

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНЫХ НАУК



**“Здоровье населения и развитие” (“Population, Public
Health and Development”)**

V-я Международная научно-практическая конференция
молодых ученых, аспирантов и студентов

(19-20 апреля 2019 г.)

Труды конференции

Москва

2019

Труды 5-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (19-20 апреля 2019 г.; Москва) // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2019. - 135 с.

Под редакцией: к.э.н. В.А. Козлова, к.с.н. Е.А. Тарасенко, к.э.н. Хоревой О.Б.

Компьютерная верстка – студентка магистратуры НИУ ВШЭ Хаирова Альбина.

© Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2019

Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference of Young Scientists, Students and Post-Graduate Students "Population, Public Health and Development" (April 19-20, 2019; Moscow) // National Research University "Higher School of Economics", 2019. - 135 p.

Edited by: V.A. Kozlov, E.A. Tarasenko, O.B. Khoreva.

Computer layout – Albina Khairova, postgraduate student of the Higher School of Economics.

© National Research University "Higher School of Economics", 2019

Оглавление/ Table of Content

Статьи на английском / Articles in English..... 5

Kulikova K. *Abortions in the Russian Healthcare System* 5

Das A., Swatson G. *South African Health Care System And HIV Epidemic* 10

Simmons S. *Socio-Demographic Determinants Of The Distribution Of Income Among South Africans With High Education* 25

Simmons S. *Possible Threats Of Life: An Assessment Of The Potential Gains In Life Expectancy In South Africa From 1997-2015* 30

Sotimova D. *Disability and rehabilitation in Tajikistan: mechanism of development of social adaptation and services.*35

Статьи на русском / Articles in Russian 39

Багдасарова Д. *Пути совершенствования профессиональной подготовки кадров высшей медицинской квалификации* 39

Богдан И., Гурьлина М., Чистякова Д. *Возможности внедрения технологий check-up в систему государственных профилактических осмотров.* 44

Ботова М. *Врачебная ошибка: сравнительный анализ российского и зарубежного опыта формирования*

<i>концепции и становления правоприменительной практики</i>	50
Дмитриева Е. <i>Московское долголетие: проект "Лыжи мечты"</i>	56
Жарикова А. <i>Барьеры интеграции технологий mHealth среди аудитории пожилых людей</i>	60
Жарикова А. <i>Ретроспектива антиалкогольных кампаний в России</i>	63
Жилина М. <i>Повышение доступности оказания медицинской помощи в сельских и труднодоступных районах</i>	69
Зубкова Н. <i>«Особенности продвижения платных медицинских услуг в санаторно-курортных учреждениях (на примере Акционерного общества "РЖД-ЗДОРОВЬЕ")</i>	76
Иванова Е. <i>Вакцинопрофилактика в Регионах России</i>	82
Лымищенко В. <i>Организация Развития Цифровой Медицины На Примере Российской Федерации</i>	91
Муракаев М., Голощапова В. <i>Система Здравоохранения и Смертность в Узбекистане в Период Независимости</i>	97
Панченко А. <i>Сравнительный анализ программ импортозамещения в здравоохранении за рубежом и в России</i>	109
Паршева Е. <i>Корпоративные социальные практики крупного промышленного предприятия на примере Кольской АЭС</i>	117
Серяпина Ю. <i>Мнения экспертов о Влиянии Применения Клинических Рекомендаций На Качество И Безопасность Медицинской Деятельности</i>	121

Шалаева Е. <i>Интернет-Анализ Интересов Населения О Здоровье</i>	128
Шенне О. <i>Несовершенство правовых основ как фактор снижения эффективности лечения больных героиновой зависимостью</i>	130

Статьи на английском/ Articles in English

Abortions in the Russian Healthcare System

Kulikova Karina Vyacheslavovna

2nd year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow
kvkulikova9@gmail.com

Abstract

The healthcare system in each country has its own specific features and includes different components. In countries like Russia with obligatory state medical insurance the number of free services is somehow limited. The healthcare in Russia is regulated mainly by the Federal law of 21.11.2011 number 323-FZ about basics of protection of health of citizens in the Russian Federation.¹ In this document main conceptions are presented, such as: main principals of health protection; powers of Federal public authorities, public authorities of subjects of the Russian Federation and local governments in the field of health protection; rights and responsibilities of citizens in the area of health protection; organization of health protection; protection of mother and child, family questions and reproductive health; and many other issues.²

The services which can be provided for free are listed in the separate document. It is called Program of the State Guaranties

¹Federal law of 21.11.2011 number 323-FZ about basics of protection of health of citizens in the Russian Federation (2011). Retrieved from: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (date of access: 05.12.18)

² Ibid.

of providing Medical Aid for Citizens in 2018 and the Planning period in 2019 and 2020, approved by resolution of the government of the Russian Federation on the 8th of December, 2017, number 1492.³ According to the second article of this document free medical treatment is guaranteed for: primary medical care; special medical care (including high-tech medical care); emergency care (including special emergency care); palliative care provided by medical organizations.⁴ In part three the list of illnesses and conditions in case of which the free medical health is provided is given. Where in line with pregnancy, childbirth and postpartum period, abortions are also listed.⁵

The abortion issue is one of the most widely discusses questions related to healthcare systems around the globe. Russian Federation has one of the most liberal legislature in this area. In our country, pregnant women have a right to make abortion (in 12 weeks' time) for free in the frame of obligatory medical insurance (OMI), even without explaining the reasons. This right has become the most debatable in the Russian community and among Russian Authorities. Many initiatives have been designed (some of them even approved) to limit the opportunities of pregnant women to make this procedure. Some officials and organizations, for instance, Elena Mizulina and Russian Church propose total exclusion of the opportunity to make abortions for free from the

³Program of the State Guaranties of providing Medical Aid for Citizens in 2018 and the Planning period in 2019 and 2020 (2017). Retrieved from: https://static-3.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/036/672/original/Постановление_Правительства_РФ_от_8_декабря_2017_г._№_1492____ПГТ_на_2018_г..pdf?1513781672 date of access: 05.12.18)

⁴Ibid.

⁵Ibid

Russian healthcare system.⁶*The aim of this paper* is to observe arguments for and against this initiative and to find out whether it has more drawbacks than benefits. The essay is constructed in the following way. Firstly, the general stance with abortions in Russia is presented. Secondly, arguments for and against free abortions in the healthcare system are given and discussed. Thirdly the authors vision of the problem is given and recommendations are provided.

All in all, the findings of the research are the following. The main arguments of supporters of abortion exclusion from obligatory medical insurance system and their total prohibition are based only on moral aspect and has nothing to deal with demographic situation improvement, healthcare for young women or saving budget money. Even the adoption of some initiatives, such as “week of silence” and some others (described above), which limit women rights related to childbearing process can have detrimental consequences for the Russian healthcare system. The situation with abortions is becoming better without such strict measures. The number of abortions in Russia is declining from year to year. It is more profitable to keep them free and legal.

The measures that can be introduced to improve the health stance of the population and lead to the further reduction of abortion level is: information companies about different ways of contraception and lectures about childbearing process and physiology; improvement in accessibility of different ways of contraception; popularization of consultations with the specialists on the selection of contraception; different kinds of family support (both monetary and non-monetary).

The contraception in many regions of Russia still remain something of a shame and it is not the topic for discussion even

⁶The State Duma was recommended to reject the exclusion of abortion from OMI (2017). Retrieved from: <https://regnum.ru/news/2336037.html> (date of access: 07.12.18)

between teenagers and their parents, it is a huge problem which is deeply rooted in traditions and religion, this issue deserve a lot of attention and cannot be easily overcome. Only intensive, but not aggressive information campaigns can help to deal with these issues. Special science-pop groups in social networks are widely used by Russian population and can act as sources to close the information gap in this area. VK, Instagram, Telegram and others are good platforms for provision of useful information to Russian people. Now on these platforms there are some science-pop groups, where people can obtain information about new ways of contraception, their body and health. Many of them are managed by professionals, medical workers and scientist, but not all these groups published information which has enough scientifically evidence, that is why people should learn basics at school and from parents to be able to distinguish among the huge amount of information.

***Key words:** abortions, healthcare system in Russia, social policy.*

Reference list

- Belovodskiy, A. A. (2009). *Healthcare in Russia: Problems and Ways of Solution*. Journal of Modern high-tech technologies. Retrieved from: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=25977> (date of access: 05.12.18)
- Children's Ombudsman acted for the abortion prohibition in Russia (2016). Retrieved from: https://lenta.ru/news/2016/09/28/kuznetsova_za_zapret_abortov/ (date of access: 06.12.18)
- Federal law of 21.11.2011 number 323-FZ about basics of protection of health of citizens in the Russian Federation (2011). Retrieved from: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (date of access: 05.12.18)
- Patriarch Kirill signed the petition for prohibition of abortions (2016). Retrieved

from:<https://ria.ru/20160927/1477998308.html> (date of access: 06.12.18)

Program of the State Guaranties of providing Medical Aid for Citizens in 2018 and the Planning period in 2019 and 2020 (2017). Retrieved from: https://static-3.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/036/672/original/Постановление_Правительства_РФ_от_8_декабря_2017_г._№_1492_____ПГГ_на_2018_г..pdf?1513781672 date of access: 05.12.18)

The State Duma was recommended to reject the exclusion of abortion from OMI (2017). Retrieved from: <https://regnum.ru/news/2336037.html> (date of access: 07.12.18)

Bondar, U. (2017). Abortions in Russia: battle of mind and faith. Retrieved from:<https://medportal.ru/mednovosti/news/2017/06/13/679abortion/> (date of access: 07.12.18)

SOUTH AFRICAN HEALTH CARE SYSTEM AND HIV EPIDEMIC

By Priyadarshini Das Adreeta

2nd year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow
adas@edu.hse.ru

Swatson Geoffrey Kwesi

2nd year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow kayswat@gmail.com

INTRODUCTION:

South Africa is one of the most industrialized countries in the African continent and is second largest after Nigeria. This essay discusses the demographic structure, health and the health care system in place and the HIV epidemic prevalent in the South African population and finally it concludes that.

