуется совокупностью базовых факторов (рис. 1).

Исходя из вышеприведённых критериев и ряда дополнительных факторов (семейное положение, климатические и географические условия, экологическая обстановка, рынок труда и др.), которые используют различные источники при определении собственных топ-стран по уровню жизни, эксперты составляют картину приоритетов развития в различных регионах и на основе этих данных прогнозируют тенденции и потребности населения. Для обывателей понимание рейтинга уровня жизни в

<sup>3</sup> Технологии будущего // ВЦИОМ НОВОСТИ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/tekhnologii-budushchego> (дата обращения: 15.04.2024).

государствах мира представляет собой возможность дать объективную оценку ситуации в своём отечестве и выбрать направление для места жительства, если рассматривается вопрос миграции.

Как видим, в системе критериев уровня жизни населения приоритетное значение имеет фактор «здоровье», а максимальное влияние на здоровье человека (до 60%) оказывают условия его жизни и поведение (приверженность здоровому образу жизни, возможность следить за состоянием своего здоровья). Уровень жизни, определяемый состоянием здоровья населения, — это понятие, которое применяется для характеристики влияния здоровья человека на физическое, умственное и эмоциональное самочувствие.

С помощью индекса уровня жизни населения можно объективно оценить, насколько удовлетворены своей жизнью жители той или иной страны, являются ли безопасными и комфортными условия их жизни и чувствуют ли они себя защищёнными, удовлетворяются ли их необходимые потребности и отвечают ли их жизненные условия базовым критериям благополучия.

Как свидетельствуют исследования, рассматривающие факторы уровня жизни населения, более благополучные и стабильные в социальном плане страны не всегда находятся на виду у общества и не стремятся привлечь внимание громкими обращениями или активной приверженностью мировым веяниям. Места стран в рейтинге индекса человеческого развития 2023 г. представлены рис. 2. В этом рейтинге России ни разу не удалось попасть на вершину, несмотря на предпринимаемые в настоящее время со стороны правительства различные меры по стабилизации экономики, развитию здравоохранения и укреплению благосостояния. Тем не менее по итогам 2021 г. наша страна занимала 49-е место в мировом рейтинге стран по уровню жизни. Учитывая, что всего в списке 189 позиций, это неплохой результат.

Принимая во внимание тот факт, что ключевыми составляющими здорового стиля жизни выступают такие критерии, как сбалансированное питание; физическая активность; соблюдение гигиены; исключение вредных привычек; профилактика инфекционных заболеваний; мероприятия реабилитационного характера, понимаем, что следование этим принципам в современном мире невозможно без использования технологических инноваций.

Индивидуумы практически не могут существенным образом повлиять на социально-экономические причины в обществе или же изменить среду обитания, но могут использовать здоровьесберегающие технологии, отказаться от вредных привычек, откорректировать образ жизни, поменять своё поведение. Следование оздоравливающему образу жизни при помощи современных технологических

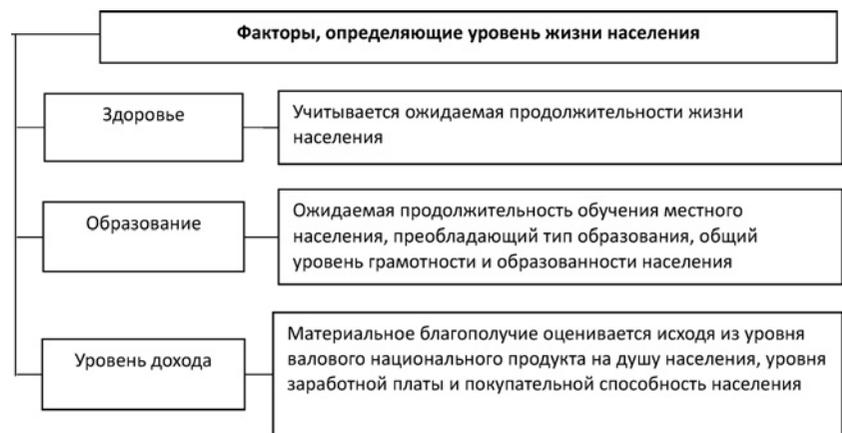


Рис. 1. Факторы уровня жизни населения.

Источник: Страны по уровню жизни // Единый визовый центр. URL: <https://xn----elcahffngcif9bjk1b7a3e8dh.xn--p1ai/novosti/strany-po-urovnyu-zhizni#urovnyu-zhizni-2> (дата обращения: 18.04.2024).

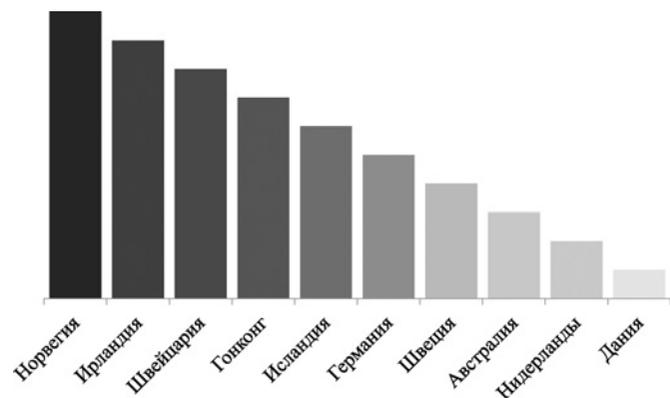


Рис. 2. Распределение топ-10 стран по индексу человеческого развития, 2023 г.

Источник: Страны по уровню жизни // Единый визовый центр. URL: <https://xn----elcahffngcif9bjk1b7a3e8dh.xn--p1ai/novosti/strany-po-urovnyu-zhizni#urovnyu-zhizni-2> (дата обращения: 18.04.2024).

инноваций с поддержкой здоровых предпочтений способствует формированию здоровьесберегающего сценария жизни.

В рамках исследования влияния технологических инноваций на здоровье в системе критериев уровня жизни населения интерес представляет вопрос, связывают ли сами граждане состояние своего здоровья с активным внедрением технологий в повседневную жизнь людей и что они подразумевают, говоря о высоких технологиях будущего. В июне 2023 г. ВЦИОМ совместно с Фондом «Росконгресс» представили общественности результаты исследования, проведённого среди 1600 граждан России в возрасте 18–55 лет методом телефонного опроса<sup>4</sup>.

Уровень достижений современных технологических инноваций активно продвигается вперёд, сообщая нам каждый день новости об инновационных разработках, которые находят своё применение в самых разных отраслях экономики и сферах жизни

<sup>4</sup> Технологии будущего // ВЦИОМ НОВОСТИ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/tekhnologii-budushchego> (дата обращения: 15.04.2024).



Рис. 3. Распределение ответов на вопрос: «Как бы Вы объяснили своими словами, что такое «будущие технологии?»», %.

Источник: Технологии будущего // ВЦИОМ НОВОСТИ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/tekhnologii-budushchego> (дата обращения: 15.04.2024).

и изменяя жизнь человека и общества к лучшему. Несмотря на специфические особенности и сложности в понимании вопросов, связанных с высокими технологиями и их совершенствованием в будущем, о теме актуальных технологических инноваций имеют достаточно ясное представление подавляющее большинство опрошенных (76%), причём есть достаточно большая доля респондентов, хорошо осведомлённых в этом направлении (16%), более половины участников исследования (60%) не много слышали об использовании современных разработок в области технологических инноваций, но есть и те, кто сказал, что ничего не знают о ведущихся разработках и новых технических решениях (22%). Следует отметить, что мужская категория респондентов разбирается в вопросе технологических инноваций немного лучше, чем женская категория (21 и 10%).

Главной целью разработки и использования технологических инноваций и высоких технологий ставится их благоприятное воздействие на уровень и качество жизни населения, что обусловлено тем фактом, что хозяйственная деятельность не будет являться успешной в случае отсутствия положительного результата в виде улучшения жизненной среды людей и роста их благосостояния.

Данные опроса свидетельствуют о том, что под понятием «технологии будущего» наши соотечественники чаще всего имеют в виду научно-технический прогресс в широком смысле этого слова: новый уровень развития технологий, модернизацию производственных процессов, новые возможности в науке и технике (доля тех, кому знакомо это понятие, — 21%), улучшение уровня и качества жизни, упрощение трудовых функций и повышение уровня комфорта (16%).

Технологические инновации будущего способны кардинальным образом трансформировать многие сферы жизни, определяя тренды развития в науке и технике. Распределение мнения о технологических инновациях будущего представлено на рис. 3.

Исследование показало, что более 2/3 россиян, участвовавших в интервью, выражают доверие технологическим инновациям будущего (77%), доля тех, кто не полагается на инновации, составила 18% числа участников исследования. Сегодня развитие технологических инноваций достигло той стадии развития, когда можно говорить о повышении эффективности не условного оборудования, а самого человека.

В группе лиц, выражающих доверие высоким технологиям, доля молодых людей в возрасте 18–24 лет составила большую часть (84%), с возрастом к инновациям люди относятся с большей осторожностью. Развитие технологических инноваций предполагает увеличение доступности средств технического прогресса для населения. Несмотря на тот факт, что некоторые участники исследования относятся к технологическим инновациям будущего с настороженностью, подавляющее большинство респондентов (94%) полагают, что их развитие является важным для человечества в глобальном масштабе.

По мнению учёных-экономистов, факторами движения на более высокий уровень социального благополучия выступают «силы, возникающие в результате различных процессов в экономике и обществе и меняющие структуру национальной экономики» [2]. Среди причин, которые участники исследования ВЦИОМ выделяют в качестве важных для развития технологических инноваций будущего, — улучшение качества и уровня жизни населения, создание комфортных условий для работы и жизни (54%). Таким образом, люди ожидают от современных и будущих технологических инноваций облег-



Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы думаете, в каких сферах прежде всего необходимо развивать будущие технологии для изменения жизни человека к лучшему?», %.

Источник: Технологии будущего // ВЦИОМ НОВОСТИ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/tehnologii-budushchego> (дата обращения: 15.04.2024).

чения в профессиональной сфере и в привычной жизни, освобождения времени для других дел или отдыха. Эффективное развитие и научно-технический прогресс как цель разработки технологических инноваций называют ещё 44% респондентов. Отметим, что на 3-м месте среди причин почти четвертая часть опрошенных выделила и развитие медицины (23%). Совершенствование промышленных производств и отраслей экономики в качестве основной причины развития инноваций отметили 12%, повышение уровня безопасности является важным фактором для 6%, улучшение экологии и сохранение природных ресурсов волнуют 5% опрошенных.

Считающие, что развивать технологические инновации является не важным направлением развития, объясняют, в основном, возможностью сопутствия внедрения технологий в жизнь людей опасными для человечества негативными факторами: технологические инновации наносят вред — 19%, ведут к деградации и регрессии — 18%, ограничивают в реализации своих прав — 12%, вызывают рост безработицы — 7%, несут риск сбоев в связи с возможными недочётами разработанных решений — 7%, могут вызвать экологические катастрофы — 5%, приведут к отстранённости людей и к замкнутости — 4%, возможна потеря контроля со стороны чело-

века — 3%. Есть и такие мнения среди участников исследования: «для меня эти технологии не имеют значения» — 12%, «эти технологии не смогут заменить человека» — 8%, «бесполезность технологий будущего» — 8%, «мне не понятно, зачем это делается» — 5%, «в нашей стране это невозможно» и «есть другие нерешенные проблемы» — по 3%, затруднились ответить — 9%.

На рис. 4 отражён рейтинг сфер, в которых, по мнению участников исследования, необходимо развивать технологические инновации будущего для изменения жизни человека к лучшему. Как свидетельствуют результаты опроса, на 1-м месте стоит отрасль медицины. Получается, что улучшение жизни человека и повышение уровня жизни населения в целом с помощью технологических инноваций ожидают в том направлении, где это можно ощутить и оценить: состояние здоровья, трудовая деятельность, повседневные комфортные условия жизни. Технологические инновации значительно трансформировали в сторону улучшения каче-

ства, доступности и мобильности индустрию здравоохранения. Основные инновации в сфере здравоохранения и их влияние на здоровье в системе критериев уровня жизни населения приведены на рис. 5.

Исследование ВЦИОМ также показало, что ни о каких разработках высоких технологий будущего за период последнего года не слышали 39% опрошенных соотечественников, 20% респондентов затруднились ответить на вопрос. Смогли вспомнить и на-

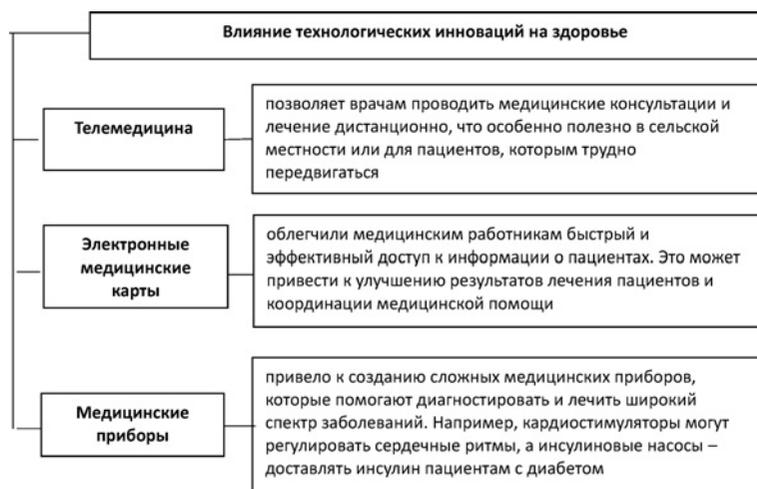


Рис. 5. Влияние технологических инноваций на здоровье населения.

звать конкретные инновационные технологии 41% россиян, они особенно выделили инновационные решения в сфере искусственного интеллекта и нейросетей, эти технологии знает каждый пятый участник опроса (21%). Другие варианты технологических инноваций были отмечены с существенным отрывом: технологические инновации в медицинской отрасли (5% опрошенных), робототехника, инновационные разработки в ИТ-сфере, в секторе военно-промышленного комплекса, беспилотные аппараты и беспилотные автомобили (по 4% в каждом варианте).

Следовательно, современные люди на развитие будущих технологических инноваций возлагают достаточно много надежд в самых разных направлениях, но прежде всего это относится к тем отраслям жизни и деятельности человека, в которых происходит взаимодействие и от которых зависит состояние здоровья и уровень жизни — это здравоохранение и фармакология (36% опрошенных). Россияне ожидают, что технологические инновации будущего позволят обеспечить доступность медицинской помощи, будут способствовать увеличению продолжительности жизни человека, придут на помощь в борьбе с заболеваниями. Сегодня сфера медицины занимает лидирующее место в списке запросов на развитие инновационных технологий; беспилотные автомобили, электромобили, летающие автомобили и отрасль информационных технологий идут с большим отрывом (8 и 7% соответственно).

### Обсуждение

Использование понятия «уровень жизни населения» на современном этапе развития нашего государства в большей степени обусловлено взаимосвязью с понятием «бедность». Поэтому исследование социально-экономического состояния экономики и общества в первую очередь ставит своей целью оценку уровня жизни как социально-экономической категории [3].

Повышение уровня и качества жизни населения сегодня выступает одной из главных целей политики любой страны в социально-экономическом плане, а направления по реализации этих ориентиров выражаются в виде конкретных программ. Поэтому исследования системы показателей уровня жизни населения и изучения факторов, оказывающих влияние на общественное здоровье, всегда имеет приоритетное значение для государства для разработки эффективных механизмов регулирования.

Исследование ВЦИОМ показало, что большая часть россиян полагают важным направлением развитие технологических инноваций. По мнению россиян, разработки в сфере инновационных технологий будут способствовать повышению уровня жизни населения в целом и обеспечению комфорта во всех сферах жизни и деятельности для каждого человека в отдельности. Со сферой здравоохранения изменения к лучшему с помощью технологических

инноваций связывает подавляющее большинство наших сограждан. При этом убеждены, что российская наука в сфере инновационных технологий отстаёт от мировой науки, более половины опрошенных (56%), и только 6% считают, что российские учёные работают с опережением в сфере разработок технологических инноваций.