DEMOGRAPHICS:

South Africa in its democratic history has carried out only 3 official census in 1996, 2001 and then 10 years later in 2011. The population has grown from 40.58 million (1996) to 51.77 million (2011) which is an increase of 11.2 million. It is projected by the Statistics South Africa (Stats SA) based on cohort – component projection that the estimated population as of 2017 will be 56.52 million.

Despite this significant population growth the dominant population share has been that if the Black as per the racial profile of the country, this is followed by the races like the colored, whites and the Indian or the Asian population. In a span of 15 years as per the official census the black population has grown by 9.9 million,

colored by 1 million and the Indians by 240,000 while the white population procreated the least with an increase of just 150,000. As per these updated 2011 census data the Blacks compose of 79% of the population, the colored almost 9%, Indians- 2.5% and white- 8.9%. These reveal that as compared to 1996 census data the Blacks have increased their share by a huge margin compared to the colored which remained stable. Indians whose share dropped by few decimal percent but the whites dropped in their share by 2%.

As for the ratio of male to female, the ratio is positively skewed towards females. The population is 23.34 million (2017 estimates) as compared to the male population of 22.31 million (2017 estimates) making the female composition at 51% which is a little over the male population. There is variation in the population distribution of the provinces of South Africa. Gauteng is home to 25% of the population while Northern Cape to only 2.1%. This disparity in the population distribution is because of geographical reasons. The former has better living condition despite consisting of only 1.4% of the land area while the later covers a third of the country but has arid wilderness and hardscrabble farmland making the living conditions harsh.

Sex ratio is not only positive towards women but they also live longer compared to their male counterparts. Women live up to 70 years of age while men up to 63 years (approximately 2017). There was a dip in the life expectancy of South Africans in the years 2002- 2006, both genders, females lived up to only 54 years while males lived up to only 52 years as shown by figure 4 (Appendix). The fertility rate of women have fallen, it was around 2.5 in 2002 then increased in 2006 to 2.6 but fell again to 2.4 as of 2017-2018 (figure 5). The South African population has a higher proportion of the youth. 16.7 million are 15 years or younger which is nearly one third of the population. This is followed by population in the age range 15-29 years accounting for 15.7% of the population, age group 30-44 with 12.8 million and 7.1 million- 45 to 60 years. Finally, 4.6 million people belong to 60+ age group. This population structure is same as that of any developing country with

a lower dependency ratio. So, the population period is expansive in nature as depicted in figure 3.

HEALTH AND HEALTH CARE SYSTEMS:

Figure 6, collected from health data org shows that the 3 topmost causes of death in order is HIV/AIDS, ischemic heart disease and Lower respiratory infection. These diseases are a result of unsafe sex, malnutrition and fasting plasma glucose which high are high risk behavior in order (figure 7). According to the health care quality index, 2016 which provides a summary measure of healthcare access and quality for a given location, there has been significant improvement in the accessibility to health care for South Africans from 40.1 (1990) to 49.7 (2016). This is a significant change.

South Africa's constitution's section 27 of the Bill of Rights ensures that there is access to health services to the citizens of the country and they spend 8.8% (as of 2012) of their GDP on the health sector. Majority of the population have accessibility to government public hospitals and clinics which is the preferred health care delivery mechanism of the government based on primary health care approach. They can also access private services which are catered to by the private hospitals and surgeons. However, since these services are relatively expensive than public run health services, it does not cover the poorer population that cannot afford spending a high percentage of their income on health services and these private facilities are located in urban centers which again creates accessibility problem for the rural population. Consequently, only 16% of the populations go for private health care while the majority 84% prefers public health care services. The public health services compose of 3 levels which is primary, secondary and the tertiary. These are delivered through the provincial departments of health who are directly employed in the health sectors. The National Ministry of Health is responsible for policy development and coordination.

Migration of health care professionals has been an area of concern for South Africa. Studies conducted have estimated that emigration

ranges from 5-7%.The country most popular for health professionals to migrate to was the United Kingdom. Thus, the South African Ministry of Health approached the UK government for cooperation and reciprocity. They adopted the Memorandum of Understanding on the Reciprocal Educational Exchange of Healthcare Concepts and Personnel (2003). However, there was no policy formulation to keep the emigration in check which led to absence of a monitoring system in place to monitor the movement of the professionals. In addition, to the problem of emigration the macro-organization of health care faces the problem of retention of health care professionals in the rural regions. Both these problems call for a policy for better management of health personnel in South Africa.

HIV EPIDEMIC:

South Africa has the highest population in the world suffering from HIV epidemic estimated to be at 7.2 million (2017) making it the third country for all new HIV infections in Southern Africa. As of 2017, 270,000 South Africans newly contaminated this disease and 110,000 died as a result of AIDS related diseases. Currently, the country runs the largest antiretroviral treatment program in the world and this is financed by the domestic financial resources with only 13% accounting for external sources. It pours down \$1.34 billion per annum of its domestic budget on HIV care programs. The results of this program has been significant, within a span of just 5 years it successfully achieved higher life expectancy for the populace from 61 years in 2010 to 68 years in 2015 and they have been able to bring 61% of the HIV infected population under the treatment program. HIV is highly prevalent in the population but the rate of prevalence varies across region. Kwazulu Natal registers the highest prevalence rate of almost 12.2% while it is relatively lower in Northern Cape and Western Cape registering at 6.8% and 5.6% respectively.

There are specific groups which are at a high risk of HIV transmission; these groups were identified by the South Africa's National Strategic Plan 2017-2022 as follows:

- (1) Sex Workers: The prevalence of HIV is estimated to be at 57.7% for them. The risk factors that increase their probability of being contaminated by this disease include poverty, no alternative career prospects and dependent family members. They also inject drugs making them more vulnerable. In addition to this they have no knowledge of HIV risk and their transmission mechanism.
- (2) Men who have sex with men (MSM): The prevalence rate for this group is estimated to be at 26.8%. Due, to tradition and conservative attitude of the population towards LGBT community, these men often get stigmatized making it difficult for them to be open about their sexuality to healthcare workers and get the necessary health care.
- (3) Transgender women: The prevalence rate is two times higher than MSM, they are excluded both from research and policies and there is lot of difficulty in categorizing them added to this they are also stigmatized making it difficult for them to access the necessary health care.
- (4) People who inject drugs: There is not much availability of data on their prevalence rate but an estimate shows that 17% of them suffer from HIV. Other than the risky behavior of drug injection, they also mingle with sex worker and practice unsafe sex putting them at higher risk.
- (5) Children and orphan: As of 2017 280,000 children suffer from HIV and only 58% of them are being treated. However, there has been a decline in the number of children suffering from HIV due to the success of the prevention of mother to child transmission programs. Orphans are at a higher risk of suffering because of poor socio-economic status making them exposed to sexual activities earlier than their counterparts who are not orphaned.

- (6) Women, adolescent girls: The prevalence rate of HIV among this group is 4 times higher than men in the same age group. This disparity in prevalence is due to gender inequality, domestic violence and poverty. Adolescent women also have inter-generational relation with men much older than them who already have contaminated HIV thus putting them at higher risk.

In order to make people aware of their HIV test and be aware of the same the government has launched 2 nationwide testing initiatives: The national HIV testing and counseling (HTC) campaign of April 2010 and the HTC revitalization strategy in 2013. As a result of these around 90% of the people suffering from HIV are aware of their status which is progressive compared to 66.2% in 2014. Studies have highlighted that men are more conservative when it comes testing for HIV and they believe it questions their man hood. As a result of this it is usually the older men who decide to get tested and it in the later stages of getting infected, also there is a positive correlation between those who are educated and deciding to get tested.

Some of the HIV prevention programs implemented by South Africa are as follows: Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT), condom use and distribution, voluntary medical male circumcision, pre-exposure prophylaxis, HIV education, HIV awareness.

CONCLUSION:

South Africa has strived towards tackling HIV epidemic which is highly prevalent in its population by running the world's largest Antiretroviral Treatment program. However, for the sustenance of the same and better management of its healthcare system it needs to implement more programs and policies targeted towards addressing its 2 biggest challenge of emigration of healthcare

professionals and retention of them in the rural regions. Additionally, other developed countries should fund HIV and AIDS treatment programs given that there are definite financial constraints that impede the current treatment programs from achieving its maximum coverage.

BIBLIOGRAPHY:

HIV AND AIDS IN SOUTH AFRICA, (2018, October 23). Retrieved from: https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/south-africa#footnote1_w8zx7je

Mahlathi Percy and DlaminiJabu.(African Institute of Health & Leadership Development), September 2015, MINIMUM DATA SETS FOR HUMAN RESOURCES FOR HEALTH AND THE SURGICAL WORKFORCE IN SOUTH AFRICA’S HEALTH SYSTEM. Retrieved from: http://www.who.int/workforcealliance/031616south_africa_case_studiesweb.pdf

*MC Alexander (9 July 2018).*South Africa’s population. Retrieved from: South Africa Gateway. Website: <https://southafrica-info.com/people/south-africa-population/#lifeanddeath>

South Africa (2018). Institute for Health Metrics and Evaluation

APPENDIX:

Figure 1:

South Africa's population in 1996, 2001, 2011 & 2017

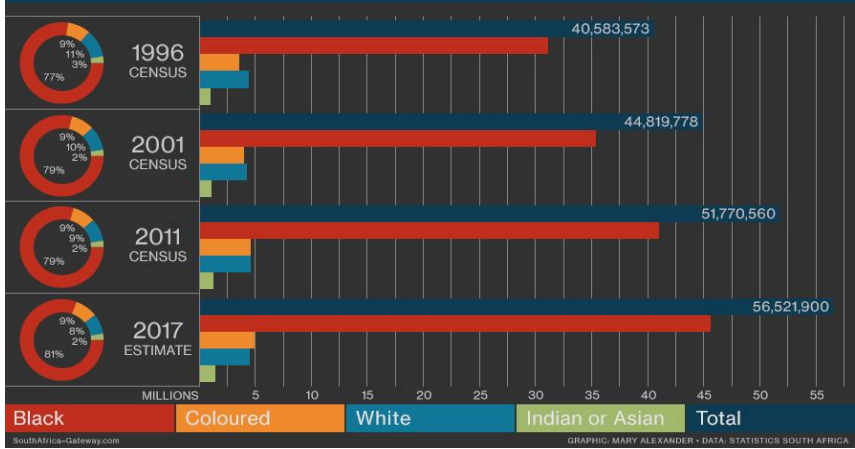


Figure 2:

South Africa's population in 2017

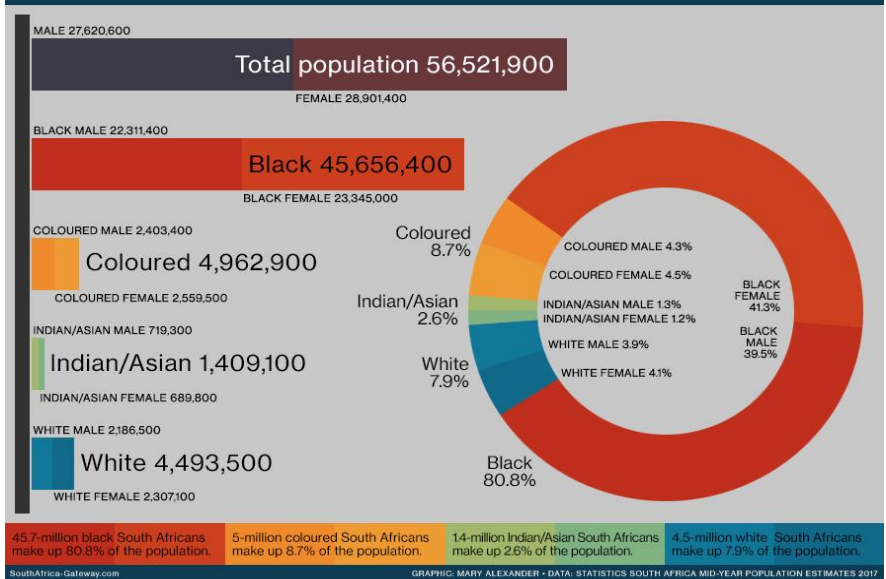


Figure 3:

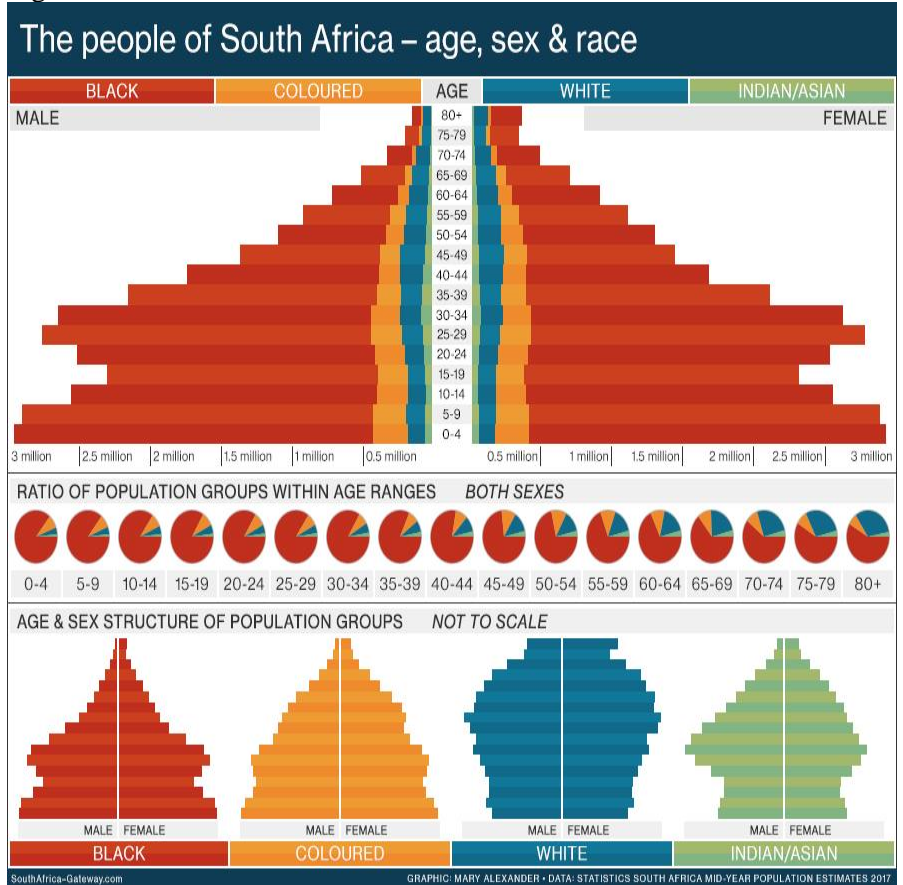
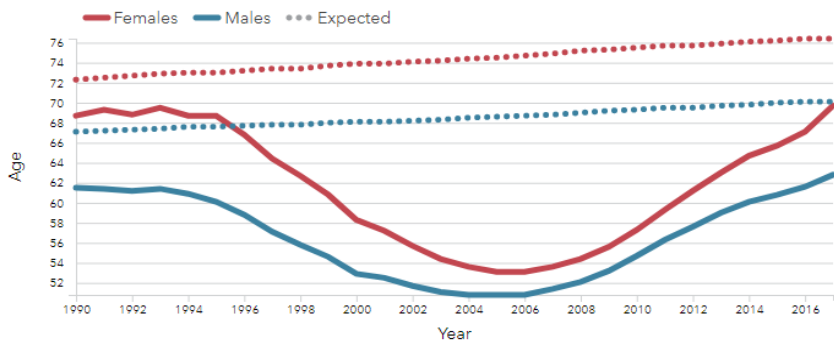


Figure 4:

How long do people live?

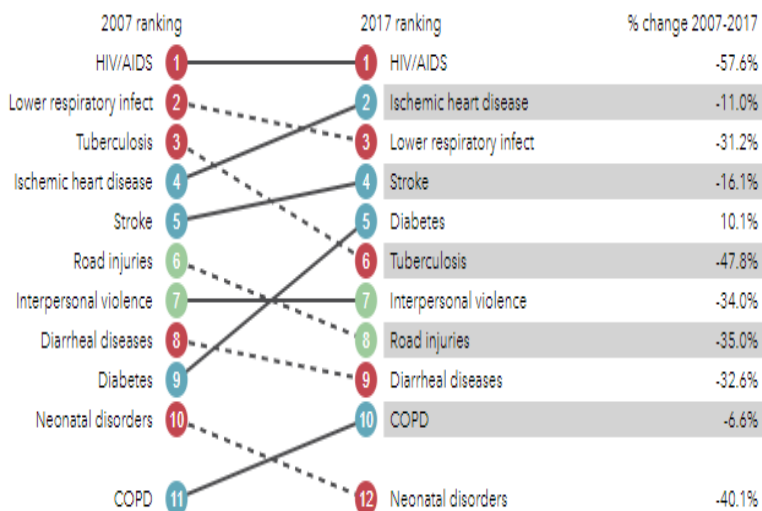


	Expected		Observed	
	1990	2017	1990	2017
Females	72.3	76.4	68.7	69.7
Males	67.1	70.1	61.5	62.8

Year	TFR
2002	2,51
2003	2,50
2004	2,53
2005	2,57
2006	2,62
2007	2,66
2008	2,68
2009	2,66
2010	2,62
2011	2,60
2012	2,57
2013	2,53
2014	2,50
2015	2,47
2016	2,45
2017	2,42
2018	2,40

Figure 5:

What causes the most deaths?



Top 10 causes of death in 2017 and percent change, 2007-2017, all ages, number

Figure 6:

What risk factors drive the most death and disability combined?