Жизнь человека в современном обществе с развитием технологий становится более комфортной. Всё больше процессов в жизни и деятельности человека совершается с помощью использования высоких технологий и «умного» оборудования, выполняющего часть рутинной работы. Но стоит отметить и негативную сторону активного применения технологических инноваций, которая проявляется, когда кем-то нарушается баланс в использовании современных устройств. Также с повышением удобств и комфорта от использования инноваций люди становятся менее активными, что обуславливает развитие ряда заболеваний, связанных с ожирением, здоровьем сердца и сосудов.

### Заключение

Исследование влияния технологических инноваций на здоровье населения в системе критериев уровня жизни свидетельствует о том, что сегодня в России происходят реализация технических проектов и поиск инновационных решений, направленных на улучшение качества и уровня жизни населения, позволяя в сфере здравоохранения, способствуя уже в скором будущем увеличению продолжительности жизни и продлению активной фазы жизни. Можно предположить, что потребность в благополучии и комфортной жизни вызывает необходимость придерживаться здорового стиля жизни, а благодаря внедрению технических инноваций, показывающих своё активное развитие на фоне сложностей глобального мира, это становится возможным.

Позитивные социально-экономические эффекты разработки и использования технологических инноваций сегодня получают только те страны, в которых организованы благоприятные условия для их развития, устранено неравенство в доступе к инновационным технологиям и гарантируется информационная безопасность. В таком случае можно говорить об обеспечении высокого уровня развития человеческого потенциала.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова М. Ю., Лебедев А. В. Инновации и уровень жизни населения: взаимосвязь, тенденции, перспективы // Статистика и экономика, 2012. № 6. С. 91–95.
2. Жиронкин С.А., Гасанов М.А., Барышева Г.А., Каячев Г.Ф. Технологические детерминанты современного социального благополучия на его инновационно-цифровой стадии // Экономика и управление инновациями, 2017. № 2. С. 4–10.
3. Чемидова Л. С. Системы показателей уровня и качества жизни населения // Вестник ИКИАТ. 2019. № 1. С. 112–115.

### REFERENCES

1. Arkhipova M. Yu., Lebedev A. V. Innovations and the standard of living of the population: interrelation, trends, prospects. *Statistics and Economics*. 2012;(6):91–95.

2. Zhironkin S. A., Hasanov M. A., Barysheva G. A., Kayachev G. F. Technological determinants of modern social well-being at its innovative digital stage. *Economics and innovation management*. 2017;(2):4–10.
3. Chemidova L. S. Systems of indicators of the level and quality of life of the population. *Bulletin of the IKIAT*. 2019;(1):112–115.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

Научная статья

УДК 614.2:378.172:612.681(470)

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-300-304

## Оценка значимости и потребности в долголетию учащейся молодёжи отдельных регионов Российской Федерации

Светлана Александровна Федоткина<sup>1✉</sup>, Азиза Халиловна Ахминеева<sup>2</sup>,  
Ольга Владимировна Музалева<sup>3</sup>, Елена Георгиевна Овсянникова<sup>4</sup>,  
Юлий Робертович Дорфман<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2,3</sup>Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>4,5</sup>Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

<sup>1</sup>safedotkina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3077-443X>

<sup>2</sup>aaziza@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9768-4423>

<sup>3</sup>ovmuzal@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-0569-9289>

<sup>4</sup>elenaagma@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-6872-3605>

<sup>5</sup>yuliy\_dorf@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5658-3829>

**Аннотация.** Долголетие и здоровье населения являются приоритетными задачами в развитии современного общества. В опросе студенческой молодёжи медицинских колледжей использовали вопросы, направленные на выявление отношения обучающихся к вопросам долголетия, их осведомлённости о факторах, влияющих на долголетие, а также их личной потребности в этой сфере.

В мотивации долголетия определены две группы мотивов: лично-семейные и условно-общественные. Для учащейся молодёжи в целом общественные мотивы долголетия по 5-балльной шкале оказались менее значимыми (2,4–2,6 балла), чем лично-семейные (3,5–3,8 балла). В этой оценке отражается низкий престиж старости и проявляется реальное положение пожилых людей в обществе. Значение желаемой продолжительности жизни незначительно отличается по гендерному признаку в пользу мужчин — 83,8 года, в отличие от женщин — 83,6 года. Отмечено значительное количество фантастических оценок желаемой продолжительности жизни — 19,0%. Из них 8,7% опрошенных продемонстрировали высокую мотивацию к здоровой продолжительности жизни. Они сочли нормальным активное долголетие от 100 до 150 лет. Часть респондентов — 10,3% в основном девушки, обучающиеся в колледжах, отметили свою желаемую продолжительность жизни менее 50 лет, что может говорить о личностной незрелости респондентов.

**Ключевые слова:** студенты; мотивация на долголетие; молодёжь; продолжительность жизни

**Для цитирования:** Федоткина С. А., Ахминеева А. Х., Музалева О. В., Овсянникова Е. Г., Дорфман Ю. Р. Оценка значимости и потребности в долголетию учащейся молодёжи отдельных регионов Российской Федерации // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 300—304. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-300-304

Original article

## Assessment of the importance and need for longevity students of certain regions of the Russian Federation

Svetlana A. Fedotkina<sup>1✉</sup>, Aziza Kh. Akhmineeva<sup>2</sup>, Olga V. Muzaleva<sup>3</sup>, Elena G. Ovsyannikova<sup>4</sup>, Yuliy R. Dorfman<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Medical Academy named after S. M. Kirov, St. Petersburg, Russia; Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia;

<sup>2,3</sup>Medical Academy named after S. M. Kirov, St. Petersburg, Russia;

<sup>4,5</sup>Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

<sup>1</sup>safedotkina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3077-443X>

<sup>2</sup>aaziza@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9768-4423>

<sup>3</sup>ovmuzal@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-0569-9289>

<sup>4</sup>elenaagma@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0005-6872-3605>

<sup>5</sup>yuliy\_dorf@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5658-3829>

**Annotation.** Longevity and public health are priorities in the development of modern society. The survey of medical college students used questions aimed at identifying students' attitudes to longevity issues, their awareness of factors affecting longevity, as well as their personal needs in this area.

Two groups of motives are defined in the motivation of longevity: personal-family and conditional — social. For students, in general, social motives of longevity on a 5-point scale were less significant (2,4–2,6 points) than personal-family (3,5–3,8 points). This assessment reflects the low prestige of old age and reveals the real position of older people in society. The value of the desired life expectancy does not significantly differ by gender in favor of men — 83,8 years, unlike women — 83,6 years.

A significant number of fantastic estimates of the desired life expectancy were noted — 19%. Of these, 8,7% demonstrated high motivation for a healthy life expectancy. They considered active longevity from 100 to 150 years normal. Part of the respondents — 10,3%, mostly girls studying at colleges, noted their desired life expectancy of less than 50 years, which may indicate the personal immaturity of the respondents.

**Keywords:** students; motivation for longevity; youth; life expectancy

**For citation:** Fedotkina S. A., Akhmineeva A. Kh., Muzaleva O. V., Ovsyannikova E. G., Dorfman Y. R. Assessment of the importance and need for longevity students of certain regions of the Russian Federation. *Remedium*. 2024;28(3):300–304. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-300-304

## Введение

Потребность в долголетию в значительной степени определяется ценностями здоровья и продолжительной здоровой жизни в системе ценностей человека [1, 2]. Одним из маркеров системы ценностей в обществе признаётся показатель желаемой продолжительности жизни (ПЖ). Он отражает установки респондентов на такое число лет, которые они предпочитают прожить при самых благоприятных обстоятельствах и условиях.

Недавние исследования продемонстрировали важность личной приверженности к ведению здорового образа жизни и мотивации к активному долголетию как среди врачей, так и среди среднего медицинского персонала [2–5].

Предотвращение и коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний становится в фокусе внимания системы здравоохранения и командной работы, где медицинским сёстрам и фельдшерам отводится существенная роль [6, 7].

По заявлению главы Министерства здравоохранения РФ М. А. Мурашко, в 2023 г. показатель ожидаемой ПЖ в России превысил допандемийный порог и достиг 73,4 года. В 2021 г. ожидаемая ПЖ в России составляла 70,1 года, а в 2022 г. — 72,7 года. Согласно данным Росстата, средний вариант прогноза ожидаемой ПЖ при рождении в России к концу 2024 г. запланирован 79,9 года, а к 2035 г. — 82,7 года.

## Материалы и методы

Социологическое исследование проведено в 2021–2022 гг. среди студенческой молодёжи, обучающейся по специальностям «Сестринское дело» и «Лечебное дело». Выборку представили студенты трех образовательных учреждений: медицинского колледжа Санкт-Петербургского государственного университета, Астраханского государственного медицинского университета и Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, обучающиеся на базе 11 классов, а также студенты нескольких колледжей Ленинградской области, обучающиеся на базе 9 классов. Для достижения поставленной цели была разработана специальная анкета, содержащая ранжированные ответы и вопросы, требующие констатирующих (безоценочных) ответов.

В каждом образовательном учреждении было опрошено не менее 60 человек. Материалом исследования послужили 536 анкетированных без учёта возраста респондентов старше 35 лет. Средний возраст респондентов составил 20 лет.

Анкетирование было проведено в онлайн-формате в сети «Интернет» с помощью сервиса forms.google.com.

На первом этапе медико-социального исследования (с 10.10.2022 по 06.03.2023) проводился сбор ин-

формации с использованием платформы Google. На втором этапе выполнена статистическая обработка данных с использованием программы «MS Excel 2010» с расчётом средних, относительных величин и частотного распределения.

## Результаты

По результатам социологического опроса студенческой молодёжи нам удалось выяснить, что желаемая ПЖ для них составила всего 85,1 года, для мужчин — 83,8 года, для женщин — 83,6 года (табл. 1). Это существенно превосходит уровень ПЖ, запланированный целевыми показателями Национального проекта «Демография» — повышение ожидаемой ПЖ в стране до 78 лет к 2030 г., что указано в Паспорте Национального проекта.

По результатам опроса ожидаемая ПЖ наших респондентов в среднем составила 83,7 года. Различия оценки желаемой ПЖ по гендерному признаку практически не различаются (83,8 года у мужчин и 83,6 года у женщин, хотя фактическая ПЖ и набирает рекордные темпы прироста, но всё-таки существенно отличается (у мужчин в 2023 г. — 73 года, у женщин — 83 года). При этом наибольшую желаемую оценку ПЖ среди мужчин зарегистрированы у студентов Астраханского колледжа (95,9 года), а наименьшую — у студентов СПбГУ (72 года). Среди женщин наименьшую желаемую оценку ПЖ продемонстрировали студентки Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (74,2 года).

Очевидно, что респонденты в своих ответах не опирались на имеющиеся понимания о предмете опроса, о чём свидетельствует значительный процент — 8,7% фантастических оценок (от 101 до 150 лет). В обществе формируется опережающий, запла-

Таблица 1

**Распределение средних значений ответов о желаемой ПЖ (от 50 до 100 лет включительно) обучающихся различных учебных заведений, %**

Учебное заведение	Мужчины (n = 135)	Женщины (n = 296)	Общее среднее (n = 431)
Медицинский колледж СПбГУ (специальность «Сестринское дело» на базе 11 классов)	72,0	85,2	<b>78,6</b>
Медицинский колледж ВМедА им. С. М. Кирова (специальность «Сестринское дело» на базе 11 классов)	81,7	74,2	<b>77,9</b>
Медицинский колледж Астраханский ГМУ (специальность «Сестринское дело» на базе 11 классов)	95,9	88,5	<b>92,2</b>
Медицинский колледж ВМедА им. С. М. Кирова (специальность «Лечебное дело» на базе 11 классов)	85,8	85,6	<b>85,5</b>
Медицинские колледжи Ленинградской области (специальность «Сестринское дело» на базе 9 классов)	83,7	84,3	<b>84</b>
Итого...	83,8	83,6	83,7

Таблица 2

## Распределение значений низких и крайне высоких показателей желаемой ПЖ, %

Учебное заведение	Количество фантастических оценок желаемой ПЖ						
	< 50 лет (10,3%)			> 101 до 150 лет (8,7%)			итого (19%)
	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	
Медицинский колледж СПбГУ (специальность «Сестринское дело» на базе 11 классов)	–	–	–	–	8	8	8
Медицинский колледж ВМедА им. С. М. Кирова (специальность «Сестринское дело» на базе 11 классов)	6	–	6	13	–	13	19
Медицинский колледж Астраханский ГМУ (специальность «Сестринское дело» на базе 11 классов)	1	4	5	2	3	5	10
Медицинский колледж ВМедА им. С. М. Кирова (специальность «Лечебное дело» на базе 11 классов)	1	2	3	2	7	9	12
Медицинские колледжи Ленинградской области (специальность «Сестринское дело» на базе 9 классов)	11	32	43	4	9	11	54
Итого...	19	38	57	21	27	48	105

нированный государством, положительный тренд на мотивацию к здоровой ПЖ [2–4]. Количество фантастических оценок свидетельствует о том, что государственная политика, направленная на формирование здорового образа жизни и активного долголетия, нашла отклик в ответах наших респондентов (табл. 2).

Часть респондентов (10,3%) отметили свою желаемую ПЖ менее 50 лет, что может говорить о личностной незрелости респондентов.

## Обсуждение

При оценке желаемой ПЖ нет четкой образовательной дифференциации: у студентов вузов и колледжей и у мужчин, и у женщин желаемая ПЖ практически одинакова: 83,8 года и 83,7 года у мужчин, и 83,4 и 84,3 у женщин соответственно. При сравнении с данными других всероссийских исследований (социологический опроса молодёжи в 2010 и 2012 гг.) показатели ожидаемой ПЖ наших респондентов схожи, что подтверждает наше предположение о небольшом жизненном опыте респондентов в возможностях значительных перспектив

долголетия [1, 2]. В результате обработки данных нам удалось выяснить мотивы дожития респондентов и с чем связана их потребность в долголетьи. В мотивации долголетия выделены две группы мотивов: условно общественные и лично-семейные (табл. 3).

Как видно из табл. 3, в среднем по 5-балльной шкале даже лично-семейные мотивы долголетия у респондентов оказались не выше 3,6 балла, причём для мужчин они были более значимы, чем для женщин (3,7 и 3,5 соответственно).

Наибольшую значимость для респондентов представлял мотив долголетия, связанный с наличием внуков, — 3,8 балла. Вторым по значимости лично-семейным мотивом респонденты указали потребность помогать своим супругам на протяжении совместной жизни — 3,6 балла.

Менее значимыми мотивами долгой жизни, по мнению респондентов, были помощь взрослым детям и желание пожить для себя по достижении пенсионного возраста, не работая: 3,4–3,6 балла.

Следует иметь в виду, что все респонденты являются студентами медицинских образовательных

Таблица 3

## Ранжирование мотивов дожития респондентов до желаемой продолжительности жизни (среднее число баллов по 5-балльной шкале)

Мотивы дожития	Медицинские образовательные учреждения, осуществляющие реализацию образовательных программ по направлениям:						Всего (n = 536)		Среднее значение
	«Лечебное дело» и «Сестринское дело» на базе 11 классов		«Сестринское дело» на базе 9 классов						
	СПбГУ ВМедА		АГМУ ВМедА		Ленинградская область				
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	
<b>Условно общественные</b>									
Пожилые люди в обществе пользуются уважением	2,7	3	2,7	2,1	2,1	2,0	2,5	2,3	2,4
Желание сохранить свои пенсионные накопления и полностью их использовать	2,6	3,5	2,8	2,5	2,4	2,3	2,5	2,8	2,6
Желание подольше поработать и в пенсионном возрасте	2,7	2,9	2,4	2,1	2,1	2,0	2,4	2,3	2,3
<b>Лично-семейные</b>									
Желание жить для себя, не работая	3,8	3,8	3,4	3,4	3,2	3,4	3,5	3,5	3,5
Помогать моим взрослым детям	4,0	3,8	3,7	3,3	3,2	3,0	3,6	3,4	3,5
Нежелание оставить супруга одного без помощи и моей поддержки	4,3	3,8	3,9	3,4	3,3	3,3	3,8	3,5	3,6
Желание долго жить, чтобы увидеть внуков	4,2	4,1	4,1	3,8	3,3	3,6	3,9	3,7	3,8

учреждений, а большинство обучающихся — приезжими из других регионов России. В образовательном процессе вузов и колледжей органично прививаются ценности индивидуализма и свободы [1–3, 5]. С другой стороны, можно предположить, что средняя значимость этого мотива обусловлена не совсем удовлетворительным (на момент опроса) материальным положением как существенным условием для того, чтобы «пожить для себя».