Metabolic risks

Environmental/occupational risks

Behavioral risks

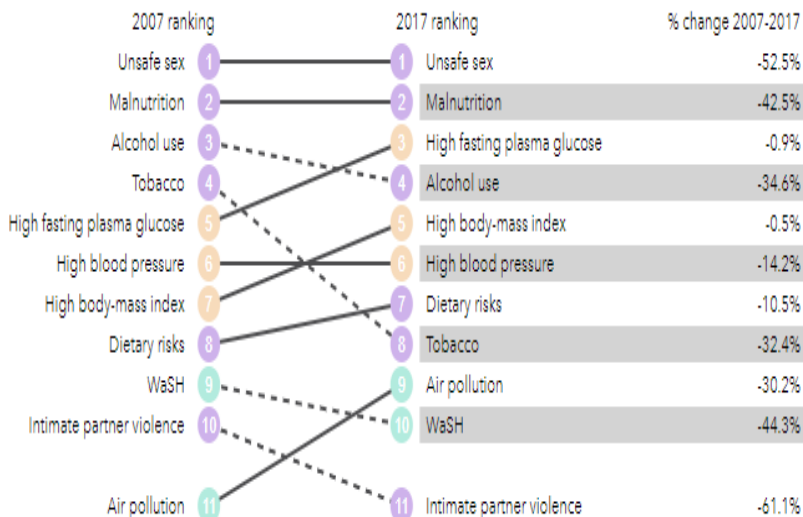
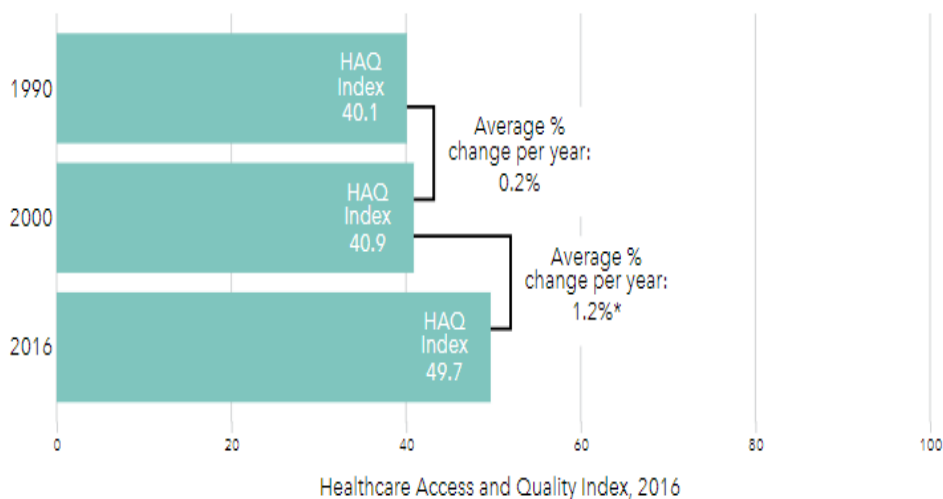


Figure 7:

How does personal healthcare access and quality measure up?



Stars indicate the average rate of change was statistically significant for that time period.

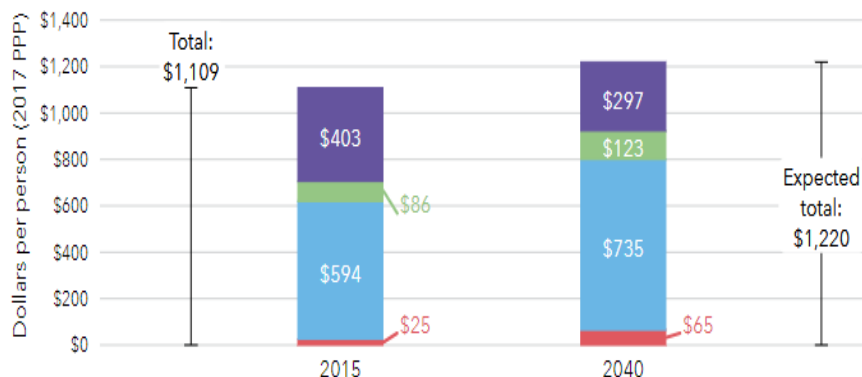
Source: bit.ly/HAQ-GBD2016

The Healthcare Access and Quality (HAQ) Index provides a summary measure of healthcare access and quality for a given location. This measure is based on risk-standardized mortality rates or mortality-to-incidence ratios from causes that, in the presence of quality healthcare, should not result in death - also known as amenable mortality.

Figure 8:

How much is spent on health -- now, and in the future -- and from which sources?

- Prepaid private spending
- Out-of-pocket spending
- Government health spending
- Development assistance for health



Source: Financing Global Health Database 2017

PPP = purchasing power parity

"Expected" is the future growth trajectory based on past growth.

Figure 9:

Socio-Demographic Determinants Of The Distribution Of Income Among South Africans With High Education

Sally Sonia Simmons

2nd year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

ssimmons@edu.hse.ru; simmonssallysonia@gmail.com

Introduction: Research suggests that in assessing income and its related phenomena, emphasis should be set on the context within which it is experienced. This logic follows the fact that the state of a nation is a relevant tool that impacts amounts of money citizens regularly receive irrespective of their investment and occupation. Even after apartheid, the distribution of income has not observed a likely change in South Africa. Consequently, there persists an unequal distribution of income. From 1993 to 2008, the gap was estimated to have widened. Moreover, aggregate income inequality rose in the same period. Despite being one of the largest economies in sub-Saharan Africa, South Africa records one of the highest rates of inequality. Currently, the uneven distribution of income in the country raised South Africa's status to the unequal country in the world. However, it only ranked second to Lesotho in the previous estimation. The country has observed an alternation in the Gini index from about 57.8 to 63.00 in 2000 and 2014.

There is a high consensus that education influences the earnings of individuals. That said, being educated increases the chances of higher income. Previous reports showed that an additional year of schooling increased the annual earnings. Possibly, it boosts the onset of equal distribution of income among South Africans who are educated as compared to those without high education. Moreover, the country's system of education is one of the best in sub-Saharan Africa. It complements the findings that about 76% of the population in South Africa has a high education. Recurrent racial differences accentuate the distribution of income distribution. Being of a particular race in South Africa exposes that

person to certain privileges including higher income and employment. Incomes earned among rural residents are lower than among urban dwellers and that the continuous experience of the former group highlights the tenacity of poverty in such areas. Furthermore, studies on gender equality in South Africa point out gender income variations. That is to say, males and females in South Africa have unequal wages although the uneven distribution favours males than female. The distribution of income has been linked to the type of occupation as well as the employment opportunities in the country. Access to the labour markets affects labour earnings and thus, income. However, the interplay between the supply of labour (depending on the marital status of a person) and covariance between working hours likewise wage builds on coital frequency in the marriage market. During the young and older ages, financial illiteracy exists. To a large extent, such persons have smaller incomes. On the contrary, persons in the middle cycle and working ages more are financially literate and therefore, exposed to and earn higher incomes. One aspect is that the persons within the active age groups have paid jobs and also introduced to possible ways of maintaining and earning higher incomes at work. Often, gender and racial variations headline studies on income distribution in South Africa. That is to state that studies on income distribution are limited to specific demographic measures. In this era of advocacy and de jure equality, there are gender, race and other factors that work concurrently to provide support for the unequal status of persons. It is therefore of no doubt that South Africa is the unequal society in the world. It serves as background to how variations in gender, racial, residential, employment, marital status and age influences education which also caves the distribution of income in South Africa. Thus, it will be worthwhile to research this jigsaw by establishing the relationship between income other socio demographic variables instead of within the confines of specific issues. Unfortunately, less attention has been paid to the nexus between education and other socio demographic variables and how it determines the distribution of income. Hence, the study was in this direction.

Methods and Materials: The study used a quantitative retrospective explorative cross-sectional design. This research design assisted with the generation of information on how socio demographic factors determined the distribution of income among the educated in South Africa within a specific period. The study used data from the World Health Organisation (WHO) Global Ageing and Adult Health, (SAGE) Wave 1, documented in 2007-2008 for South Africa. A total of eight variables were selected for the study. These became age, sex, residence, employment, race (ethnicity), marital status, income and education. The selection of the variables was in accordance with literature and achievement of a numerically stable and adoptable model. To generate samples that will produce meaningful results, missing values for variables were imputed using the multiple imputation approach (PMM). Thus, the missing values for a log of income, age, sex, residence, employment, race (ethnicity), marital status and education were imputed multiple times. Three analytical approaches were used in the study. The study used a six-way analysis of variance (N-way ANOVA) statistical technique to estimate the interdependence between the variables of interest. This technique helped to assess the potential variance in the response variable (log of income) given the independent variables. Here, the initial interaction, each sub-interactions and the main effects were estimated for equality of means. The variables with significant effects were included in the second approach, linear regression (ordinary least squares). The usage of the OLS in the study correlates the idea that the point estimates of such models are unbiased if appropriately specified [18]. A multiple linear regression model was built to ascertain how each of the predictors contributed to the prediction of the mean value of the response variable. Two linear models were fitted for the study. The first model lacked transformations while the second included transformed variables, in the form of polynomials and interaction effects. The third approach involved the testing of the assumptions of OLS.

Results: All predictors had a statistically significant relationship with income among elites in South Africa. All the explanatory variables have different mean incomes and therefore, reject the null

hypothesis that the predictors have the same mean incomes. The first the model contains the non-transformed explanatory variables used to establish the association. Generally, the model was statistically significant. About 24% of the variation log of income was predicted by the factors under consideration. From the model, all but age ($p=0.138$), unemployment ($p=0.864$) and being married ($p= 0.080$) had a statistically significant relationship with the income of the educated in South Africa. However, residence, employment, and marital status (excluding being married) had a negative association with income. Rural than urban dwellers had lower incomes even with education if all other variables were constant. Keeping all other variables constant, the South Africans who were educated but unemployed had lower income than employed. Educated persons who were cohabiters, separated or divorced or widowed had lower incomes than those who were single, when all other variables are constant. Being a female with high education in South Africa increases income by 0.123 as compared to a male, keeping all other variables constant. A South African with high education and identifies with a face other than black had a higher income when all other variables are held constant. An educated rural resident who is in a union other than marriage or had ever formed a marital union over time and is unemployed had higher incomes than the never married. As compared to males, educated females who were not employed and were of a race other than black had higher incomes if all other things are kept constant. While the error terms of the model are correlated, there is constant variance in the residuals. The effect size of sex, that is, income levels of males and females is higher in the older ages than in the younger ages. Older black males South Africans have the highest incomes as compared to those in the youthful and adult years. Older coloured females South Africans have the highest incomes as compared to those in the youthful and adult years. The second interaction shows the income level as a function of employment, race and marital status. The effect size of employment, that is, income levels of employed and unemployed is higher in the urban than in the rural areas. Unemployed South Africans who were cohabiting had lower incomes in urban areas

than in rural areas. The third interaction shows the income level as a function of residence, employment, race and age. The effect size of employment, that is, income levels of employed and unemployed is higher in the urban than in the rural areas. The young employed South Africans who identifies as a coloured race had lower incomes in rural areas than in urban areas.