Большинство респондентов на момент опроса находились в статусе неженатого/незамужней, не имели собственных детей, а тем более внуков. Таким образом, в ответах респондентов отражается уклад, жизненный опыт и ценности семей, в которых они воспитывались, характеризующийся взаимопомощью и поддержкой членов семьи, заботой о подрастающем поколении.

Общественные мотивы долголетия, как и ожидалось, оказались в целом для наших респондентов менее значимы, чем лично-семейные (2,3–2,6 балла в зависимости от мотива). Девушки оказались более прагматичными при ответе на вопрос о пенсионных накоплениях (2,8 балла), чем опрошенные мужчины (2,5 баллов). Следующих два мотива: дожить до преклонного возраста, поскольку пожилые пользуются уважением в обществе и потребность жить долго, чтобы дольше работать в пенсионном возрасте — для юношей и девушек были равнозначно значимы на 2,3 и 2,5 балла соответственно.

Своими ответами студенты продемонстрировали, что использование пенсионных накоплений для них пока не является приоритетным или предпочтительным. К тому же при высокой инфляции пенсионные накопления значительно проигрывают таким мерам государственной поддержки граждан, как инвестиции. Реальное отношение молодежи к старости и не престижное положение пожилых людей в обществе отразилось в низкой оценке респондентов мотива дожить до пожилого возраста.

В результате обработки данных по всем лично-семейным мотивам желаемой ПЖ были отмечены заметные отличия во мнении студентов вузов и учащихся колледжей. Студенты-мужчины заметно выше оценили эти мотивы, в отличие от учащихся колледжей (3,4–4,3 и 3,2–3,6 балла соответственно). В ответах женщин прослеживалась такая же тенденция (3,3–4,1 и 3,0–3,6 балла соответственно).

Было установлено, что именно у студентов-мужчин оказались более выраженными мотивы, связанные с желаниями помогать своим взрослым детям, долго жить, чтобы увидеть внуков, помогать в старости своей супруге (4,3 и 3,7 баллов).

Таким образом, можно утверждать, что за последние годы поменялась приверженность молодых людей к консервативным семейным ценностям. По результатам нашего опроса он характерен больше для мужчин. А женщины отразили свой индивидуализм в большей степени в желании сохранить свои пенсионные накопления.

## Заключение

1. Желаемая ПЖ по гендерному признаку не имеет статистически значимых различий (83,8 года у мужчин и 83,6 года у женщин).

2. При оценке ответов о желаемой ПЖ отсутствуют выраженные различия по учебным заведениям и полу, желаемая ПЖ практически одинакова как у мужчин, так и у женщин.

3. Наибольшую значимость для респондентов представлял мотив долголетия, связанный с наличием внуков, следующим по значимости респонденты указали потребность помогать своим супругам на протяжении совместной жизни.

4. Балльная оценка ответов показала, что для респондентов более значимы лично-семейные мотивы долголетия, чем общественные.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Федоткина С. А. Потребность в долголетию: по результатам опроса российской молодежи // Современные исследования социальных проблем. 2011. № 2. С. 205.
2. Гридин М. Ю., Хугаева Э. В. Анализ формирования понятия здорового образа жизни среди учащейся молодежи и мотивации к нему в контексте предстоящей профессиональной деятельности // В мире научных открытий. 2018. Т. 10, № 3. С. 162–179. DOI: 10.12731/wsd-2018-3-162-179
3. Дорфман Ю. Р., Ахминеева А. Х., Дорфман С. В. Роль среднего медицинского персонала в формировании здорового образа жизни у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в одной из воинских частей Южного военного округа // Современные здоровьесберегающие технологии. 2022. № 3. С. 7–17.
4. Музалева О. В., Кряжев Д. А., Быстрых В. В. Изучение социально-психологических особенностей студентов как возможность оптимизации учебного процесса // Медицинское образование. Пути повышения качества: материалы Всероссийской научно-педагогической конференции. М.; 2017. С. 387–389.
5. Чумак Е. В. Роль средних медицинских работников в укреплении общественного здоровья // Медицинская сестра. 2018. № 10. С. 30–32.
6. Образ жизни студентов, получающих высшее сестринское образование: результаты самооценки / Сененко А. Ш. [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 1. С. 179–199. — DOI 10.24411/2312-2935-2020-00014.
7. Русанова М. Ю., Токарева Ю. А., Павловских А. Ю. Анализ распространенности поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у медицинских работников. Национальное здоровье. 2019; 3: 58–62.

## REFERENCES

1. Fedotkina S. The need for longevity: according to the results of a survey of Russian youth. Modern research on social problems. 2011, 2 (6): 205.
2. Gridin M., Khugaeva E. N. Analysis of the formation of the concept of a healthy lifestyle among young students and motivation for it in the context of upcoming professional activities. In the world of scientific discoveries. 2018; 10(3): 162-179. DOI: 10.12731/wsd-2018-3-162-179.
3. Dorfman YU., Akhmineeva A., Dorfman S. The role of middle medical personnel in formation healthy lifestyle of the military doing their service under the contract in one of the military posts in the southern military district. Modern health-saving technologies 2022; (3): 7-17.
4. Muzaleva O., Kryazhev D., Bystrykh V. Studying the socio-psychological characteristics of students as an opportunity to optimize the educational process. Medical education. Ways to improve

- quality. Materials of the All-Russian Scientific and Pedagogical Conference. 2017: 387-389.
5. Chumak E. The role of secondary health workers in strengthening public health. *Meditinskaya sestra*. 2018 (10): 30-32.
  6. Lifestyle of students receiving higher nursing education: self-assessment results / Senenko A. [i dr.]. *Modern problems of health-care and medical statistics*. 2020 (1): 179-199. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00014.
  7. Rusanova M., Tokareva YU., Pavlovskikh A. Analysis of the prevalence of behavioural risk factors for chronic noncommunicable diseases in healthcare professionals. *National health*. 2019 (3): 58-62.

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.  
The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

# Вопросы управления, кадрового обеспечения, цифровизации

Научная статья

УДК 614.251.2:349.23

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-305-309

## Анализ нормативно-правового регулирования медицинского наставничества

Наталья Константиновна Гришина<sup>1</sup>, Инна Валерьевна Бобрович<sup>2</sup>✉

<sup>1</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация; Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна, Москва, Россия;

<sup>2</sup>Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, г. Москва, Российская Федерация; Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

<sup>1</sup>otdel-77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

<sup>2</sup>bogat\_iv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8880-0800>

**Аннотация.** В статье представлены результаты нормативно-правового анализа механизмов формирования и развития института наставничества в системе здравоохранения. На основе полученных данных контент-анализа типовых положений о наставничестве отдельных субъектов РФ, а также методических рекомендаций Минздрава России определены необходимые элементы правового регулирования наставничества в медицинских организациях.

**Ключевые слова:** наставничество в здравоохранении; правовые основы; типовые положения о наставничестве; контент-анализ

**Для цитирования:** Гришина Н. К., Бобрович И. В. Анализ нормативно-правового регулирования механизмов медицинского наставничества // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 305—309. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-305-309

## Issues of management, staffing, digitalization

Original article

### Analysis of legal regulation of medical mentoring

Natalya K. Grishina<sup>1</sup>, Inna V. Bobrovich<sup>2</sup>✉

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; State Scientific Center of the Russian Federation — Federal Medical Biophysical Center named after A. I. Burnazyan, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; Chita State Medical Academy, Chita, Russia

<sup>1</sup>otdel-77@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9027-4168>

<sup>2</sup>bogat\_iv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8880-0800>

**Annotation.** The article presents data on the regulatory and legal analysis of the mechanisms of formation and development of the institute of mentoring in the health care system. On the basis of the obtained data of the content analysis of the model provisions on mentoring of individual subjects of the Russian Federation, as well as methodological recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation, the necessary elements of legal regulation of mentoring in medical organizations have been determined.

**Key words:** mentoring in healthcare; legal basis; standard provisions on mentoring; content analysis

**For citation:** Grishina N. K., Bobrovich I. V. Analysis of legal regulation of medical mentoring mechanisms. *Remedium*. 2024;28(3):305–309. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-305-309

### Введение

Законодательное урегулирование института наставничества в сфере здравоохранения приобрело в настоящее время значительную актуальность [1, 2]. Стратегия развития здравоохранения в России в период до 2025 г., утверждённая Указом Президента РФ № 254 от 06.06.2019<sup>1</sup>, одной из задач предусма-

тривает формирование института наставничества. По мнению законодателя, введение наставничества будет соответствовать принципам модернизации первичного звена здравоохранения РФ в части

<sup>1</sup> Указ Президента РФ № 254 от 06.06.2019 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

устранения дефицита кадров, что отражено в Постановлении Правительства РФ № 1034 от 09.10.2019 «О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации»<sup>2</sup>, в виде одного из направлений — разработка механизма наставничества в отношении врачей — молодых специалистов, прошедших целевое обучение. Ряд исследований подтверждают наличие проблем профессиональной адаптации молодых специалистов первичного звена в здравоохранении [3]. Однако остаются нерешёнными вопросы правового регулирования механизмов наставничества в медицинских организациях, поскольку они представлены в правовом поле либо локальным нормотворчеством, либо типовыми положениями, утверждёнными на уровне субъектов РФ.

**Целью** данного исследования стало проведение анализа нормативно-правового регулирования механизмов медицинского наставничества. Решением поставленных задач в исследовании явились данные контент-анализа типовых положений о наставничестве ряда субъектов РФ.

### Материалы и методы

В исследовании с применением метода контент-анализа проведён сравнительный анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих механизмы наставничества. Использованы данные типовых положений о наставничестве ряда субъектов РФ, находящиеся в свободном доступе на сайтах органов управления в сфере здравоохранения: Московской, Мурманской, Ульяновской, Свердловской и Саратовской областей, а также типовое положение о наставничестве Ассоциации заслуженных врачей России. Изучение Методических рекомендаций Минздрава России по организации наставничества в медицинских организациях и данных литературы позволили определить перечень учётных признаков для проведения контент-анализа указанных типовых положений.

### Результаты

В ходе проведённого анализа нормативно-правовых актов в отношении формирования и развития института наставничества в России выявлено, что федеральное законодательство напрямую не прописывает его механизмы в сфере здравоохранения. Отсутствуют нормы правового регулирования наставничества в Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также в Трудовом кодексе РФ. В настоящее время Федеральным законом № 124-ФЗ от 14.04.2023 внесены изменения в Федеральный закон № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации», согласно которым договором о целевом обучении могут быть предусмотрены условия наставничества как в отноше-

нии обучающихся при прохождении практики, так и для специалистов при трудоустройстве на работу.

Подробное изучение нормативной базы, регламентирующей наставничество, выявило, что более детально правовые нормы, регулирующие механизмы его реализации, закреплены в системе государственной гражданской службы РФ. В соответствии с Указом Президента РФ № 601 от 07.05.2012 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления»<sup>3</sup> предлагается внедрение процедуры адаптации персонала в виде наставничества для государственных гражданских служащих, впервые принятых на государственную гражданскую службу. Нормативной основой реализации Указа Президента РФ явился Методический инструментальный по применению наставничества на государственной гражданской службе, утверждённый Министерством труда РФ<sup>4</sup>. Согласно Методическому инструментарию наставничество представляет собой кадровую технологию, направленную на обеспечение передачи знаний и навыков от более опытного служащего менее опытному с целью решения задач по ускорению процесса профессионального становления гражданских служащих, развитию их способности самостоятельно и качественно выполнять функциональные обязанности. По мнению авторов, опыт применения наставничества на государственной гражданской службе свидетельствует о его обязательности в отношении всех служащих после трудоустройства на службу и требует нормативного закрепления наставничества в основополагающих актах федерального и регионального уровней [4, 5].

Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих механизмы наставничества в системе здравоохранения, позволил установить, что основной перечень документов по данному вопросу представлен лишь типовыми положениями о наставничестве в отдельных субъектах РФ. При этом в 2020 г. Министерством здравоохранения РФ предложены Методические рекомендации по организации наставничества в медицинских организациях (далее — МР МЗ), которые подробно прописывают основные механизмы и требования к использованию данного инструмента в системе кадровой службы. Подробное изучение МР МЗ выявило, что основная доля учётных признаков, выбранных для проведения контент-анализа типовых положений, содержится в данном документе (77,8% от всех анализируемых признаков). Однако МР МЗ представлены обобщающими предложениями по организации наставничества без учёта профиля деятельности медицинской организации, вида медицинской помощи, специальности специалистов, нуждающихся в профессиональной адаптации, без указания форм осуществления наставничества.

<sup>3</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 601 «Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления».

<sup>4</sup> Письмо Минтруда России от 28.05.2020 № 18-4/10/П-4994 «О Методическом инструментарию по осуществлению наставничества на государственной гражданской службе Российской Федерации».

<sup>2</sup> Постановление Правительства РФ № 1304 от 09.10.2019 (ред. от 21.12.2023) «О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации».

Данные контент-анализа Типовых положений о наставничестве в учреждениях здравоохранения

Учётные признаки	Московская область, 2017 г.*	Мурманская область, 2020 г.**	Ульяновская область, 2012 г.***	Свердловская область, 2018 г.**	Саратовская область, 2018 г.**	Рекомендации Ассоциации заслуженных врачей России 2019 г.	МР МЗ 2020 г.	Доля признака, %
Ссылки на нормы федерального законодательства	-	-	-	-	-	-	-	0
Форма проведения наставничества носит обязательный характер (в отношении лиц, впервые принятых на работу)	-	-	-	+	-	-	+	28,6
Содержат ограничения по нагрузке наставника: не более 2–5 наставляемых	-	-	+	-	+	-	+	42,9
Определены требования к кандидатуре наставника: непрерывный медицинский стаж	+	+	+	+	+	+	+	100 (min — 5 лет, max — 7 лет)
Определены условия отстранения от выполнения функций наставника	-	+	+	-	+	+	+	71,4
Регламентированы сроки наставничества	+	+	+	+	+	+	+	100
Профессиональная подготовка будущих наставников	-	-	-	-	-	-	+	
Предусмотрены дополнительные рекомендации наставнику	-	+	-	-	-	-	+	28,6
Регламентированы стимулирующие выплаты для наставников: повышающий коэффициент в расчёте на каждого наставляемого	-	+	-	-	-	-	+	28,6
Регламентированы дополнительные нематериальные поощрения наставников: грамота, благодарность, представление к наградам	+	+	-	+	-	-	+	57,1
Определена возможность привлечения специалистов в качестве наставников сторонней медицинской организации	-	-	-	-	-	-	+	
Терминология по отношению к наставляемому специалисту	-	-	-	-	-	-	+	
«аккредитованный специалист»	+	-	-	-	-	-	+	28,6%
«лицо, в отношении которого осуществляется наставничество»	-	-	-	+	-	-	+	28,6%
«молодой специалист»	-	+	+	-	+	+	+	71,4%
Рекомендованы мероприятия по наставничеству в отношении среднего медицинского персонала	-	+	-	+	-	-	-	28,6
Рекомендовано соглашение о сотрудничестве между наставником и наставляемым лицом	-	+	-	-	-	-	-	14,3
Рекомендован Совет по наставничеству	-	+	-	+	-	-	+	42,9%
Регламентировано закрепление функциональных обязанностей наставника дополнительным соглашением к трудовому договору	-	-	-	-	-	-	-	
Итоговое значение изучаемых признаков в нормативном документе	22,2%	55,6%	27,8%	38,9%	27,8%	22,2%	77,8%	-

\* Распоряжение Министерства здравоохранения Московской области № 304-р от 07.12.2017 «Об утверждении типового положения о наставничестве в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Московской области».

\*\* Приказ Министерства здравоохранения Мурманской области № 759 от 30.12.2020 «Об организации наставничества в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Мурманской области».

\*\*\* Распоряжение Министерства здравоохранения Ульяновской области № 100-и от 27.08.2012 «Положение о наставничестве в лечебно-профилактических учреждениях Ульяновской области».

\*\*\*\* Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области № 1206-п от 17.07.2018 «О системе наставничества и утверждении типового положения о наставничестве в учреждениях здравоохранения Свердловской области».

\*\*\*\*\* Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области № 22-п от 05.02.2018 «Об утверждении типового положения о наставничестве в медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения Саратовской области».

Систематизированное изучение типовых положений о наставничестве ряда субъектов РФ проведено на основе сравнительной характеристики данных документов с МР МЗ по выбранным учётным признакам (таблица). В ходе исследования отмечено, что все изучаемые документы не содержат отсылок к нормам федерального законодательства в сфере здравоохранения и трудового права РФ. Результаты контент-анализа позволили установить, что обязательная форма проведения наставничества в отношении лиц, принятых на работу, предусмотрена типовым положением Свердловской области, что свидетельствует о факультативном характере наставничества в большинстве нормативных документов. При этом типовые положения не содержат ус-

ловия, при которых наставничество должно осуществляться, или условия, при которых наставничество может не применяться к сотруднику, принятому на работу. Все типовые положения регламентируют продолжительность осуществления наставничества, однако периоды его осуществления варьируют от 6 мес до 3 лет. Различия в продолжительности обусловлены, в первую очередь, содержанием программы наставничества, которая будет зависеть от цели и формы профессиональной адаптации молодых специалистов. Так, для врачей первичного звена, которые начинают осуществлять профессиональную деятельность после первичной аккредитации, процесс профессионального становления под руководством более опытного коллеги носит адап-

тационный характер и должен в максимально короткие сроки помочь начинающему сотруднику включиться в лечебный процесс с минимальными рисками нежелательных последствий. Поэтому в данной форме адаптационного наставничества его продолжительность может быть от 6 до 12 мес.

Установлено, что во все типовые положения включены требования к кандидатам в наставники. Основным критерием отбора служит стаж медицинской деятельности от 5 до 7 лет. По нашему мнению, критериями для определения будущего наставника должны быть не только профессиональные характеристики (стаж работы, квалификационная категория, отсутствие дисциплинарных взысканий и др.), но и личностные качества специалиста: коммуникабельность, лидерские способности, уважение коллег и др., поскольку наставничество во многом определяется как творческий процесс. Более того, Методическими рекомендациями Минздрава России предусмотрена необходимость профессиональной подготовки специалиста к работе в роли наставника в образовательных организациях по очным, заочно-очным и гибридным формам с элементами дистанционного обучения, предусматривающих освоение интерактивного образовательного модуля в системе непрерывного медицинского образования. В рекомендациях указана возможность привлечения специалистов для выполнения функций наставника из сторонних медицинских организаций или из числа профессорско-преподавательского состава образовательных организаций, если в данной медицинской организации отсутствуют специалисты по заявленным требованиям к наставнику. Большая часть типовых положений дополнена критериями возможного отстранения от выполнения обязанностей наставника (71,4%).

Основой эффективного процесса профессиональной адаптации молодых специалистов будет заинтересованность специалистов, осуществляющих наставничество. Механизм материального стимулирования наставников через повышающий коэффициент к заработной плате за каждого наставляемого предусмотрен в типовых положениях Мурманской области. Важно, что и Методические рекомендации Минздрава России также прописывают необходимость материального стимулирования специалистов, но примеров расчёта повышающих коэффициентов и видов доплат не содержат. Следует отметить, что Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ОМС) предоставил возможность осуществления выплат медицинским работникам за дополнительную работу, связанную с наставничеством молодых специалистов, принятых в штат медицинской организации, за счёт средств ОМС<sup>5</sup>. В соответствии с данным документом затраты на эти выплаты относятся к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемым в про-

цессе её предоставления, что является несомненно важным для механизма материального стимулирования сотрудников при осуществлении наставничества. В ряде типовых положений определены условия ограничений по нагрузке наставников (Ульяновская, Саратовская области, которые составляют от 2 до 5 наставляемых на 1 наставника. В ряде положений (Мурманская и Свердловская области) предусмотрена возможность осуществления наставничества и для среднего медицинского персонала. В типовое положение Мурманской области включено дополнительное приложение в виде Кодекса наставника, а также соглашение о сотрудничестве между наставником и молодым специалистом. Часть типовых положений указывает на необходимость создания совещательного органа — Совета/комиссии по наставничеству для осуществления общей координации наставничества в медицинской организации. Рекомендуются создание Советов наставников в медицинской организации при работе 10 и более специалистов в качестве наставников.

Наиболее значимым критерием для эффективно-го механизма наставничества, с правовой точки зрения, является закрепление функциональных обязанностей специалистов, которые будут выполнять функции наставников, на основе дополнительного соглашения к трудовому договору. Трудовые функции должны предусматривать правовые нормы не только обязанностей, но и прав наставников в соответствии с нормами законодательства РФ. Чёткое определение функциональных обязанностей, в свою очередь, является основой для разработки критериев эффективности работы наставника и может использоваться при расчёте размера стимулирующих выплат специалистов. Однако нормативно-правовой анализ типовых положений выявил отсутствие данного критерия во всех изучаемых нормативных актах.

### Обсуждение

Таким образом, проведённый анализ выявил, что основы правового регулирования осуществления наставничества в медицинских организациях представлены типовыми положениями о наставничестве отдельных субъектов РФ и соответствуют региональному уровню нормотворчества. Данные контент-анализа свидетельствуют о том, что изученные типовые положения в меньшей степени содержат учитываемые признаки в структуре правовых норм механизмов наставничества (22,2–55,6% изучаемых признаков). Наиболее подробной характеристикой изучаемых признаков обладают МР МЗ (77,8% учитываемых признаков), что позволяет сделать вывод о необходимости их использования в качестве основополагающего документа при разработке типовых положений. Для этого в МР МЗ следует предусмотреть требования к организации наставничества по профилю медицинских организаций, виду оказываемой медицинской помощи и т. д., а также их официальное утверждение на отраслевом уровне.

<sup>5</sup> Письмо ФФОМС от 18.01.2024 N 00-10-101-1-06/984 «Об использовании средств ОМС»

### Заключение

Реализация наставничества в системе здравоохранения требует концептуального подхода, который затронет изменения федерального законодательства в сфере охраны здоровья и трудового права. Одним из правовых механизмов должно стать законодательное закрепление статуса наставника и лица, в отношении которого будет осуществляться наставничество, определение форм, в которых оно будет осуществляться, юридическое закрепление прав и обязанностей участников процесса наставничества. Трудовое законодательство РФ также должно рассматривать вопрос о выполнении функций наставника отдельных специалистов с определением его нагрузки, возможности морального и материального стимулирования, гарантии соблюдения прав медицинских работников в ходе осуществления наставничества. Отраслевыми приказами в сфере здравоохранения должны быть определены цели и задачи наставничества в медицинских организациях; порядок допуска специалистов к осуществлению функций наставника; перечень специальностей, при которых в обязательной форме должно осуществляться наставничество; его продолжительность.

Предлагаемые нормативные изменения станут основой для разработки типовых положений о наставничестве в медицинских организациях и позволят наиболее эффективно реализовывать механизмы наставничества для обеспечения кадровой стабильности в системе здравоохранения.

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024. The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ненахова Ю. С. Становление нормативно-правовой базы наставничества в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2021. № 1-2. С. 3–11.
2. Ненахова Ю. С., Локосов Е. В. Наставничество в медицине: на пути к институционализации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № S2. С. 1087–1093.
3. Макаров С. В., Гайдаров Г. М., Маевская И. В., Торунова А. М. Анализ готовности молодых специалистов к самостоятельной работе в первичном звене здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 2. С. 278–283.
4. Крутцова М. Н. Наставничество как форма адаптации государственных гражданских служащих // Вестник университета. 2017. № 3. С. 184–188.
5. Гарипов Р. С., Шайхатдинов В. Ш. Организационно-правовые вопросы наставничества как необходимого элемента государственной гражданской и муниципальной службы // Муниципалитет: экономика и управление. 2018. № 3. С. 82–89.

### REFERENCES

1. Nenakhova Yu. S. Formation of the regulatory framework for mentoring in healthcare. *Problems of standardization in healthcare*. 2021;(1-2):3–11.
2. Nenakhova Yu. S., Lokosov E. V. Mentoring in medicine: on the way to institutionalization. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2020;28(S2):1087–1093.
3. Makarov S. V., Gaydarov G. M., Maevskaya I. V., Torunova A. M. Analysis of the readiness of young specialists to work independently in primary healthcare. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(2):278–283.
4. Kruttsova M. N. Mentoring as a form of adaptation of state civil servants. *University Bulletin*. 2017;(3):184–188.
5. Garipov R. S., Shaykhatdinov V. S. Organizational and legal issues of mentoring as a necessary element of state civil and municipal service. *Municipality: economics and management*. 2018;(3):82–89.

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-310-318

## Анализ и оценка цифровой трансформации системы здравоохранения, проблемы реализации (научный обзор)

Игорь Викторович Давронов<sup>1</sup>, Нина Владимировна Суслонова<sup>2</sup>,  
Ирина Анатольевна Гаранина<sup>3</sup>✉

<sup>1</sup>Дубненская больница, Дубна, Россия;

<sup>2</sup>Администрация губернатора Московской области, Красногорск, Россия;

<sup>3</sup>Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского, Москва, Россия

<sup>1</sup>igorbukhara@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8898-1049>

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

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

**Аннотация.** Процесс цифровой трансформации сегодня определяет направления развития всех сфер жизни общества, потому необходимы его анализ, оценка перспектив развития и трудностей реализации. В России с 2011 г. реализован ряд федеральных проектов по цифровизации здравоохранения, которые позволили обеспечить государственные и муниципальные медицинские организации оборудованием, каналами связи и программным обеспечением, создать единую информационную сеть.

В статье представлен анализ цифровой трансформации отрасли, основанной на внедрении медицинских информационных систем, единой государственной информационной системы здравоохранения, единого цифрового контура, обеспечивающих обмен данными между всеми участниками системы, и развитии инновационных методов управления здравоохранением. Электронные сервисы для развития телемедицинских консультаций, системы электронных медицинских карт, электронных рецептов, обеспечения лекарствами и др. позволяют эффективно организовать оказание медицинской помощи и решать задачи по повышению доступности и качества помощи и удовлетворённости пациентов.

**Ключевые слова:** информатизация здравоохранения; цифровая трансформация; управление здравоохранением; единая государственная информационная система здравоохранения; электронная медицинская карта; телемедицина

**Для цитирования:** Давронов И. В., Суслонова Н. В., Гаранина И. А. Анализ и оценка цифровой трансформации системы здравоохранения, проблемы реализации (научный обзор) // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 310—318. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-310-318

Review article

## Analysis and evaluation of the digital transformation of the healthcare system, problems of implementation (scientific review)

Igor V. Davronov<sup>1</sup>, Nina V. Susloнова<sup>2</sup>, Irina A. Garanina<sup>3</sup>✉

<sup>1</sup>Dubna Hospital, Dubna, Russia;

<sup>2</sup>Administration of the Governor of the Moscow region, Krasnogorsk, Russia;

<sup>3</sup>Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirsky, Moscow, Russia

<sup>1</sup>igorbukhara@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0004-8898-1049>

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

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

**Annotation.** The process of digital transformation today determines the directions of development of all spheres of society, therefore, its analysis, assessment of development prospects and difficulties of implementation are necessary. Since 2011, a number of federal healthcare digitalization projects have been implemented in the Russian Federation, which have made it possible to provide state and municipal medical organizations with equipment, communication channels and software, and create a unified information network.

The article presents an analysis of the digital transformation of the industry based on the introduction of medical information systems, a unified state health information system, a single digital circuit providing data exchange between all participants in the system and the development of innovative methods of healthcare management. Electronic services for the development of telemedicine consultations, electronic medical records, electronic prescriptions, provision of medicines, etc. allow you to effectively organize the provision of medical care and solve problems.

**Keywords:** healthcare informatization; digital transformation; healthcare management; unified state healthcare information system; electronic medical record; telemedicine; to increase the availability and quality of care and patient satisfaction

**For citation:** Davronov I. V., Susloнова N. V., Garanina I. A. Analysis and evaluation of the digital transformation of the healthcare system, problems of implementation (scientific review). *Remedium*. 2024;28(3):310–318. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-310-318

## Введение

В России, как и во многих других странах мира, существуют общие тенденции развития современного общества. «В первую очередь это увеличение средней продолжительности жизни и быстрый рост населения планеты, интенсивная урбанизация, загрязнение окружающей среды, мультикультурность, глобализация экономики и многое другое. Широкое распространение информационных технологий (ИТ) сформировало ещё один крупномасштабный тренд качественного характера, который в большей степени и стал определять общий вектор развития цивилизации: цифровизация всех аспектов деятельности современного общества» [1].

Цифровая трансформация сегодня присуща большинству направлений управленческой деятельности: от создания автоматизированных систем управления технологическими процессами и единых цифровых контуров до цифровизации государственного управления [2]. Под термином «цифровизация» обычно понимают социально-экономическую трансформацию, инициированную массовым внедрением и освоением цифровых технологий [3]. «Цифровизация делает возможным использование новейших технологий для лучшего и более быстрого выполнения операций, а также позволяет использовать технологии для деятельности, которая в прошлом была невозможна» [4].

В медицинской научной литературе представлены работы, посвящённые различным аспектам информационного обеспечения управления здравоохранением, в том числе возможность посредством использования новых технологий выполнять ту или иную деятельность и обмениваться различной информацией.

**Цель** исследования: определить основные направления цифровизации здравоохранения России на этапе её становления, выявить потенциальные возможности и проблемы внедрения ИТ, снижающие эффективность деятельности системы здравоохранения, описать возможные пути развития цифровой трансформации управления здравоохранением, направленные на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению.

## Материал и методы

При проведении исследования использована методология обзорного исследования — исследованы итоги цифровизации системы здравоохранения за 2011–2023 гг. Применение общенаучных методов (библиографический, информационный, аналитический) позволило получить многоплановую картину трансформации систем здравоохранения в условиях цифровизации.

Библиографический метод был применён при изучении совокупности нормативных документов, принятых в России в эти годы (указы президента, постановления правительства, приказы и распоряжения министерства здравоохранения).

Информационный метод исследования включал поиск исходных источников информации в сочета-

нии с предварительным изучением их содержания, в том числе относительно новых электронных источников (Интернет и иная информация, распространяемая в электронном виде), и последующий их анализ [5].

Авторы изучили литературу по предмету исследования — внедрение ИТ в России и за рубежом, провели краткий анализ исторического развития процесса цифровизации управления здравоохранением, результаты которого использовались для выявления тенденций и перспективных направлений развития этого вида деятельности. Формализация (группировка) при изучении источников информации даёт возможность уточнения, методологического прояснения содержания теории и выяснения характера взаимосвязей ее положений [5]. Таким образом были выявлены и сформулированы еще не решенные проблемы, на которые нужно обратить особое внимание: для российского человека это качественная и доступная медицинская помощь, для системы здравоохранения страны — улучшение результатов её деятельности.

Проведённый анализ позволил распределить полученные данные по нескольким ключевым направлениям: экскурс в историю; цифровая трансформация управления системой государственного здравоохранения РФ; возможные пути развития цифровой трансформации управления здравоохранением, направленные на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению.

## Экскурс в историю

Теоретическая литература по цифровизации отрасли здравоохранения, внедрению цифровых и электронных методов управления и коммуникаций достаточно обширна и многообразна. В медицинской научной литературе представлены работы, посвящённые различным аспектам информационного обеспечения управления здравоохранением: подходы к созданию информационной системы (ИС) здравоохранения России описаны Е. П. Какориной и соавт. [6] и Н. А. Кураковой [7]. А. Н. Путинцев и соавт. [8] проанализировали современные технологии для информационной поддержки врачей и повышения квалификации. Организация информационного обеспечения управления здравоохранением представлена в работе А. А. Коновалова и соавт. [9], необходимость и предпосылки цифровизации здравоохранения, её миссию обосновывают О. Э. Карпова и соавт. [10].

При изучении управления системой здравоохранения РФ исследователи описывают основные направления развития с применением системного и процессного подходов [11], а также цифровизацию данной сферы как катализатор развития здравоохранения [12].

В работах исследователей, посвящённых цифровизации медицины, формируется теоретическая база цифровизации здравоохранения. Так, Н. А. Стефанова и соавт. сформулировали условия, необходимые для успешной цифровизации отрасли [13]. А. В. Гусев и соавт. высказали мнение о том, что

цифровая трансформация практически меняет «модель управления здравоохранением» [14].