Conclusion: Generally, socio demographic factors contribute to an uneven distribution of income among persons with high education in South Africa. The study confirmed a mostly negative association between the income of the educated and blacks, rural resident and females who were not employed. It was found that income declined when a South African observed any of these socio-demographic characteristics. The policy options to address these are the creation of employment avenues for blacks, females and rural residence, the reduction of household expenditure on basic needs through subsidisation for households where membership is based on all but single marital status and the improvement in access to credit and finance for all South Africans.

Keywords: Socio demographic factors, Income, South Africa

Possible Threats of Life: An Assessment Of The Potential Gains In Life Expectancy In South Africa From 1997- 2015

Sally Sonia Simmons

2nd year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

ssimmons@edu.hse.ru; simmonssallysonia@gmail.com

Introduction: South Africa's life expectancy (LE) is threatened by a multiple burden of diseases and other causes of death. It is even shattering among males as the pace of LE reversal from 1997 to 2005 was higher relative to females. Similarly, the deviation in LE for males and females in the country was inconsistent with most upper middle income countries. All the same, there might be an evidence for optimism. For the reason that, South Africa, since 2006, is experiencing increase in LE. The increase has been attributed to the sudden decline in mortality from infectious diseases, mostly but not limited, Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and Tuberculosis (TB) following the public disbursement of antiretroviral medications for adults in 2005. Possibly, the selection of the target population was due to the prevalence of these causes of death in that age group. Moreover, the gradual decrease in mortality from non-communicable diseases and other causes of death such as neoplasms, respiratory, circulatory, and endocrine diseases and external in South Africa are complements. Conversely, in 2006, there was an outburst of respiratory diseases including silicosis and asthma. Such events flared-up the mortality from respiratory diseases. Again, after 2012, mortality from neoplasms, respiratory, circulatory, and endocrine diseases increased steadily. These increase in the mortality from these diseases concur with behavioral factors, socioeconomic development and rapid urbanization. Still, there exist an inequality

in the number of reported cases of these causes of death among males and females in South Africa. All but endocrine diseases increased the prevalence of mortality among males extensively. External causes, in particular, causes about four times males death as much death among females. However, what is clandestine is the potential gains in LE (PGL) of South African males and females that could be contributed by these causes of death. Besides, it is unclear whether the elimination of these causes of death in South Africa may impact death experiences or priorities and restrictive terms for health promotion and life insurance can be derived, considering which causes of mortality impacts LE the most. More insight into the dynamics of life expectancy attributable to specific causes of death supports an answer to such questions. Studies have focused on the impact of causes of death on LE rather than the potential gains for South Africa. Some authors assessed the years of life lost due to individual causes of death in accordance with race, sex and provinces in South Africa but also did not estimate the age-specific PGL that could be attributed to these causes of death. Also, the authors did not focus on the likelihood of death if each cause of mortality was eliminated. Thus, understanding the impact of causes of death on the reduction of LE is necessary in South Africa, where HIV/AIDS and TB accounts for more than half premature mortality and deaths from external causes neoplasms, respiratory, circulatory, and endocrine diseases are recurrent.

Methods and Materials: The study used three analytical approaches to assess the impact of cause-specific death elimination on LE and probability of death male and female South Africans. A total of nine causes of death considered to be virulent in South Africa were studied. These were HIV, TB, other infectious diseases, neoplasms, respiratory, circulatory, and endocrine diseases, external causes and all other causes of death. The World Health Organisation Mortality Database (WHOMD), United Nations Population Division (UNPD), World Bank Development Indicators (WDI) were the three main data sources used for the study. The causes of mortality are certain infectious and parasitic diseases, neoplasms, diseases of the circulatory system, diseases of the respiratory system, endocrine, nutritional and metabolic

diseases, external causes of morbidity and mortality and all other causes in 1997, 2005, 2007 and 2015 as defined by the International Classification of Diseases 10th revision (ICD 10). The WDI and UNPD provided data on population sizes for males and females in South Africa above. Data on cause-specific mortality obtained from the above repositories contained columns without specific age groups, “unknown”. To produce meaningful statistics, all unknown categories of the all causes among males and females at specific period under study were redistributed among the specified age groups. Ordinary abridged life table techniques were used for each analyzing cause of death in the study. The usage of ordinary life table technique were informed by the need to estimate years of life that could have been gained if a single attrition factor (cause of death) had not terminated the experiences of a well-defined cohort. The Chiang’s method assisted with the derivation of cause eliminated probability of death on the assumption that mortality from the causes are evenly distributed within each age group and death a certain ages are statistically independent of each other irrespective of the sex of a South African. The expectation of life for the expectation of life in an age interval were used to estimate the potential gains in life for males and females. Potential gains in life, the difference between causes eliminated life expectancy and total cause life expectancy.

Results: The study showed that the probability of dying without the disease of interest varied over times, age and among males and females in the country. Generally, there were more male deaths than female deaths from causes of death which were not the cases of interest. In terms of age, there was a huge difference in the experiences of older and younger South African population. Again, among the younger population, the experiences of South Africans in the youthful population varied for those in the under-five years of life. That is to say that the probability of dying from the unintended causes of death were higher among children under five years of age than the persons who were age 5 to 24 years. Similarly, males in those age groups observed more deaths even without the causes of interest than females. However, in the observed probability of dying without the disease of interest was higher in

the infant years than from age 1 to 5 years. In 1997, the excess mortality for males as compared females was as a result of death mainly from causes other TB and other infectious diseases (OID). In the same year, women aged 15 to 39 years observed more deaths than males in the same years. Here, many women died from causes other than HIV, neoplasms, circulatory diseases, external and endocrine diseases. At age 40 to 64, women's mortality without these causes of death decreased although that of males accelerated to the pension years. The experiences of males and females changed even though the changes were just different from the previous year of study. Mortality among males decreased yet in comparison with females, the male deaths were still higher. While mortality from causes other than endocrine diseases decreased the most among females, the male mortality from causes other than CVD was the least. Females at age 40 and above and males at 20 and above years recorded this shift. In 2015, under-five mortality from other causes of death than those of interest decreased among males and females although the decrement was relatively higher among males than females. The study also showed that if mortality from the diseases of interest were prevented females would have gained more years of life than males in South Africa. While the estimated gains of life were smaller in the initial period (1997), the final year (2015) observed a higher gain. External causes of death were the leading obstructers of the potential gains in life expectancy among males in South Africa. Among females, CVD is the leading obstructer of the potential gains in life expectancy gains. CVD was the cause of death which when prevented could contribute to a higher gain in life expectancy among females at all ages. Among males, external causes of death as a means of gaining higher life expectancy dominated from age 0 to 49 years. It was replaced by CVD. Now, HIV and endocrine diseases contributed to the least potential gain in life expectancy among males. HIV and external causes of death were the causes of death that contributed to the least gain in the potential years of life lost. With the exception of all other causes of death, CVD and respiratory diseases, the other causes of death had specific age groups within which they could have increased life expectancy if they were

prevented. All the other causes of death also played a significant role in the potential gains in life expectancy among males and females.

Conclusion: The potential gain in life expectancy by elimination of deaths from HIV, TB, other infectious diseases, neoplasms, respiratory, circulatory, and endocrine diseases, external causes and all other causes of death took into account the experiences of males and females within specific age groups in South Africa. The study revealed how the South African population experience dwindling years of life due to premature mortality from certain causes of death.

Keywords: Life expectancy, Potential gains in life expectancy, Males, Females, Mortality, Causes of death diseases,

Disability and rehabilitation in Tajikistan: mechanism of development of social adaptation and services

Sotimova Dilafruz Ravshanovna

2nd year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow
dsharifbaeva@gmail.com

Abstract

Background:

In the 21st century, the disability is not infrequent. An estimated one billion people or around 15 % of the world's population have some form of disability (WHO & World Bank, 2011). Disability is more common in low- and middle-income countries than in high-income countries, and among older age groups (WHO & World Bank, 2011; Mitra&Sambamoorthi, 2014). Disability is something everyone is likely to experience, either permanently or temporarily, at some point in his or her life (WHO & World Bank, 2011). People with disabilities are diverse and not defined by their disability.

People live longer and with disabling, chronic conditions that affect their functioning and well-being. Rehabilitation and assistive technology are critical for preventing and minimizing functional limitations, including the health, social and economic impacts of health conditions, and for improving well-being.

As a result of a large outbreak of poliomyelitis in 2010, several hundred residents of Tajikistan developed functional impairments and now they need long-term rehabilitation assistance. However, this is only a fraction of the approximately 180 thousand children and adults registered in the country who live

with various functional disabilities. Many of them do not have access to education, work, and rehabilitation services.

People with disabilities, the elderly, and those with non-communicable diseases (NCDs) are the largest populations in need of rehabilitation services and aids. Such services and facilities play an essential role in minimizing functional limitations associated with the ability to move, cognitive activity, breathing, vision, and communication skills. They also reduce the socio-economic consequences of such health problems and increase the well-being of people.

Over the past ten years, the prevalence of NCDs has increased by 18%, and today these diseases are the main cause of disability and mortality in Tajikistan. There are also more and more disabilities caused by non-communicable diseases (such as amputation of limbs, blindness or paralysis), which leads to a significant increase in demand for health and social services.

Moreover, in Tajikistan, the transition to comparable international criteria for the quantitative assessment of health and disability has become mandatory. In this regard, the number of persons officially recognized as disabled, increases several times, which accordingly requires a multiple increase in funds for social benefits and rehabilitation measures. In modern socio-economic conditions, the provision of legally guaranteed obligations are difficult and can contribute to the deterioration of the public climate.

This paper is considered to bring development of rehabilitation mechanism of social adaptation and services for disable people. It highlights key concepts and covers: the current situation of people with disabilities in Tajikistan. Moreover, the paper points the barriers to disability inclusion that have contributed to the current situation and need to be overcome in the country within further recommendations of best practices and approaches.

Methods: Using the 2010 polio outbreak as an entry point, WHO provided technical support to the Government of Tajikistan to identify existing challenges in the health care system and to develop approaches to improve access

to rehabilitation services for all. Activities included (i) setting up an initial

system for polio rehabilitation and (ii) developing a comprehensive national

rehabilitation policy, along with a multisectoral system and accompanying

services. The methodology used for this case study was a desk-based review.

Research: In the eight years since the 2010 polio outbreak, improvements have

been made in four key areas: strengthening rehabilitation services; human

resource development; introducing community-based rehabilitation; and policy

development.

Conclusion: Aided by external funding and by guidance from WHO, along with

determination, and high-level political engagement and leadership, Tajikistan

has established a modern rehabilitation system, including the supply of

a basic package of assistive devices, within a relatively short period of time.

Rehabilitation is indispensable to optimize functioning and improve well-being

for people affected by a range of potentially disabling health conditions and

plays a fundamental role in achieving universal health coverage.

Keywords: Tajikistan, disability, rehabilitation, non-communicable diseases (NCDs), mechanism

Bibliography:

1. WHO & World Bank. (2011). *World report on disability*. Geneva:
WHO. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf (Retrieved on 15.04. 2019)
2. Mitra, S. & Sambamoorthi, U. (2014). *Disability prevalence among adults: Estimates for 54 countries and progress toward a global estimate*. *Disability and Rehabilitation*, 36(11), 940-947. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2013.825333> (Retrieved: 15.04.2019)

Статьи на русском / Articles in Russian

Пути совершенствования профессиональной подготовки кадров высшей медицинской квалификации

Багдасарова Дарья

Студентка магистерской программы «Управление и экономика здравоохранения» НИУ ВШЭ, Москва
dasha.bagdasarova@gmail.com

Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников. Кадровая политика в сфере здравоохранения является стратегической задачей государственного регулирования. Главной задачей в сфере образования врачебных кадров состоит в получении высокого качества знаний в том числе путем сохранения фундаментальности и отечественных традиций преподавания, а также привнесения полезных и способов эффективного обучения зарубежных коллег, интеграции новых передовых технологий в процесс обучения, повышении мотивированности и вовлеченности как преподавателей, так и обучающихся. Образование медицинских работников в настоящее время обезличено и нуждается в совершенствовании путем персонализации с учетом условий оказания медицинской помощи в конкретных медицинских организациях.

Необходимые условия для совершенствования профессиональной подготовки кадров высшей медицинской квалификации:

- Пересмотр, изменение и дополнение федеральных государственных образовательных стандартов, основываясь на утвержденных профессиональных стандартах и находящихся на стадии рассмотрения к принятию. Усовершенствование организации и технологий образовательной деятельности, методов обучения.
- В 2016г. вышел Приказ от 2 июня 2016г №334н Об утверждении Положения об аккредитации специалистов. В системе аккредитации подразумевается 3 этапа: 1) тестирование 2) оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях 3) решение ситуационных задач. На наш взгляд, целесообразнее объединить второй и третий этапы в виде решения клинического случая непосредственно «у постели больного», в котором аккредитуемый сможет проявить свои навыки общения с пациентом, сбор анамнеза и жалоб, одновременно провести диагностический поиск, проанализировать обследования, выполнить необходимые практические манипуляции (возможно дополнение симуляторов), установить диагноз и назначить необходимое лечение.
- Усиление роли наставничества, «прикрепление» каждого ординатора к врачу-куратору, не формальное отношение наставника к прикрепленному ученику. Процесс обучения в ординатуре зависит от специализации, которую выбрал обучающийся. Наиболее ярким является пример хирургических специальностей. Так, на многих базах значительно отличается процесс обучения, где-то позволяют выполнять определенные этапы операций или операции в полном объеме, в других местах за годы обучения клинические ординаторы могут научиться только правильно оформлять медицинскую документацию, тем самым освобождая своего куратора от бумажной

работы. Таким образом, необходимо упорядочить данный процесс и создать систему мотивации наставников.

- Применительно к хирургическим специальностям, необходимо закрепление определенного перечня и количества операций, требуемых для выполнения молодыми специалистами. Необходимо стандартизовать подходы к обучению. За рубежом во многих клиниках резиденты должны выполнить определенное количество операций за годы резидентуры. В случае же с Российскими ординаторами, они могут не сделать ни одной самостоятельной операции за все время обучения. Соответственно, очевидна не готовность выполнять квалификационные требования молодыми специалистами при окончании обучения и вступлении в должность врача-специалиста.
- Создание официальной возможности посещения анатомических театров с отработкой хирургической техники на биологическом материале. Создания официального положения, законодательно подкрепленного по данному вопросу, обязывающее все учреждения, проводящие обучения по хирургическим специальностям, предоставлять возможность обучения на биологическом материале.
- Необходимость контроля качества и актуальности учебных материалов. В связи с тем, что зачастую можно столкнуться с не обновляемой и давно устаревшей или неполной информацией, предоставляемой преподавательским составом на лекциях.
- Возможность доступа к актуальной научной литературе, повсеместное создание электронных баз данных, с постоянным обновлением контента.
- Финансовая стабильность молодого врача. Стипендия врача-ординатора в г. Москва в среднем порядка 7 000 руб. в месяц, (при условии бюджетного

обучения, количество мест которого с каждым годом сокращается), молодой врач не в состоянии прожить на такой месячный доход (а многие имеют семьи и дети), прокормить семью, и вынуждены искать подработки, тем самым отнимая время и силы от непосредственного обучения. В случае обучения за счет собственных средств обучающийся вынужден искать подработку, чтобы платить за свою учебу. Зарубежом резиденты получают стипендию порядка 70 000 руб. в пересчете на российские рубли, при таком уровне доходов вполне возможно прожить и не занимать голову вопросом «где взять деньги на жизнь», соответственно, будет повышаться престиж профессии, конкурс в медицинские университеты, квалификация медицинских работников, которые будут заинтересованы в своей работе. Идея увеличения сроков ординатуры до 5-6 лет обучения и ранжирование длительности ординатуры (1–2 года — для врачей терапевтических специальностей, 3–5 лет — для врачей хирургических специальностей) кажется здравой в связи с тем, что научиться хирургическому лечению за 2 года невозможно, но основная проблема заключается в финансовом состоянии молодых специалистов и невозможности прожить на сумму стипендии, выплачиваемой в ординатуре, соответственно, в случае увеличения сроков обучения до 5 лет может увеличиться отток молодых специалистов из специальностей, где необходимы более длительные сроки обучения, в связи с невозможностью обеспечить себя необходимым прожиточным минимумом.

Реализация предложенных мер позволит, на наш взгляд, значительно улучшить качество образования молодых специалистов в сфере медицины путем усовершенствования нормативных документов, федеральных стандартов государственного образования, упорядочивания

системы мотивации наставников, создания контролируемых перечней практических навыков (хирургических операций и манипуляций), создания условий для усовершенствования базовых хирургических навыков и умений, путем возможности получения знаний анатомических основна практике (в анатомических театрах), обеспечения финансовой стабильности обучающихся.

Возможности внедрения технологий check-up в систему государственных профилактических осмотров

Богдан Игнат Викторович

к. пол. н., главный специалист ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ"

bogdaniv@zdrav.mos.ru

Гурылина Мария Владимировна

аналитик ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ"

mariya_gurylina@mail.ru

Чистякова Дарья Павловна

аналитик ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ"

darya.chistyakova93@bk.ru

Введение. В настоящее время в нашей стране повышенное внимание уделяется профилактической медицине, одним из направлений которой являются профилактические осмотры, которые позволяют выявлять заболевания на ранних стадиях. На настоящий момент в нашей стране сложилась система государственных профилактических осмотров, в центре которой находится диспансеризация. Наряду с достоинствами, можно выделить и недостатки существующей системы, как организационные, так и содержательные. В нашем исследовании было рассмотрено, какие проблемы присущи современной системе государственных профилактических осмотров по мнению специалистов и можно ли решить хотя бы часть из них за счет внедрения технологий check-up/чек-ап, предлагаемых сегодня по большей части в частных медицинских организациях. В свою очередь, если такое внедрение имеет смысл, то как это можно сделать и какие факторы следует учитывать.

Методы. Наряду с количественным опросом, 5, 21 и 25 марта 2019 года были проведены три фокус-группы с

сотрудниками медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы. Что касается качественного состава участников, дизайн исследования предполагал включение в состав участников представителей групп, которые потенциально могут иметь различные позиции по возможностям внедрения технологии чек-ап в государственные медицинские организации:

- Организаторы здравоохранения (врачи и научные сотрудники)
- Заведующие отделениями и рядовые врачи
- Представители амбулаторной и стационарной службы
- Специалисты, ведущие работу с чек-апами и не ведущие такую работу
- Представители детской и взрослой службы
- Врачи общей практики и врачи-специалисты

Результаты и обсуждение.