Результаты научных исследований позволяют глубже понять подходы к использованию ИТ и их конкретное приложение к основным направлениям развития систем управления здравоохранением. Например, в работе В. И. Юдина и соавт. представлен анализ внедрения цифровизации в деятельность медицинских организаций: «внедрение цифровых технологий (оборудования, программного обеспечения, адаптация к их возможностям персонала и всех организационных процессов) создаёт единое информационное пространство ЛПУ» и таким образом формирует условия для повышения эффективности деятельности в сфере предоставления медицинских услуг [15].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) уделяет большое внимание вопросам цифровизации здравоохранения, регулярно рассматривая их на общемировом уровне. В 2018 г. 71-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA71.7 о цифровом здравоохранении. В резолюции ассамблеи записано «разработать... в тесной консультации с государствами-членами соответствующих заинтересованных сторон... глобальную стратегию в области цифрового здравоохранения с указанием приоритетных областей, включая направления действий, на которых ВОЗ следует сосредоточить свои усилия»<sup>1</sup>.

В 2020 г. ВОЗ приняла Глобальную стратегию по цифровому здравоохранению, которая нацелена на поддержку стран в укреплении их систем здравоохранения за счёт внедрения цифровых технологий для справедливого и всеобщего доступа к качественным медицинским услугам» [16].

В одном из исследований 2015 г., проведённом ВОЗ в странах европейского региона, определены основные перспективные направления цифровой трансформации здравоохранения: сбор информации о состоянии здоровья населения с акцентом на показатели доступности получения медицинской помощи с использованием ресурсов электронного здравоохранения и разработка законодательства о е-медицине; развитие ИС здравоохранения; сведения о кадровом потенциале, эффективности коммуникаций и информационно-разъяснительной работе с пациентом [17].

В рамках данного исследования авторы не ставили своей целью подробный анализ внедрения цифровых технологий в здравоохранение разных стран. Приведём интересный опыт лишь некоторых из них. Так, в Великобритании в 2021 г. была утверждена программа внедрения программного обеспечения и систем на базе ИТ, которая предполагает разработку нормативной базы для инноваций в этой сфере<sup>2</sup>. Деятельность Центра передового опыта в сфере цифрового здравоохранения в США

представляет интерес в качестве примера государственной политики в области цифрового здравоохранения. Центром разработано руководство для внедрения большого количества цифровых решений, включая мобильные приложения, искусственный интеллект, системы поддержки принятия врачебных решений, беспроводные медицинские устройства и др.<sup>3</sup>

Многие страны в качестве первоочередных шагов совершенствуют и утверждают связанные с ИТ регуляторные нормативные акты и стандарты [18].

Т. В. Зарубина и соавт., описывая в пособии по медицинской информатике интегрированные медицинские системы (территориальные, проблемно-ориентированные, глобальные), делают вывод, что такие системы позволят реализовывать интерактивную поддержку клинических и, что очень актуально, «организационных решений в режиме реального времени» [19].

### Цифровая трансформация управления системой государственного здравоохранения в России

В законодательстве РФ нет понятия «цифровизация». Этот термин появился в методических рекомендациях, утверждённых приказом Минкомсвязи России от 01.08.2018 № 428 «Об утверждении Разъяснений (методических рекомендаций) по разработке региональных проектов в рамках федеральных проектов национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» и представляет собой «процесс организации выполнения в цифровой среде функций и деятельности (бизнес-процессов), ранее выполнявшихся людьми и организациями без использования цифровых продуктов. Цифровизация предполагает внедрение в каждый отдельный аспект деятельности ИТ<sup>4</sup>».

«Развитие новых медицинских технологий, а также внедрение цифровых данных в здравоохранение требуют адекватного правового регулирования в целях оптимизации отрасли и защиты прав граждан от возможных рисков, связанных с данным процессом. Статья 41 Конституции РФ гарантирует каждому человеку право на охрану здоровья и медицинскую помощь. При этом в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения последняя должна оказываться бесплатно. Она вменяет в обязанность государства принимать меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Внедрение цифровых технологий в данную сферу способствует её модернизации».

<sup>2</sup>The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency annual report and accounts 2021/22. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/medicines-and-healthcare-products-regulatory-agency-annual-report-and-accounts-2021-to-2022/the-medicines-and-healthcare-products-regulatory-agency-annual-report-and-accounts-202122> (дата обращения: 15.03.2022).

<sup>3</sup>Digital Health Center of Excellence. URL: [www.fda.gov/digitalhealth](http://www.fda.gov/digitalhealth) (дата обращения: 15.03.2022).

<sup>4</sup>Приказ Минкомсвязи России № 428 от 01.08.2018 «Об утверждении Разъяснений (методических рекомендаций) по разработке региональных проектов в рамках федеральных проектов национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации»». URL: <https://docs.cntd.ru/document/564542375> (дата обращения: 26.01.2023).

<sup>1</sup>WHO guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening: evidence and recommendations. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311980>, по состоянию на 17.12.2019) (дата обращения: 15.03.2023).

ции, повышению доступности и качества медицинской помощи» [20].

В России цифровая трансформация стратегически важных для государства отраслей экономики провозглашена Указом Президента РФ от 21.07.2020 № 474 в качестве одной из ключевых национальных целей развития, влияющих на ускорение экономического роста и ускорение научно-технологического развития страны<sup>5</sup>.

Будучи одной из составляющих цифровой экономики, цифровизация здравоохранения России решает следующие задачи: «финансовые (экономия расходов за счёт сокращения контактов пациентов с врачами и модернизации организационной системы оказания услуг); социальные (рост доступности качественной медицинской помощи); профессиональные (повышение качества услуг за счёт сокращения количества врачебных ошибок, развития предиктивной медицины, повышения эффективности клинических исследований)».

В России реализуются программы и проекты по цифровой трансформации здравоохранения, которые направлены на профилактику и раннюю диагностику заболеваний и, за счёт профилактической направленности, улучшение показателей здоровья населения, а также изменение отношения к пациенту — создание пациентоориентированной модели здравоохранения. Еще в 2011 г. приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 была утверждена Концепция создания единой государственной ИС здравоохранения (ЕГИСЗ), основная цель которой — «обеспечить эффективную информационную поддержку процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи»<sup>6</sup>.

Концепция развития ЕГИСЗ определяла, что процессы информатизации осуществляются на федеральном и региональном уровнях. В первые годы информатизации здравоохранения усилия государства были направлены на улучшение доступности и соблюдение временных нормативов оказания медицинской помощи. Для этого решались задачи создания инфраструктуры ЕГИСЗ: медицинские организации государственной и муниципальной собственности оснащались современной компьютерной техникой, внедрялись медицинские ИС и программные продукты.

Реализация ещё одного значимого федерального проекта «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ» (ЕЦКЗ) была предусмотрена ещё в рамках национального проекта «Здравоохранение». Однако на практике реализация ЕЦКЗ началась с принятия Указа Президента РФ, в котором цифровая трансформация определена как одна из национальных целей развития Рос-

сии<sup>7</sup>, и которая нацелена на достижение «цифровой зрелости» ключевых отраслей экономики и социальной сферы, в том числе здравоохранения [21].

Стратегическое направление цифровой трансформации здравоохранения было обозначено в Указе Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года»<sup>8</sup> и Постановлении Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»<sup>9</sup>. В форме отдельного правового акта правительств стратегия цифровизации здравоохранения была утверждена распоряжением Правительства РФ от 29.12.2021 № 3980-р<sup>10</sup>. Однако нормативно-правовая база цифровой медицины продолжает развиваться и совершенствоваться в последующие годы, в том числе путём принятия нормативных актов в регионах РФ.

Цифровизация медицины неразрывно связана с модернизацией здравоохранения, и в первую очередь, с изменением инфраструктуры социальных служб регионов РФ [22]. Значимым результатом этой работы стала возможность осуществления полноценных электронных коммуникаций организаций различных ведомств (межведомственное взаимодействие), врачей и пациентов. В самой системе здравоохранения на основе ЕГИСЗ и ЕЦКЗ также постоянно совершенствуются процессы взаимодействия ИС медицинских организаций и органов управления здравоохранением субъектов РФ с ИС обязательного медицинского страхования, ИС ведомственных служб. Осуществляется эта работа с соблюдением единых стандартов информационного взаимодействия. Взаимосвязь процессов организации оказания медицинской помощи и управления ресурсами здравоохранения в регионах России позволила совершенствовать методы управления медицинскими организациями [23] и всей региональной системой здравоохранения.

В соответствии с целями и задачами национального проекта «Здравоохранение» Минздрав РФ с 2020 г. осуществляет мониторинг цифровой зрелости здравоохранения, который включает 9 показателей, позволяющих отслеживать развитие федеральных и региональных информационных систем в сфере здравоохранения. Оценка цифровой зрелости включает показатели использования цифровых сервисов дистанционного получения услуг, электронного обмена медицинскими документами, элек-

<sup>7</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/news/57425>

<sup>8</sup> Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326> (дата обращения: 04.06.2023).

<sup>9</sup> Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения: 04.06.2023).

<sup>10</sup> Распоряжение Правительства РФ от 29.12.2021 № 3980-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403236631> (дата обращения: 04.06.2023).

<sup>5</sup> Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45726> (дата обращения: 27.10.2023).

<sup>6</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4092541>

тронного документооборота медицинских и иных организаций.

А. В. Гусев и соавт., анализируя создание системы поддержки принятия врачебных решений в медицинских ИС, относят их к важнейшим управленческим решениям уровня медицинских организаций. «На сегодняшний день очевидным является тот факт, что понятие «цифровая трансформация здравоохранения» — это не только автоматизация основных процессов в повседневной деятельности медицинского персонала, электронный документооборот в медицинской организации или телемедицинские технологии — это и организационно-технологические процессы интеграции цифровых технологий при оказании медицинской помощи, а также возможность принятия управленческих решений на разных уровнях системы здравоохранения в процессе оказания медицинской помощи» [24].

Интегральное рейтинговое, т. е. одновременная оценка нескольких индикаторов на уровне субъекта РФ, рассматривалось в исследовании И. А. Михайлова и соавт. [25] и в полной мере отражает специфику цифровой трансформации в здравоохранении.

Н. В. Заболотная и соавт., исследуя модели единой медицинской информационно-аналитической системы здравоохранения, описывают такое перспективное направление цифровизации, как «трансформации функциональных задач в цифровые модели, поскольку при переходе к цифровой экономике с их помощью реализуется возможность разрешения проблем путём доработки ИС здравоохранения» [26].

По мнению О. А. Голодовой и соавт., «цифровое здравоохранение — это в первую очередь попытка создать условия для будущей трансформации принципов организации здравоохранения и оказания медицинской помощи на базе современных цифровых технологий, где в качестве отправной точки можно взять каркас ЕГИСЗ и модернизировать и уточнить дальнейшие направления его развития в нужных акцентах, главные из которых — поддержка принятия врачебных решений, разумное оптимальное использование имеющихся ресурсов, повышение производительности и качества работы» [27].

А. В. Гусев и соавт. отмечают актуальность и перспективность использования первичных данных ЕГИСЗ, ставя акцент на возможности их применения в управленческой деятельности «в системах поддержки принятия решений для администрирования в сфере здравоохранения путём визуализации в виде оперативных отчетов, масштабных BI-систем и дашбордов, изменяющихся в режиме реального времени» [21].

«Особенностями технологической трансформации здравоохранения как детерминанты тренда современного развития здравоохранения можно считать как решение общих проблем, характерных для всех стран, так и реализацию национальных стратегических целей в области охраны здоровья населения» [28].

«В то же время за рамками приоритетов политики пока остаётся внедрение широкого спектра цифровых технологий, позволяющих кардинально повысить качество медицинской помощи. В их числе: носимые биомедицинские устройства, которые позволяют контролировать динамику отдельных показателей здоровья для хронических больных, вовремя диагностировать развитие критических состояний, а также повышают уровень комплаентности (приверженности лечению), роботизированные системы, облачные технологии, системы анализа больших медицинских данных, системы на основе искусственного интеллекта, в том числе системы поддержки принятия врачебных решений, технологии медицинского интернета вещей, AR- и VR-технологии. В дальнейшем актуализацию приоритетов цифровой трансформации здравоохранения целесообразно осуществлять с учётом отмеченных трендов» [17].

### **Возможные пути развития цифровой трансформации управления здравоохранением**

Таким образом, к 2020 г. определена общая стратегия применения информатизации в здравоохранении; намечена цель укрепления систем здравоохранения за счёт внедрения цифровых технологий, решение которой позволит достичь расширения «прав и возможностей пациентов и реализации концепции здоровья для всех... Цифровая трансформация здравоохранения сама по себе уже может стать прорывом; однако такие технологии, как Интернет вещей, дистанционная медицинская помощь, удалённый мониторинг, искусственный интеллект, анализ больших массивов данных, блокчейн, интеллектуальные портативные электронные устройства, платформы, инструменты, позволяющие осуществлять обмен данными и их хранение, а также инструменты, предоставляющие возможности для дистанционной регистрации данных и обмена ими и соответствующей информацией в рамках всей экосистемы здравоохранения и тем самым обеспечивающие оказание всесторонней медицинской помощи, подтвердили свои потенциальные возможности в плане повышения эффективности медико-санитарных мероприятий посредством совершенствования медицинской диагностики, принятия решений о лечении на основе полученных данных, использования цифровых систем терапевтической помощи, проведения клинических исследований»<sup>11</sup>. В приведённой цитате о глобальной стратегии цифровой трансформации сферы здравоохранения в мире изложены общие направления, которые всё активнее используются и в разных регионах России, составляя значительную часть исследований процесса цифровизации медицины российскими учёными и практиками. К таковым относятся работы, в которых проводится анализ результатов внедрения

<sup>11</sup> Проект глобальной стратегии в области цифрового здравоохранения. URL: [https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-draft-global-strategy-on-digital-health-2020-2024-ru.pdf?sfvrsn=e9d760b3\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/documents/200067-draft-global-strategy-on-digital-health-2020-2024-ru.pdf?sfvrsn=e9d760b3_2) (дата обращения: 27.10.2023).

комплексных систем автоматизации деятельности медицинских организаций и описание медицинских ИТ [29, 30]; мониторинг здоровья пациентов с применением технологий мобильного здравоохранения, гарантирующих более высокий уровень доступности медицинских услуг, что особенно актуально для пациентов групп риска; развитие телемедицины, которая всё активнее используется не только в коммуникациях специалистов, но и в общении «врач–пациент», и др. [31].

Авторам данной статьи близка точка зрения ряда организаторов здравоохранения: (П. С. Пугачева, А. В. Гусева, О. С. Кобяковой, Ф. Н. Кадырова, Д. В. Гаврилова и др.) о том, что использование ИТ с целью улучшения охраны здоровья населения России и повышение эффективности управления здравоохранением является основной целью применения ИТ в медицине. В регионе России можно изменить ситуацию именно благодаря таргетным мерам, актуальным с учётом конкретных особенностей субъекта и внедряемых с применением цифровых технологий, которые позволят скорректировать меры по сокращению смертности населения и увеличению продолжительности жизни. «Активное развитие ИТ, включая накопление больших данных, искусственный интеллект, телемедицина, удалённый мониторинг пациентов и всевозрастающая доступность высокопроизводительных мобильных устройств и высокоскоростного подключения к сети Интернет создают действительно уникальные перспективы для развития продуктов и сервисов цифрового здравоохранения... Всё больше инновационных продуктов предлагается не для повышения эффективности существующих процессов внутри систем здравоохранения, а для создания новых, альтернативных способов получения медицинской помощи или сокращения проблем при её оказании» [32].

Однако осуществлённый авторами поиск полноценных медико-социальных исследований, посвящённых анализу и выявлению перспектив развития медицинских ИС на региональном уровне, а также эффективных технологий получения комплексной информации о состоянии здоровья пациентов, показал, что пока их недостаточно.

Считаем необходимым обратиться и к основному закону о здравоохранении, поскольку Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не содержит понятия «цифровизация». В законе есть дефиниция «телемедицинские технологии», представляющая собой «информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента». В 2017 г. Закон дополнен ст. 36.2, регулирующей особенности медицинской по-

мощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий<sup>12</sup>.