Понятие. Как и предполагалось, участники дискуссии имели очень разнородное представление о чек-апах, что обусловлено в т.ч. отсутствием законодательного определения процедуры. Основными подходами к определению понятия были:

- Зарубежное слово, не обозначающее ничего нового («это диспансеризация, только на английский манер», «в переводе «чек-ап» - это исследование»).
- Синоним комплексного набора исследований («план, список каких-то обследований», «синоним программы обследования»).
- Специализированные осмотры («программа дополнительного обследования по какому-то направлению, нозологии»).

В ходе обсуждений удалось прийти к представлению о чек-апе как о *специализированном наборе диагностических экспресс-обследований, назначаемых по факторам риска.*

Чек-ап как средство решения проблем диспансеризации. Участники отмечали, что внедрение технологии может способствовать решению ряда актуальных проблем системы профилактических осмотров среди которых:

- Проблемы периодичности диспансеризации («за 3 года может развиться любой болезнетворный процесс», «ограничение по возрасту – это полный бред»)

- Неудобная маршрутизация к специалистам, плохая организация («не понятно, как организован прием врачей», «из-за очередей попасть на диспансеризацию просто невозможно»)

- Недостаток доказательности, обоснованности состава осмотров («не понимаю возрастные критерии, которые там изложены», «диспансеризация не просто наполнена скринингами, которые доказали свою неэффективность и вредность, но еще и большим количеством мероприятий, которые на старте своего создания не имели доказательной базы»).

Стоит отметить, что чек-апы не являются, по мнению участников, панацеей и ряд существующих проблем они никак не решают (проблемы недостатка кадров, квалификации кадров, мотивации пациентов, плохой работы страховых компаний по информированию и т.д.). Чек-апы можно предложить только как одну из составляющих комплекса мер по улучшению современной системы профилактических осмотров.

Базы внедрения чек-апов. Среди возможных баз внедрения чек-апов были названы:

- Отделение медицинской профилактики/кабинет медицинской профилактики («нужно... предлагать, эти услуги на уровне кабинета медицинской профилактики, или отделения медицинской профилактики»)

- Дневной стационар («есть палата в дневном стационаре, даже койка, непалата. Вот будет 2-3 койки, будет 2-3 чек-апа. На рентген, МРТ сводят, а УЗИ можно делать прямо в той же палате»)

- Участковая служба («я думаю, что чек-апы должны предлагаться в любом кабинете у терапевта»)

- Оснащенные диагностические отделения (в т.ч. специализированные отделения в стационарах) («имеет смысл при стационаре создать специализированное отделение на 5-10 коек, которое бы занималось исключительно чек-апами»).

На базе каких подразделений будут внедряться чек-апы будет зависеть от принятой модели внедрения чек-апов.

Финансирование чек-апов. Участники в целом разделяли две ситуации:

1. Обращение по показаниям и в нормативные сроки по мнению участников должно финансироваться за счет средств ОМС.

2. При обращении по желанию (без показаний) или при желании получить услугу ранее нормативных сроков, привлекается софинансирование (ДМС, платные услуги и т.д.).

Две стратегии внедрения чек-апов. В целом было выделено две стратегии внедрения чек-апов, различающиеся по возможности сохранения диспансеризации, условно названные «Диспансеризация+» и «Check-uponly». Ниже приведено их описание:

«Диспансеризация+»	«Check-uponly»
<p>Чек-апы как дополнение к диспансеризации по показаниям/по желанию («в рамках второго этапа диспансеризации»). При этом возможны направления на чек-ап вне диспансеризации. Разрабатывается набор исследований (несколько десятков), на которые при необходимости/по желанию направляются пациенты. В т.ч. возможно создание чек-апов по</p>	<p>Чек-апы как набор небольшого числа осмотров, доказавших свою эффективность в научном сообществе. Являются обязательными для всех. Полностью замещают диспансеризацию. Набор исследований разрабатывается, исходя из критериев пола, возраста и факторов риска.</p>

специфическим и редким группам заболеваний.	
---	--

Вне зависимости от выбранной стратегии, участниками обсуждения упоминалась желательность большей автоматизации обработки данных о пациентах (в т.ч. посредством машинного обучения) и получения рекомендаций для пациентов и врачей на её основе. При этом участники соглашались, что решения, в т.ч. о направлении на чек-апы, должен принимать лечащий врач (пусть и на основе рекомендаций), а не машина.

Препятствия для внедрения чек-апов. Участниками особо подчеркивались следующие препятствия для внедрения чек-апов:

Проблема	Суть проблемы	Комментарии участников обсуждения
Нехватка финансирования в рамках ОМС	Чек-апы по показаниям не должны оплачиваться пациентом	<i>«Конечно, все чек-апы должны входить в ОМС. Человек из своего кармана не должен ни за что платить»</i>
	При существующих тарифах ОМС организации (особенно стационары) будут избегать чек-апов или проводить их формально	<i>«При таких деньгах, которые платит сейчас фонды, больницам просто не выжить, они будут от этих чек-апов отбиваться как от мух»</i>
Необоснованные направления	Рост необоснованного направления на чек-апы перегрузит медицинские организации	<i>«Если пациент направлен не по показаниям, то пусть тогда поликлиника по коммерческой стоимости оплачивает этот чек-ап лечебному учреждению...»</i>
Низкий уровень компетенций рядовых врачей в вопросе	Низкий уровень знаний участковых терапевтов, врачей общей практики	<i>«Сидят врачи, которые ничего не знали, а сейчас вообще ничего не знают. Хорошо, если давление померят»</i>

Также, в рамках обсуждения привлечения машинного обучения в процесс оптимизации маршрутизации пациентов упоминалось, что современный уровень стандартизации в медицине не позволит полноценно привлечь машинное обучение в данный процесс («сейчас даже норматива определенного нет. Рамки предела у всех очень разные. Также как и для новой аппаратуры. Вот если бы был единый стандарт по всей России, то можно было бы говорить о машинном обучении»).

Без решения указанных проблем внедрение чек-апов в государственную систему медицинского обслуживания, по мнению участников, *не будет иметь эффекта.*

Врачебная ошибка: сравнительный анализ российского и зарубежного опыта формирования концепции и становления правоприменительной практики

Ботова Мария Александровна

Факультет Государственного и муниципального управления
Кафедра Управление и экономика здравоохранения
НИУ Высшая школа экономики, г. Москва;
Старший медицинский представитель, подразделение
Consumer Health, г.Москва; АО Bayer.

sme_74@list.ru

Медицинская деятельность неизбежно связана с влиянием медицинского работника на организм пациента, что, безусловно, сопряжено с множеством рисков, т.к. организм пациента является сложнейшей непредсказуемой системой и любое вмешательство может привести к неожиданным последствиям. К тому же в современных условиях, когда в медицине активно используются высокотехнологичные методы лечения и диагностики, уровень медицинской помощи оказывается значительно выше, что позволяет обеспечить в некоторых случаях выживание пациентов в тяжелейшем состоянии и повышает вероятность возникновения непрогнозируемых последствий (осложнений). Оказание медицинской помощи само по себе может вести к причинению вреда здоровью, как, например, лечебные и/или диагностические манипуляции с нарушением целостности кожных покровов (инъекции, хирургические операции и другое), предсказуемые осложнения (побочные действия при проведении химиотерапии для лечения онкологии) и т. д.

Понятие «врачебная ошибка» законодательно не закреплено ни в одном из нормативно-правовых документов, однако, несмотря на это, зачастую используется в практической работе и в научных трудах медицинских

сотрудников, а также в юридической практике. Крайне широко распространено употребление понятия «врачебная ошибка» среди журналистов и представителей СМИ, при этом в большинстве случаев данный термин применяется с некорректной трактовкой и, как правило, для представления в негативном свете деятельности медицинских работников в современной отечественной медицине.

Уровень современных медицинских знаний расходится с потребностями здравоохранения в глобальном смысле, что находит отражение во множестве проблем отечественной и зарубежной медицины. В связи с высокой стоимостью медицинских услуг существует сложность получения медицинской помощи надлежащего качества для многих пациентов. В российской системе здравоохранения имеет место быть недофинансирование в течение многих лет, а также юридическая незащищённость медицинских работников.

Проблемами во всём мире являются оказание «теневых» медицинских услуг и преступления в сфере медицины⁷, при чём уголовные и гражданские преследования медицинских работников часто не имеют достаточных оснований и доказательной базы. Таким образом, для оптимизации финансирования здравоохранения, для повышения статусности медицинского работника существует необходимость постепенного изменения идеологии организации здравоохранения и менталитета населения. В связи с участвовавшими случаями судебных разбирательств относительно докторов в правоприменительной практике становится актуальным сопоставление понятийных баз в медицине и юриспруденции для разработки единообразно трактуемых понятий и разграничительных критериев между врачебным преступлением и несчастным случаем в отсутствие вины врача. Явление врачебной ошибки можно заслуженно назвать одним из наиболее противоречивых для

⁷Пашинян Г.А., Беляева Е.В., Ромодановский П.О. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случаях неблагоприятных исходов //Судебно-медицинская экспертиза. - 2000. - N 2. - С. 17.

определения необходимости наступления ответственности медицинского работника⁸.

1. Актуальность темы исследования

В настоящее время становится особо актуальным формирование единообразно трактуемого понятия «врачебная ошибка» для всех органов и организаций, для юристов, медицинских работников, представителей СМИ, а также разработка более чётких критериев разграничения между невиновным причинением вреда здоровью (врачебная ошибка), которое не подлежит уголовной ответственности, и другими понятиями, которые могут её повлечь.

О нарастающей актуальности проблемы говорит также и увеличивающееся количество обращений пациентов и их законных представителей по поводу действий медицинских работников при выполнении ими профессиональных обязанностей, подтверждаемое, в том числе, рядом статистических данных.