«Функционирующие уже сегодня системы электронной записи на приём с последующим напоминанием и отправкой результатов на смартфон, достижения в области телемедицины, «облака» для хранения и обработки информации, мобильные устройства и сервисы ежедневной врачебной практики, новейшие разработки фармакологической индустрии и др. [33] иллюстрируют значимость и перспективность дальнейшей цифровой трансформации отраслевых процессов, нацеленной на повышение доступности и качества оказываемых медицинских услуг» [34].

«Развитие ИТ в медицине улучшает доступность и качество медицинских услуг, обладает потенциалом смещения фокуса в сторону профилактики и пациентоориентированных технологий, повышает возможности пациента для мониторинга информации о собственном здоровье, что, в свою очередь, увеличивает степень комплаентности, помогает заботиться о себе и своих близких» [35].

Таким образом, цифровая трансформация здравоохранения может способствовать решению многих проблем, существующих в регионах России, и изменить к лучшему состояние системы оказания медицинской помощи населению, способствуя созданию превентивной медицины. Тем не менее, существуют и реальные угрозы, и высокая вероятность реализации вызовов и рисков цифровизации. Общие вызовы формируют ряд стратегических рисков, среди которых наиболее значимыми являются недостаточность цифровых компетенций (цифровой грамотности) граждан, а также отсутствие доверия к цифровым медицинским сервисам. Кроме того, у большинства населения сегодня ограничены финансовые возможности, которые могут повлиять на перспективы приобретения необходимых информационно-коммуникационных устройств, хотя и задача формирования социальной среды с соответствующими параметрами последовательно и успешно решается государством [36].

Ещё одной проблемой, к решению которой на уровне региона важно приступить уже сегодня, — это организация дополнительного обучения медицинских работников с целью повышения их цифровой грамотности. ИТ «требуют подготовки специалистов, соответствующих современным реалиям цифровой среды в экономике здравоохранения... что потребует от обучаемых приобретения навыков использования ИТ и применения цифровых инструментов» [37].

Т. Е. Мохначева и соавт. считают, что «в условиях цифровизации общества специалисты должны обладать рядом навыков и умений: «цифровые навыки» — стандартизация процессов и как ими пользоваться, понимание, назначения big data (большие

<sup>12</sup> Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» // СЗ РФ. 2017. № 31, Ч. 1. Ст. 4791.

данные); «технологические компетенции» — способность осваивания новых технологий и умение использовать их в практической деятельности [38]. Кроме «технических навыков», специалисты должны обладать «критичностью мышления», «когнитивной гибкостью» и «мягкими навыками межличностной коммуникации», каждый сотрудник должен постоянно совершенствоваться, приобретать новые знания и умения...

Для успешной реализации «цифровой трансформации здравоохранения» организаторы здравоохранения считают необходимым возможность электронного документооборота между медицинскими организациями. При этом необходимо подчеркнуть, что цифровая трансформация — это не только электронный документооборот, но и возможность улучшить качество, доступность и эффективность оказания медицинской помощи» [38]. По оценке Н. Г. Шамшуриной, медико-социальные эффекты цифровизации здравоохранения безусловно способствуют укреплению «общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека» [39].

### Заключение

Цифровая трансформация здравоохранения — мировая тенденция и перспективное направление развития здравоохранения сегодня. Учёные и практики, создавая «цифровое здравоохранение», предлагают новые решения проблем, на которые нужно обратить особое внимание.

По результатам проведённого исследования авторами сделан вывод, что внедрение ИТ в процесс управления здравоохранением меняет модель управления и подтверждает необходимость внедрения управленческих инноваций в систему здравоохранения региона России, ключевым механизмом разработки которых должна стать именно цифровая трансформация.

Создание цифровой модели управления региональной системой здравоохранения предполагает поиск «зон неэффективности» деятельности системы, разработку с использованием ИТ мероприятий по их устранению и, таким образом, переход на новый уровень управления, дающий возможность в режиме онлайн более эффективно реализовывать контрольные и аналитические функции органов управления здравоохранением региона России.

Ещё одним из важнейших этапов создания цифровой модели управления является своевременное обучение кадров и подготовка сотрудников к использованию новых технологий путём формирования необходимых компетенций.

Авторы статьи считают, что дальнейшая цифровизация напрямую связана с качественным изменением основных процессов в отрасли, преобразование которых (реинжиниринг) будут способствовать решению проблем с доступностью и качеством медицинской помощи и таким образом повысить уровень здоровья населения и развития управления здравоохранением России.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Спартак А. Н., Воронова Т. А. Среднесрочные и долгосрочные тенденции в развитии мировой экономики // Международная торговля и торговая политика. 2019. № 4. С. 1–27. DOI: 10.21686/2410-7395-2019-4-5-30
2. Афан А. И., Полозова Д. В., Гордеева А. А. Цифровая трансформация государственной системы здравоохранения России: возможности и противоречия // Цифровое право. 2021. № 2. С. 20–39. DOI: 10.38044/2686-9136-2021-2-4-20-39
3. Циренщиков В. С. Цифровизация экономики Европы // Современная Европа. 2019. № 3. С. 104–113.
4. Скляр М. А., Кудрявцева К. В. Цифровизация: основные направления, преимущества и риски // ЭВР. 2019. № 3. С. 102–114.
5. Крампит А. Г., Крампит Н. Ю. Методология научных исследований. Томск; 2008. 164 с.
6. Какорина Е. П., Тен Г. У. Подходы к созданию информационной системы здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2003. № 2. С. 18–20.
7. Куракова Н. А. Информатизации здравоохранения как инструмент создания «саморегулируемой системы организации медицинской помощи» // Врач и информационные технологии. 2009. № 2. С. 4–27.
8. Путинцев А. Н., Алексеев Т. В., Шмелева Н. Н. Современные технологии для информационной поддержки врачей и повышения квалификации // Врач и информационные технологии. 2015. № 2. С. 36–44.
9. Коновалов А. А., Позднякова М. А. Организация информационного обеспечения управления здравоохранением // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. Т. 24, № 2. С. 101–105. DOI: 10.1016/0869-866X-2016-24-2-101-105
10. Карпов О. Э., Субботина С. А., Шишканова Д. В., Замятина М. Н. Цифровое здравоохранение в цифровом обществе // Врачи и информационные технологии. 2017. № 3. С. 6–22.
11. Назаров В. С., Авксентьев Н. А., Сисигина Н. Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии. М.; 2019. 100 с.
12. Вялых Н. А. Цифровые технологии как катализатор развития здравоохранения в современной России // Материалы Четвертой международной научной конференции «Междисциплинарность в современном социально-гуманитарном знании-2019» (20–22 июня 2019 г.; Ростов-на-Дону). Таганрог; 2019. С. 46–54.
13. Стефанова Н. А., Андропова И. В. Проблемы цифровизации сферы здравоохранения: российский и зарубежный опыт // Вестник Самарского университета. Экономика и управление. 2018. Т. 9, № 3. С. 31–35.
14. Гусев А. В., Плисс М. А., Левин М. Б., Новицкий Р. Э. Тренды и прогнозы развития медицинских информационных систем в России // Врач и информационные технологии. 2019. № 2. С. 38–49.
15. Юдин В. И., Широкова О. В. Перспективы и роль цифровых технологий в реформировании российского здравоохранения // Здоровье мегаполиса. 2020. Т. 1, № 1. С. 72–86.
16. Цифровая трансформация: ожидания и реальность: докл. к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, (Москва, 2022 г.). М.; 2022. 221 с.
17. Шандора Н. Цифровизация системы здравоохранения: опыт и перспективы // Наука и инновации. 2020. № 2. С. 38–43. DOI: 10.29235/1818-9857-2020-2-38-43
18. Гусев А. В. Государственные закупки программного обеспечения и услуг по информатизации здравоохранения в 2013–2017 гг. // Врач и информационные технологии. 2018. № 1. С. 28–47.
19. Медицинская информатика: учебник / под ред. Т. В. Зарубиной, Б. А. Кобринского. М.; 2016. 512 с.
20. Отставнова Е. А. Конституционно-правовые основы цифровизации здравоохранения в Российской Федерации // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2023. № 3. С. 64–72. DOI: 10.24412/2227-7315-2023-3-64-72
21. Гусев А. В., Владимировский А. В., Голубев Н. А., Зарубина Т. В. Информатизация здравоохранения Российской Федерации: история и результаты развития // Национальное здравоохранение. 2021. Т. 2, № 3. С. 5–17. DOI: 10.47093/2713-069X.2021.2.3.5-17

22. Павлов В. Н., Ханов А. Н., Тюрганов А. Г. Цифровая медицина: ожидания и перспективы // *Общественное здоровье*. 2022. № 2. С. 73–76.
23. Осадчая С. М., Осадчая А. Н. Цифровые технологии в управлении медицинским учреждением // *Бизнес. Образование. Право*. 2022. № 1. С. 132–136.
24. Гусев А. В., Зарубина Т. В. Поддержка принятия врачебных решений в медицинских информационных системах медицинской организации // *Врач и информационные технологии*. 2017. № 2. С. 60–72.
25. Михайлов И. А., Омельяновский В. В., Самсонова Е. С. и др. Методические подходы к формированию рейтинга субъектов Российской Федерации, отражающего эффективность и качество оказания медицинской помощи по профилю // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022. Т. 30, № 5. С. 727–733.
26. Заболотная Н. В., Гатилова И. Н., Заболотный А. Т. Цифровизация здравоохранения: достижения и перспективы развития // *Экономика. Информатика*. 2020. № 2. С. 380–389.
27. Голодова О. А., Мамутов Н. Р. Тенденции развития цифрового здравоохранения в РФ // *Актуальные вопросы современной экономики*. 2019. № 4. С. 401–407.
28. Манакина Е. С., Медведева О. В., Казаева О. В., Тазина Т. В. Цифровая трансформация частного здравоохранения: особенности интеграции // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022. № 5. С. 632–644. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-5-632-644
29. Давидович Е. И., Кугач В. В. Информатизация медицины и фармации в Азиатском и Австралийском регионах // *Вестник фармации*. 2018. № 1. С. 77–87.
30. Бельшев Д. В., Гулиев Я. И., Михеев А. Е. Место МИС медицинской организации в методологии информатизации здравоохранения // *Врач и информационные технологии*. 2017. № 4. С. 26–39.
31. Соболева С. Ю., Голиков В. В., Тажибов А. А. Информационные технологии в здравоохранении: особенности отраслевого применения // *E-Management*. 2021. Т. 4, № 2. С. 37–43.
32. Пугачев П. С., Гусев А. В., Кобякова О. С. др. Мировые тренды цифровой трансформации отрасли здравоохранения // *Национальное здравоохранение*. 2021. Т. 2, № 2. С. 5–12.
33. Bhavnani S., Narula J., Sengupta P. Mobile technology and the digitization of healthcare // *Eur. Heart J.* 2016. Vol. 37, N 18. P. 1428–1438. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv770
34. Бельчик Т. А., Колесникова Е. В., Хворова Е. С. Цифровизация деятельности медицинских организаций как фактор повышения качества оказываемых услуг // *BENEFICIUM*. 2021. № 2. С. 5–11. DOI: 10.34680/BENEFICIUM.2021.2(39).5-11
35. Восканян Ю. Э., Шикина И. Б. Современные тренды и сценарии развития современного здравоохранения // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021. № 3. С. 628–652. DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652
36. Мишон Е. В., Канапухин В. А. Промежуточные итоги цифровизации системы здравоохранения: направления развития и основные угрозы // *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление*. 2022. № 3. С. 100–112. DOI: 10.17308/econ.2022.3/9987
37. Кириленко В. В. Здравоохранение, цифровизация экономики и актуализация программ обучения в вузе // *FORCIPE*. 2022. № 52. С. 257–258.
38. Мохначева Т. Е., Моногарова Ю. Ю., Варакина Ж. Л. Вовлеченность организаторов здравоохранения в процесс цифровизации здравоохранения // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2023. Т. 69, № 1. С. 11. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-1-11
39. Шамшурина Н. Г. Социальные аспекты цифровизации здравоохранения: медико-социологический аспект // *Социология медицины*. 2019. № 1. С. 50–54.
4. Sklyar M. A., Kudryavtseva K. V. Digitalization: main directions, advantages and risks. *EVR*. 2019;(3):102–114.
5. Krampit A. G., Krampit N. Yu. Methodology of scientific research. Tomsk; 2008. 164 p.
6. Kakorina E. P., Ten G. U. Approaches to the creation of the Russian healthcare information system. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2003;(2):18–20.
7. Kurakova N. A. Informatization of healthcare as a tool for creating a «self-regulating system of organization of medical care». *Doctor and information technologies*. 2009;(2):4–27.
8. Putintsev A. N., Alekseev T. V., Shmeleva N. N. Modern technologies for information support of doctors and professional development. *Doctor and information technologies*. 2015;(2):36–44.
9. Konovalov A. A., Pozdnyakova M. A. Organization of information support for healthcare management. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2016;24(2):101–105. DOI: 10.1016/0869-866X-2016-24-2-101-105
10. Karpov O. E., Subbotina S. A., Shishkanova D. V., Zamyatina M. N. Digital healthcare in a digital society. *Doctors and information technologies*. 2017;(3):6–22.
11. Nazarov V. S., Avksentiev N. A., Sisigina N. N. The main directions of development of the Russian healthcare system: trends, forks, scenarios. Moscow; 2019; 100 p.
12. Vyalykh N. A. Digital technologies as a catalyst for the development of healthcare in modern Russia. In the collection: Materials of the Fourth International Scientific Conference «Interdisciplinarity in modern socio-humanitarian knowledge-2019» (June 20–22, 2019; Rostov-on-Don). Taganrog; 2019:46–54.
13. Stefanova N. A., Andronova I. V. Problems of digitalization of the healthcare sector: Russian and foreign experience. *Bulletin of Samara University. Economics and management*. 2018;9(3):31–35.
14. Gusev A. V., Pliss M. A., Levin M. B., Novitsky R. E. Trends and forecasts of the development of medical information systems in Russia. *Doctor and information technology*. 2019;(2):38–49.
15. Yudin V. I., Shirokova O. V. Prospects and the role of digital technologies in reforming Russian healthcare. *Megalopolis Health* 2020; 1 (1): 72-86.
16. Digital transformation: expectations and reality: dokl. to the XXIII Yasinskaya (April) International Scientific Conference on problems of economic and social development, (Moscow, 2022). Moscow; 2022. 221 p.
17. Spandora N. Digitalization of the healthcare system: experience and prospects // *Science and innovation*. 2020;(2):38–43. DOI: 10.29235/1818-9857-2020-2-38-43
18. Gusev A. V. Public procurement of software and services for healthcare informatization in 2013–2017. *Doctor and information technology*. 2018;(1):28–47.
19. Zarubina T. V., Kobrinsky B. A. (eds.) *Medical informatics: textbook*. Moscow; 2016. 512 p.
20. Otsstavnova E. A. Constitutional and legal foundations of digitalization of healthcare in the Russian Federation. *Bulletin of the Saratov State Law Academy*. 2023;(3):64–72. DOI: 10.24412/2227-7315-2023-3-64-72
21. Gusev A. V., Vladimirovsky A. V., Golubev N. A., Zarubina T. V. Informatization of healthcare in the Russian Federation: history and development results. *National health care*. 2021;2(3):5–17. doi: 10.47093/2713-069X.2021.2.3.5-17
22. Pavlov V. N., Khanov A. N., Tyrganov A. G. Digital medicine: expectations and prospects. *Public health*. 2022;(2):73–76.
23. Osadchaya S. M., Osadchaya A. N. Digital technologies in the management of a medical institution. *Business. Education. Law*. 2022;(1):132–136.
24. Gusev A. V., Zarubina T. V. Support for medical decision-making in medical information systems of a medical organization. *Doctor and Information Technology*. 2017;(2):60–72.
25. Mikhailov I. A., Omelyanovsky V. V., Samsonova E. S. et al. Methodological approaches to the formation of a rating of subjects of the Russian Federation reflecting the effectiveness and quality of medical care in the profile. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2022;30(5):727–733.
26. Zabolotnaya N. V., Gatilova I. N., Zabolotny A. T. Digitalization of healthcare: achievements and development prospects. *Economy. Computer science*. 2020;(2):380–389.
27. Golodova O. A., Mamutov N. R. Trends in the development of digital healthcare in the Russian Federation. *Topical issues of modern economics*. 2019;(4):401–407.
28. Manakina E. S., Medvedeva O. V., Kazaeva O. V., Tazina T. V. Digital transformation of private healthcare: integration features. *Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2022;(5):632–644. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-5-632-644

#### REFERENCES

1. Spartak A. N., Voronova T. A. Medium- and long-term trends in the development of the world economy. *International trade and trade policy*. 2019;(4):1-27. DOI: 10.21686/2410-7395-2019-4-5-30
2. Afyan A. I., Polozova D. V., Gordeeva A. A. Digital transformation of the Russian public health system: opportunities and contradictions. *Digital law*. 2021;(2):20–39. DOI: 10.38044/2686-9136-2021-2-4-20-39
3. Tsirenschikov V. S. Digitalization of the European economy. *Modern Europe*. 2019;(3):104–113.

29. Davidovich E. I., Kugach V. V. Informatization of medicine and education in the Asian and Australian regions. *Bulletin of Pharmacy*. 2018;(1):77–87.
30. Belyshev D. V., Guliyev Ya. I., Mikheev A. E. The place of MIS of a medical organization in the methodology of health informatization. *Doctor and information technology*. 2017;(4):26–39.
31. Soboleva S. Yu., Golikov V. V., Tazhibov A. A. Information technologies in healthcare: features of industry application. *E-Management*. 2021;4(2):37–43.
32. Pugachev P. S., Gusev A. V., Kobyakova O. S. et al. Global trends in the digital transformation of the healthcare industry. *National Health Care*. 2021;2(2):5–12.
33. Bhavnani S., Narula J., Sengupta P. Mobile technology and the digitization of healthcare. *Eur. Heart J.* 2016;37(18):1428–1438. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv770>
34. Belchik T. A., Kolesnikova E. V., Khvorova E. S. Digitalization of the activities of medical organizations as a factor in improving the quality of services provided. *BENEFICIUM*. 2021;(2):5–11. DOI: 10.34680/BENEFICIUM.2021.2(39).5-11
35. Voskanyan Yu. E., Shikina I. B. Modern trends and scenarios of modern healthcare development. *Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2021(3):628–652. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652
36. Mishon E. V., Kanapukhin V. A. Interim results of digitalization of the healthcare system: directions of development and main threats. *Bulletin of the Voronezh State University. Series: Economics and Management*. 2022;(3):100–112. DOI: <https://doi.org/10.17308/econ.2022.3/9987>
37. Kirilenko V. V. Healthcare, digitalization of the economy and updating of educational programs at the university. *FORCIPE*. 2022;(52):257–258.
38. Mokhnacheva T.E., Monogarova Yu. Yu., Varakina Z. L. Involvement of healthcare administrators in the process of healthcare digitalization. *Social'nye aspekty zdorov'a naselenia*. 2023;69(1):11. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-1-11
39. Shamshurina N. G. Social aspects of digitalization of healthcare: a medical and sociological aspect. *Sociology of medicine*. 2019;(1):50–54.

**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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.  
The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.

# История медицины и фармации

Обзорная статья

УДК 93:364-214

doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-319-324

## К истории становления медицинского добровольчества в России: от Древней Руси к современной России

Ольга Александровна Денисова<sup>1</sup>, Александр Павлович Денисов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;

<sup>2</sup>Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия; Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, Новокузнецк, Россия

<sup>1</sup>olgad571@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8812-6593>

<sup>2</sup>denap144@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7782-1622>

**Аннотация.** Медицинское добровольческое движение является достаточно сложным самостоятельным социальным явлением со своими историческими особенностями и тенденциями развития. В статье представлен аналитический обзор ведущих направлений развития медицинского добровольческого движения в различные периоды российской истории. На всех ступенях своего развития добровольческая деятельность была неразрывно связана с благотворительностью. Степень добровольческой активности во многом определялась внешними или внутренними угрозами (эпидемии, войны), вызывающими объединение всего общества. Современный этап развития добровольческого движения характеризуется полным переходом под государственный контроль, от «военного (военно-параметрического) добровольчества» — к социальному, от локальных инициатив на уровне образовательных организаций отдельных регионов — до всероссийских акций.

**Ключевые слова:** медицинское добровольческое движение; добровольческая деятельность; российская благотворительность; волонтеры-медики

**Для цитирования:** Денисова О. А., Денисов А. П. К истории становления медицинского добровольчества в России: от Древней Руси к современной России // Ремедиум. 2024. Т. 28, № 3. С. 319—324. doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-319-324

## History of medicine and pharmacy

Review article

### To the history of formation of medical volunteering in Russia: from ancient Russia to modern Russia

Olga A. Denisova<sup>1</sup>, Alexander P. Denisov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Omsk State Medical University, Omsk, Russia;

<sup>2</sup>Omsk State Medical University, Omsk, Russia; Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia

<sup>1</sup>olgad571@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8812-6593>

<sup>2</sup>denap144@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7782-1622>

**Annotation.** Medical volunteer movement is a rather complex independent social phenomenon with its own historical features and development trends. The article presents an analytical review of the leading trends in the development of medical volunteer movement in different historical periods of Russian history. At all stages of its development volunteer activity was inextricably linked with charity. The degree of volunteer activity was largely determined by external or internal threats (epidemics, wars), causing the unification of the whole society. The modern stage of volunteer movement development is characterized by a complete transition under state control, from «military (paramilitary) volunteering» to social volunteering, from local initiatives at the level of educational organizations of individual regions to all-Russian actions.

**Keywords:** medical volunteer movement; volunteering; Russian charity; medical volunteers

**For citation:** Denisova O. A., Denisov A. P. On the history of the formation of medical volunteerism in Russia: from ancient Russia to modern Russia. *Remedium*. 2024;28(3):319–324. (In Russ.). doi:10.32687/1561-5936-2024-28-3-319-324

В современной России медицинское добровольческое движение становится всё более востребованным. Во многом это обусловлено тем, что оно является незаменимым «культуротворческим факто-

ром», обращённым на благо всего населения, независимым от «социального, экономического, политического принуждения» и одной из возможностей выражения личностного роста и саморазвития [1].

Как неоднократно подчёркивал президент России Владимир Путин, «волонтёры — это наше достоинство и опора для страны»<sup>1</sup>, и «Россию по праву можно назвать страной добровольцев»<sup>2</sup>.

По своему наполнению добровольческая деятельность является достаточно многогранной, основанной на принципах участия, сострадания, милосердия, бескорыстности, свободы, открытости, равноправности и безопасности [2]. Как сам предмет, так и направления российского добровольческого движения имеют глубокие исторические предпосылки [3].

На всех ступенях своего развития, включая момент зарождения, добровольчество было неразрывно связано с благотворительностью. Как отдельная целостная система российская благотворительность формируется в период принятия и распространения христианства, ставшего незаменимой частью государственности как «скрепляющий элемент.., принесший духовно-нравственные идеалы и ценности» [4], основанные на представлениях о «стыде, совести, грехе, доброте, справедливости, правде» [5]. В том числе поэтому в Российской империи благотворительность считалась богоугодным делом государственной важности, которое вознаграждалось орденами, чинами и сословными правами. «Гордость и тщеславие построили больше больницы, чем все добродетели вместе взятые» [6].

Так, князь Владимир Святославович, согласно христианской заповеди «просящему дай: накорми голодного и напои жаждущего», приказал кормить «всякого нищего и убогого» на княжеском дворе, а тем, которые сами не могли дойти, отправлял повозки с провизией [7]. Первые законодательные основы о попечении, о больных и нетрудоспособных были утверждены при царе Иване Грозном («О нищепитательстве», «Об искуплении пленных», «О милостыне») [8]. В последующем Петр I заложил традиции, согласно которым он сам являлся «первым слугой государства», а каждый отдельный гражданин в обществе рассматривался как «слуга» царя, что подразумевало неоспоримое главенство общественной цели над индивидуальными интересами [2]. Своим указом (1721) он обязал магистраты строить «гошпитали ради призрения сирых, больных и увечных и для самых престарелых людей обоего пола», в силу этого при его жизни открыли 10 гошпиталей и более 500 лазаретов [9].

При правлении Екатерины II была разработана законодательная база государственной системы общественного призрения, официально разрешены общественные благотворительные организации, ведущая заслуга в образовании которых принадлежала дворянству. Дворяне, по примеру членов царской семьи, открывали богадельни, больницы, приюты,

исходя из отношения к благотворительности как к символу престижа и показателю принадлежности к высшему обществу [10, 11].

Немаловажный вклад в историю медицинского добровольчества внесли российские сёстры милосердия. Известно, что первую российскую общину сестёр милосердия (Свято-Троицкую) в 1844 г. организовала княгиня Александра Романова с целью «попечения о бедных больных, утешения скорбящих, приведения на путь истины лиц, предавшихся пороку, воспитания детей бесприютных и исправления детей с дурными наклонностями» [12].

В период Крымской войны в 1854 г., когда армия и флот испытывали острую нехватку медицинских кадров, Великая княгиня Елена Павловна основала Крестовоздвиженскую общину сестёр милосердия для спасения раненых и больных, которая объединила женщин-добровольцев различного социального статуса и положения в обществе на основе идеи «служения во имя любви к Богу и ближнему» [13]. Сохранились воспоминания солдат — участников битвы за Севастополь, описывавшие трагические будни того времени. На глазах свидетелей «нога раненого находилась ещё в руках сестры, но раздался зловещий крик: бомба! и не успели присутствовавшие оглянуться, как она упала посреди их, а от обеих сестёр и от раненого солдата остались разорванные на клочья трупы» [14]. Кроме пуль, снарядов и гранат не меньшую смертельную опасность для сестёр милосердия представляли инфекционные болезни (холера, сыпной тиф и др.), не излечимые в то время [15].

Императрица Мария Александровна во многом опиралась на своих бывших фрейлин, в том числе на игумению Митрофанию (урождённую баронессу Прасковью Розен). В 1860–1870-х гг. игумения Митрофания учредила Иоанно-Ильинскую епархиальную общину сестёр милосердия в Пскове и Владычье-Покровскую общину сестёр милосердия в Москве. Священник В. И. Скороходов так описал деятельность сестер-подвижниц: «Этот подвиг их жизни даже труднее и сложнее обета монашества; монашество после этого является как бы наградой и успокоением после многотрудной жизни» [16].

Безусловно, подвижничество сестёр милосердия во время Русско-турецкой, Русско-японской, Первой мировой войны сыграло значимую роль в истории российской государственности. Именно сёстры милосердия положили начало организации медицинской помощи пострадавшим во время боевых действий [17].

Для помощи армии и флоту в 1867 г. было учреждено Российское общество попечения о раненых и больных воинах, переименованное в 1876 г. в Российское общество Красного Креста (РОКК) [18]. Начиная с 1872 г. сфера деятельности РОКК значительно расширилась, оно активно подключилось к борьбе с эпидемиями: 1878 г. — помощь в искоренении эпидемии чумы в Астраханской губернии; 1891–1892 гг. — холеры (в 25 губерний было командировано 710 сестёр милосердия, сформированы

<sup>1</sup> Владимир Путин: Волонтёры — это наше достоинство и опора для страны. URL: <https://smotrim.ru/article/3712764.2> (дата обращения: 01.02.2024).

<sup>2</sup> Путин: Россию по праву называют страной добровольцев // Российская газета. URL: <https://rg.ru/2023/12/04/putin-rossiiu-popravu-nazyvaiut-stranoj-dobrovolcev.html> (дата обращения: 01.02.2024).

2763 столовых на 213 546 человек, роздано около 4 млн обедов) [19].

Одним из примеров добровольчества в дореволюционной России являлась деятельность Всероссийской лиги для борьбы с туберкулёзом. В 1911 г. в Российской империи на официальном учёте состояло более 1,6 млн больных туберкулёзом, и ликвидация данной проблемы стала носить общественный характер. Были активно задействованы разные слои населения, врачи читали лекции о болезни, добровольцы раздавали информационные листки, собирали пожертвования в пользу больных. С 1911 по 1913 г. лига добилась настолько действенных результатов, что дальнейшая мобилизация средств была признана нецелесообразной [20].

Однако в последующем революция 1917 г. прервала отечественные традиции благотворительности, поскольку, согласно революционной идеологии, это — «явление, свойственное лишь классовому обществу», тогда как «социальному строю СССР чуждо понятие благотворительности»<sup>3</sup>. В силу этого благотворительные организации царской России на основании специальных декретов упразднили, вместо них создали Коллегию по охране материнства и младенчества, Комиссию для несовершеннолетних и т. д. Средства благотворительных организаций национализировали, имущество передали в собственность государства. Деятельность общества Красного Креста и Красного Полумесяца приобрела жёсткий централизованный характер с полной зависимостью от соответствующих указаний из центрального аппарата [3].

Пик востребованности добровольческой деятельности пришёлся на период Великой Отечественной войны. Война породила повсеместный патриотический подъём, проявляющийся массовым желанием сдавать кровь на нужды раненых. Несмотря на значительные физические, психологические нагрузки и полуголодное существование, многие из добровольцев воздерживались от положенной денежной компенсации в пользу фронта, предлагали отдать кровь в большем объёме и даже просили уменьшить период между процедурами. В общей сложности на военные нужды было отправлено более 1,5 млн литров донорской крови, применённой для 7 млн трансфузий [21]. Из воспоминаний сотрудницы станции переливания крови А. В. Поливиной: «У меня сохранилась фотография: длинная очередь людей перед приёмным пунктом... Всю войну не было недостатка в донорах... приходили рабочие и артисты, пожилые и молодёжь» [22]. Так, семья Троицких, состоящая из 5 человек, в совокупности 48 раз сдавала кровь [23].

Поскольку в ходе военных действий армия несла большие потери, то потребности в добровольных донорах росли. Так, частота переливания крови в медсанбатах в 1945 г. достигала 29%, тогда как в 1941 г. данный показатель составлял только 0,56% к

числу лечившихся [24]. Поэтому если изначально донорское движение носило стихийный характер, то в последующем в связи с острой необходимостью оно полностью перешло под государственный контроль и приобрело строго организованную направленность. Чтобы выполнить в полном объёме государственное задание согласно приказу Наркомздрава СССР от 16.09.1941 об улучшении организации работы по донорству следовало расширить просветительскую работу среди всех слоёв населения, вести активную пропаганду сдачи крови [25]. В связи с этим в газетных публикациях печатались информация о расширении донорского движения, слова ободрения и поддержки в адрес раненых бойцов. «Нашему здоровью это нисколько не повредило, а уж какую огромную радость испытываешь при мысли, что твоя кровь спасёт бойца, — так и рассказать трудно», — из писем сотрудниц Ярославского автозавода<sup>4</sup>.

Наиболее тяжёлым для службы крови стал период с 1942 по 1943 г. Работать приходилось без электричества, бинтов, мыла, дезинфицирующих средств, даже дров для отопления не хватало. В отсутствие мужчин женщины и девушки выезжали на лесозаготовки, валили кубометры леса, сплавляли их по реке, вылавливали в воде, складывали в штабеля и разделявали. Дрова были необходимы как для отопления, так для стерилизации в автоклавах. Вместо отсутствующего мыла использовали золу для кипячения и обработки лабораторной посуды<sup>5</sup>.

Такой самоотверженный героизм доноров и бескорыстное служение медицинских работников спасли сотни тысяч людей, что подтверждается значительным снижением потерь умерших по причине недостатка крови по сравнению с Первой мировой войной — с 65% до 10%. После завершения войны маршал Советского Союза И. Х. Баграмян оценил вклад медиков в победу как подвиг: «Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности».

Дальнейшее развитие добровольческого движения характеризуется переходом от «военного (военно-низированного) добровольчества» к социальному с оказанием помощи потерпевшим в результате экологических и антропогенных бедствий, беспомощным, преклонного возраста и душевнобольным [26]. Зачастую пополнение рядов волонтеров происходило за счёт лиц, пострадавших от заболеваний, насилия, наркомании, желающих поделиться своим личным опытом и оказать поильную помощь нуждающимся [27]. В силу «абсолютного примата государства над всеми сферами жизни общества» [28] «добровольчество стало государственной идеологией» [29], поэтому такое понятие, как «добровольческое движение», распространённое в Российской импе-

<sup>4</sup> Сталинская смена. 1941. 3 авг.

<sup>5</sup> Донорское движение в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.): Брошюра к 70-летию со Дня Победы. URL: [https://spasibodonor.ru/wp-content/uploads/2015/03/Broshyura\\_Donorstvo\\_krovi\\_v\\_gody\\_VOV.pdf](https://spasibodonor.ru/wp-content/uploads/2015/03/Broshyura_Donorstvo_krovi_v_gody_VOV.pdf) (дата обращения 01.02.2024).

<sup>3</sup> История благотворительности в России: царской, советской и современной. URL: [https://ria.ru/disabled\\_know/20130226/924715394](https://ria.ru/disabled_know/20130226/924715394) (дата обращения 01.02.2024).

рии, в своем первоначальном смысле перестало употребляться. В советское время к добровольцам стали причислять тех, кто по своей инициативе записался на целину и общественные стройки, принимал участие в субботниках, тимуровском и пионерском движениях и др. [30]. Последняя негосударственная волонтерская организация — российский филиал Международного Красного креста — завершила свою деятельность в 1930-е гг.<sup>6</sup>

Продолжателем традиций милосердия волонтеров-медиков в Советском Союзе в 1982 г. был студенческий отряд «Малыш», начавший свой путь в Башкирском медицинском институте с приглашения поработать мамой, папой, бабушкой и дедушкой для детей-сирот: «Мы обещаем: кучу грязных пеленок, детский крик» непослушных детей и «полное отсутствие материального вознаграждения»<sup>7</sup>. В последующем к институтским медицинским отрядам присоединились медицинские училища, и коллектив вырос до 2 тыс. человек.

Молодёжь в тот период не только оказывала социальную помощь сиротам, но и под лозунгом «равный-равному» активно участвовала во всесоюзной антиалкогольной кампании 1985–1987 гг. Задача волонтеров заключалась в пропаганде здорового образа жизни среди сверстников посредством формирования мотивации к осознанному отказу от приёма спиртных напитков [31].

Если до 2010 г. отмечался преимущественно локальный характер большинства добровольческих инициатив на уровне отдельных образовательных организаций конкретных регионов с отсутствием преемственности в передаче добровольческого опыта между волонтерами [3], то в последующие годы добровольческое движение приобрело всероссийский характер с собственной инфраструктурой, соответствующей коммуникацией, нормативно-правовой базой, материально-техническим сопровождением [32].

Убедительным примером такой массовости и вовлечённости является молодёжное волонтерское движение «Волонтеры-медики», ставшее возможным во многом благодаря внедрению в образовательную среду медицинских вузов технологии «обучение через волонтерство» [33, 34]. В ответ на ухудшение эпидемиологической обстановки в пандемию COVID-19 и усугублённый ею острый кадровый дефицит медицинских работников в 2019 г. стартовала Общероссийская акция взаимопомощи «МыВместе» с созданием волонтерских штабов в регионах. К основным направлениям работы волонтеров относятся: участие в работе медицинских организаций, медицинское сопровождение мероприятий различного профиля, содействие благотворительным организациям, санитарно-просветительная ра-

бота, в том числе обучение населения оказанию первой помощи, пропаганда донорства.

Практическая значимость добровольческой деятельности на государственном уровне подтверждается Посланиями Президента России и докладами Общественной палаты, в которых добровольчество является одним из важных компонентов консолидации гражданского общества. В последние годы совершенствуется законодательная база о благотворительной деятельности и добровольчестве, разрабатываются мероприятия для привлечения новых участников волонтерского движения, расширяется перечень мер поддержки волонтеров<sup>8</sup>. Однако массовости волонтерского движения, присущего европейским странам, препятствует в том числе отсутствие значительного сегмента состоятельного среднего класса.

### Заключение

Медицинское добровольчество является достаточно сложным самостоятельным социальным явлением, имеющим свои исторические особенности и тенденции развития, помогающим формированию активной гражданской позиции, чувства патриотизма. Повышению добровольческой активности во многом способствует объединение всего общества перед внешними или внутренними угрозами (эпидемии, войны). Современный этап развития института волонтерства характеризуется чёткой профессионализацией с трансформацией социально-профессиональных качеств добровольца, его общественного статуса, ростом социальной значимости добровольческой деятельности благодаря переходу от локальных добровольческих инициатив к всероссийскому уровню акций с вовлечённостью многочисленных участников.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Омельченко А. С. Происхождение, развитие и современное состояние добровольчества как российского социокультурного феномена // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. 2018. № 4. С. 225–235.
2. Антонович И. В., Калинина Ю. А. Благотворительность и добровольчество в российском обществе: история и современность. Барнаул; 2014. 196 с.
3. Горлова Н. И. Становление и развитие института волонтерства в России: история и современность. М.; 2019. 289 с.
4. Ракитина А. Ю. Благотворительность в России: от истоков на пути к социальному государству (часть 1) // Этносоциум и межнациональная культура. 2015. Т. 2, № 80. С. 69–75.
5. Платонов О. А. Святая Русь // Россияне. 1992. № 12. С. 57–63.
6. Призрение и благотворительность в России. 1914. № 3. 227 с.
7. Мельников В. П., Холостова Е. И. История социальной работы в России. М.; 2011. 344 с.
8. Георгиевский П. И. О призрении бедных. СПб.; 1897.
9. Власов П. В. Благотворительность и милосердие в России. М.; 2001. 443 с.

<sup>6</sup> Российский Красный Крест — официальный сайт. URL: <https://www.redcross.ru> (дата обращения 01.02.2024).

<sup>7</sup> Как развивалось добровольчество в дореволюционной России. URL: <https://primamedia.ru/news/763553/> (дата обращения 01.02.2024).

<sup>8</sup> Федеральный закон от 27.11.2023 № 558-ФЗ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/50002> (дата обращения 01.02.2024).

10. Мирский М. Б. Очерки истории медицины в России XVI–XVIII вв. Владикавказ; 1995. 172 с.
11. Лыкошин П. И. Благотворительная Россия: история государственной, общественной и частной благотворительности. В 2-х тт. СПб.; 1901.
12. Сухарева И. А., Карпова И. Д., Воробьева А. С. Гуманитарно-героическая деятельность сестёр милосердия и медицинских сестёр в периоды освободительных войн в России // Таврический медико-биологический вестник. 2017. Т. 20, № 3-1. С. 133–138.
13. Исторический очерк Свято-Троицкой общины сестёр милосердия за 50-летие (1844–1894). СПб.; 1894. 6 с.
14. Тарле Е. В., Крымская война. Т. II. М.; 2003. 608 с.
15. Шитова М. М. Участие сестер милосердия Крестовоздвиженской общины в обороне Севастополя // Амурский научный вестник. 2016. № 2. С. 251–258.
16. Блохина Н. Н. Первые шаги российского общества попечения больных и раненых воинов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2012. № 1. С. 16–20.
17. Фидченко О. В. Деятельность светской и духовной власти по укреплению армии и флота России второй половины XIX — начала XX в. М.; 2015. 264 с.
18. Колебакина Е. Ю. Российское общество Красного Креста в Архангельской губернии в конце XIX — начале XX века // XX век и Россия: общество, реформы, революции. 2021. № 9-1. С. 60–70.
19. Кузнецова В. С., Иванов А. Г. История Российского общества Красного Креста // Тверской медицинский журнал. 2017. № 5. С. 42–45.
20. Слабжанин Н. Ю. Как эффективно работать с добровольцами. М.; 2011. 23 с.
21. Кирсанов Н. А., Разумов В. И. Из истории организации массового донорского движения в годы Великой Отечественной войны // Вестник Московского университета. История. 1980. № 5. С. 32–41.
22. Тураев Р. Г., Хасанова Г. Р., Ключкин И. В., Бойкова О. В. Заготовка, консервирование и снабжение кровью и её компонентами в годы Великой Отечественной войны // Казанский медицинский журнал. 2015. Т. 96, № 3. С. 459–463. DOI 10.17750/KMJ2015-459
23. Худякова Р. А. Общественная помощь эвакуационным госпиталям в годы Великой Отечественной войны — воплощение заветов В. И. Ленина о всенародной помощи органам здравоохранения // Казанский медицинский журнал. 1970. № 2. С. 82–84.
24. Кнопов М. Ш., Тарануха В. К. Переливание крови на фронтах Великой Отечественной войны (к 70-летию Великой Победы) // Гематология и трансфузиология. 2015. Т. 60, № 4. С. 53–55.
25. Из приказа Наркомздрава СССР об улучшении организации работы по донорству // Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941–1945: сборник документов и материалов. М.; 1977. С. 45–46.
26. Яницкий О. Н. Волонтеры: гражданские и государственные // Социологическая наука и социальная практика. 2014. № 1. С. 71–89.
27. Гуларян А. Б. Развитие благотворительности в Российской империи (на примере Орловской губернии) // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия «Гуманитарные и социальные науки». 2014. № 4. С. 15–21.
28. Кузьмин К. В., Сутырин Б. А. История социальной работы за рубежом и в России. М.; 2005. 345 с.
29. Козлова Н. П. Развитие волонтерского движения в России // Экономические системы. 2017. № 10. С. 46–48.
30. Циткилов П. Я. История социальной работы. Ростов н/Д.; 2006. 448 с.
31. Ванин Е. Ю., Матвеева Е. С., Тарасова И. С. Роль молодежи в развитии профилактического направления отечественной медицины // Непрерывное медицинское образование и наука. 2016. Т. 11, № 3. С. 10–13.
32. Кутушева А. Н. Концептуальные основы добровольчества // Молодежная политика, воспитательная и патриотическая работа: практика XXI века: материалы Всерос. науч.-практич. конф. / под ред. М. В. Юдина. М.; 2014. С. 58–64.
33. Кузнецова Е. В., Любезнова О. Н. Волонтерская деятельность студентов как фактор определения будущей врачебной специальности // Медицинское образование сегодня. 2019. № 2. С. 33–42.
34. Долгова В. И. Долгов П. Т., Латюшин Я. В. Волонтеру-консультанту антинаркотических программ. Челябинск-М.; 2005. 309 с.

## REFERENCES

1. Omel'chenko A. S. Origin, development and current state of volunteerism as a Russian socio-cultural phenomenon. *Vestnik Adygeyskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 1: Regionovedenie: filosofiya, istoriya, sotsiologiya, yurisprudentsiya, politologiya, kul'turologiya*. 2018;(4):225–235. (In Russ.)
2. Antonovich I. V., Kalinina Yu. A. Charity and volunteerism in Russian society: history and modernity: studies. stipend. Barnaul; 2014: 196. (In Russ.)
3. Gorlova N. I. Formation and development of the Institute of Volunteering in Russia: History and modernity. Moscow; 2019: 289 p. (In Russ.)
4. Rakitina A. Yu. Charity in Russia: from the histories on the way to the social state (part 1). *Etnosotsium i mezhnatsional'naya kul'tura*. 2015;2(80):69–705. (In Russ.)
5. Platonov O. A. Holy Russia. *Rossiyanе*. 1992;(12):57–63. (In Russ.)
6. Charity and charity in Russia. 1914;(3). 227 p. (In Russ.)
7. Mel'nikov V. P., Holostova E. I. History of social work in Russia. Moscow: Publishing and Bookselling Center «Marketing»; 2011: 344 (In Russ.)
8. Georgievskiy P. I. On the charity of the poor. St. Petersburg; 1897. (In Russ.)
9. Vlasov P. V. *Charity and mercy in Russia*. Moscow; 2001. 443 p. (In Russ.)
10. Mirskiy M. B. Essays on the history of medicine in Russia of the XVI–XVIII centuries. Vladikavkaz; 1995. 172 p. (In Russ.)
11. Lykoshin P. I. Charitable Russia: the history of state, public and private charity. In 2 vols. St. Petersburg; 1901. (In Russ.)
12. Sukhareva I. A., Karpova I. D., Vorob'eva A. S. Humanitarian-heroic activity of nurses of mercy and medical nurses in the periods of liberation wars in Russia. *Tavricheskij mediko-biologicheskij vestnik*. 2017;20(3-1):133–138.
13. Historical sketch of the Holy Trinity Community of Sisters of Charity for 50 years (1844–1894). St. Petersburg; 1894. (In Russ.)
14. Tarle E. V. The Crimean War. Vol. II. Moscow; 2003: 608 p. (In Russ.)
15. Shitova M. M. Participation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross community in the defense of Sevastopol. *Amurskij nauchnyj vestnik*. 2016;(2):251–258. (In Russ.)
16. Blokhina N. N. First steps of the Russian society for the care of sick and wounded warriors. *Bulletin of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health*. 2012; (1): 16–20. (In Russ.)
17. Fidchenko O. V. Activity of secular and spiritual authorities to strengthen the army and navy of Russia in the second half of XIX — early XX century. Moscow; 2015. 264 p. (In Russ.)
18. Kolebakina E. Yu. Russian Red Cross Society in Arkhangelsk Province in the late XIX — early XX century. *XX vek i Rossiya: obshchestvo, reformy, revolyucii*. 2021;(9-1):60–70. (In Russ.)
19. Kuznetsova V. S., Ivanov A. G. History of the Russian Red Cross Society. *Tverskij medicinskij zhurnal*. 2017;(5):42–45. (In Russ.)
20. Slabzhanin N. Yu. How to work effectively with volunteers. Moscow; 2011: 23 p. (In Russ.)
21. Kirsanov N. A., Razumov V. I. From the history of the organization of the mass donor movement during the Great Patriotic War. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Istoriya*. 1980;(5):32–41. (In Russ.)
22. Turaev R. G., Khasanova G. R., Klyushkin I. V., Boykova O. V. Harvesting, canning and supply of blood and its components during the Great Patriotic War. *Kazanskij meditsinskij zhurnal*. 2015;96(3):459–463. DOI 10.17750/KMJ2015-459
23. Khudyakova R. A. Public assistance to evacuation hospitals during the Great Patriotic War — the embodiment of the precepts of

- V. I. Lenin on nationwide assistance to health authorities. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1970;(2):82–84. (In Russ.)
24. Knopov M. Sh., Taranukha V. K. Blood transfusion on the fronts of the Great Patriotic War (to the 70<sup>th</sup> anniversary of the Great Victory). *Gematologiya i transfuziologiya*. 2015;60(4):53–55. (In Russ.)
25. Healthcare during the Great Patriotic War. 1941–1945: collection of documents and materials. Moscow: 1977:45–46. (In Russ.)
26. Yanitskiy O. N. Volunteers: civil and state. *Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika*. 2014;(1):71–89. (In Russ.)
27. Gularyan A. B. The development of charity in the Russian Empire (on the example of the Orel province). *Uchenye zapiski Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Gumanitarnye i sotsial'nye nauki»*. 2014;(4):15–21. (In Russ.)
28. Kuz'min K.V., Sutyurin B. A. *History of social work abroad and in Russia*. Moscow; 2005. 345 p. (In Russ.)
29. Kozlova N. P. Development of the volunteer movement in Russia. *Ekonomicheskie sistemy*. 2017;(10):46–48. (In Russ.)
30. Tsitkilov P. Ya. History of social work: studies. a manual for university students. Rostov-on-Don; 2006. 448 p. (In Russ.)
31. Vanin E. Yu., Matveeva E. S., Tarasova I. S. The role of youth in the development of the preventive direction of domestic medicine. *Nepreryvnoe meditsinskoe obrazovanie i nauka*. 2016;11(3):10–13. (In Russ.)
32. Kugusheva A. N. Conceptual foundations of volunteerism. Youth policy, educational and patriotic work: the practice of the XXI century: materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference under the general editorship of M. V. Yudin. Moscow; 2014:58–64. (In Russ.)
33. Kuznetsova E. V., Lyubeznova O. N. Volunteer activity of students as a factor in determining the future medical specialty. *Meditsinskoe obrazovanie segodnya*. 2019;2(6):33–42. (In Russ.)
34. Dolgova V. I. Dolgov P. T., Latushin Ya. V. To the volunteer consultant of anti-drug programs: monograph. Chelyabinsk-Moscow; 2005. 309 p. (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 07.02.2024; одобрена после рецензирования 07.03.2024; принята к публикации 05.08.2024.

The article was submitted 07.02.2024; approved after reviewing 07.03.2024; accepted for publication 05.08.2024.