В связи с этим ситуация с врачебными ошибками в последние годы особенно занимает умы многих специалистов в сфере здравоохранения и юриспруденции, анализирующих данный вопрос с теоретической и эмпирической точки зрения. Однако, несмотря на огромное число научных работ, вопросы врачебных ошибок проработаны недостаточно: отсутствует единообразно трактуемое определение понятия «врачебная ошибка», отсутствует законодательно закреплённое понятие «врачебная ошибка», отсутствуют регламентирующие ответственность и разграничивающие виновность и невиновность врача статьи в законодательстве РФ – что в целом и обуславливает высокую актуальность изучения вопросов возникновения и оценки, в том числе юридической, ВО.

⁸ Aronson J.K. Medication errors: what they are, how they happen, and how to avoid them. QJM: An International Journal of Medicine, Volume 102, Issue 8, 1 August 2009, P. 513–521.

2. Степень научной разработанности проблемы.

С точки зрения рассмотрения юридических и медицинских аспектов вопросов, связанных с ВО, существует множество научных статей и научных работ, затрагивающих эту тему. Однако, большинство этих публикаций носит описательный характер, констатируя изученные и имеющиеся факты, а в некоторых случаях лишь выражая собственное мнение их авторов о проблеме. Варианты решения вопросов ВО, предложения по снижению частоты возникновения врачебных ошибок, внесение изменений в действующее законодательство РФ и другие практически ценные рекомендации почти не встречаются ни в российских, ни в зарубежных источниках.

Непосредственно о медицинских ошибках можно прочесть в следующих работах: Зарецкий М.М. «Врачебная ошибка неизбежна или нет?», Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. «Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты», Эльштейн Н. В. «Современный взгляд на врачебные ошибки». Из советских учёных вопросами ВО и правовых последствий ВО занимались Давыдовский И.В., Смольянинов В.М., Платонов К.К., Каннабих Ю.В., Марковин И.В. и другие. О правовом содержании, правовых последствиях, правовой квалификации ВО и дефектов оказания медицинской помощи писали современные российские учёные Авдеев А.И., Дмитриев О.Ю., Добровольская Н.Е., Иванюшкин А.Я., Козлов С.В., Хохлов В.В. и другие.

В зарубежных публикациях представлены различные аспекты врачебных ошибок, медицинских ошибок – неправильное время приёма лекарств, некачественные лекарственные препараты, несоблюдение рекомендаций лечащего врача, недостаточное оснащение медицинской организации, причины врачебных ошибок и способы их избежать и другое различными учёными практически во всех странах: английские учёные CharatanFred, NolanThomas W, RossStewart, LesterHelen, TritterJonathan Q.; немецкие учёные vonLaueNicoletta C., SchwappachDavid L.B., канадские

учёные Henderson Jim, MacDermaid Laura J., MacCourt Duncan, Bernstein Joseph, американские учёные Riegelman Richard K., Banja John, Becher Elise C., Chassin Mark R., Miller Sylvia R., Liang Bryan A., Gluck Paul A.

3. Цели:

- Снижение вероятности возникновения врачебных ошибок для повышения качества и безопасности медицинской деятельности;
- - Разработка организационного компонента менеджмента ситуации с ВО.

4. Задачи исследования:

- 1) Сравнительный анализ российского и зарубежного опыта практики и концептуализации ВО;
- 2) Оценка врачами, экспертами и юристами восприятия врачебных ошибок и предложений по работе с ВО;
- 3) Разработка классификаций ВО;
- 4) Разработка рекомендаций по ОТ.

5. Объект исследования.

Объектом исследования является причинение вреда здоровью: виновное, невиновное.

6. Предмет исследования.

Предметом исследования является нормативное закрепление понятия ВО, правоприменительная практика по отношению к ВО.

7. Возможные гипотезы исследования:

- 1) Отсутствие нормативно закреплённых критериев определения врачебной ошибки, отсутствие универсального понятия «врачебная ошибка» и общей классификации

является одной из основных причин сложностей оценки ситуации невиновного причинения вреда здоровью;

2) Увеличение числа ВО связано с отсутствием единого регистра.

8. Выводы

1. Неблагоприятные последствия (вред здоровью пациента, причинение смерти) по объективным причинам (добросовестное заблуждение врача, атипичное течение заболевания, кратковременность пребывания в медицинском учреждении, тяжесть состояния, недостаток диагностических материальных ресурсов, административные ошибки) следует называть невиновным причинением вреда в отсутствие уголовной ответственности для врача.

2. Неблагоприятные последствия для пациента по субъективным причинам (недостаток знаний, недостаток опыта, не проведение показанного обследования при наличии материального оснащения, чрезмерная самоуверенность и др.) следует считать юридически виновным деянием.

Московское долголетие: проект "Лыжи мечты"

Дмитриева Елена

dreamskifund@gmail.com

Количество людей пенсионного возраста в РФ составляет 36,7 млн человек (около 25% населения страны).

35 555 000 жителей нашей страны в 2018 году получают пенсию по старости, из них люди с инвалидностью - 2 267 000 человек.

По данным исследований потребность пожилых в оказании им медицинской помощи на 50% выше, чем у населения среднего возраста, а необходимость в госпитализации людей старше 60 лет почти в три раза превышает этот показатель для общей популяции.

Основные проблемы пожилых людей связаны с состоянием здоровья, возникающими финансовыми трудностями и социальной адаптацией.

По данным статистики Аналитического центра при Правительстве Российской Федерации один пожилой человек имеет два-четыре хронических заболевания. Пожилые люди утрачивают социальную полноту жизни, сужается круг общения по причине потери близких, изменения психологического состояния, снижается активность, в том числе и социальная.

Адаптивный спорт способствует восстановлению здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных функций и систем организма вследствие заболевания или травмы, восстановлению бытовых возможностей, способности к передвижению, самообслуживанию, предупреждению развития

патологических процессов, и в целом, поддержанию жизнедеятельности и достойного качества жизни.

Комплексная терапия, включающая занятия адаптивным спортом, часто является мерой профилактики развивающейся инвалидности, становится первым этапом борьбы с ней, уменьшает тяжесть инвалидности и связанных с ней материальных затрат. Спортивная реабилитация способствует нормализации и совершенствованию саморегуляции организма, повышению адаптивных возможностей организма пожилого человека к динамически изменяющимся условиям среды.

Спорт создает возможности устанавливать независимые и разнообразные контакты, которые помогают получить уверенную и эффективную жизненную поддержку, так необходимую пожилому человеку. Однако люди с приобретенной инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья после перенесенных заболеваний (инсультов, инфарктов, онкозаболеваний и др.) требуют особенного подхода и проведения занятий по специальным методикам.

Методики адаптивного (терапевтического) спорта «Льжи мечты» были разработаны для физической и социально-психологической реабилитации людей с инвалидностью. Самыми пожилыми участниками программы «Льжи Мечты» (65 лет) – до 2018 года - были подопечные фонда помощи слепоглухим «Со-единение», прошедшие курсы реабилитационных занятий по горным лыжам и роллер спорту.

В 2018-2019 году в рамках пилотного проекта на средства гранта мэра Москвы «Серебряный возраст», пожилые люди от 56 до 81 года с различными формами инвалидности и физического состояния прошли курсы занятия горными лыжами по методике «Льжи Мечты».

Среди участников - три инвалида 3 группы, 5 инвалидов 2 группы, остальные пенсионеры по возрасту. В пилотном проекте по Гранту Мэра занятия по горным лыжам, роликам и командным видам спорта занимается 30 человек из 7 административных округов Москвы. Программа дала неоценимый опыт поддержки опытными инструкторами немолодых, но при этом, целеустремленных и жизнелюбивых людей, большинство из которых до этого никогда не стояли на горных лыжах.

Одна из участниц, после сложной трехлетней борьбы с онкологическим заболеванием призналась, что обрела новый смысл жизни и продолжила заниматься с инструктором «Лыжи Мечты» после окончания проекта.

Опыт пилотного этого проекта «Серебряный возраст» и отзывы участников дают нам основания для масштабирования проекта в другие регионы, а также расширения числа участников в Москве и Московской области.

Важнейшим элементом реализации проекта стало дополнительное обучение инструкторов «Лыжи Мечты» работе с пожилыми людьми ведущими преподавателями Института адаптивной физической культуры им. П.Ф.Лесгафта.

Мы подали заявку в фонд Президентских грантов на новый проект «Серебряный возраст», в котором мы предположили повышение квалификации 30 инструкторов «Лыжи Мечты» из не менее, чем 5 регионов, а также проведение круглого стола по вопросам спортивной реабилитации для людей пожилого возраста.

Комплексная реализация проекта позволит создать инфраструктуру всесезонных и постоянных занятий спортом для людей пожилого возраста в 5-ти регионах с целью повышения качества и продолжительности их жизни.

Создание новых возможностей для занятий спортом пожилых людей по программам «Лыжи мечты» поможет повысить качество и продолжительность их жизни и снизить необходимость медицинского вмешательства.

Барьеры интеграции технологий mHealth среди аудитории пожилых людей

Жарикова Анастасия

Факультет «Коммуникаций, медиа и дизайна», 4 курс Стажер-исследователь, Центр Политики в Сфере Здравоохранения НИУ ВШЭ, Москва
avzharikova@edu.hse.ru

Аннотация:

Актуальность проблемы лежит на пересечении двух всемирных тенденций: общего старения населения и значительной популяризации пользования смартфонами. Как следствие, рынок мобильного здравоохранения (mHealth) имеет ежегодный процентный и денежный прирост.

Ключевое противоречие заключается в том, что пожилые люди, являясь потенциальными пользователями mHealth технологий, разработанных как для поддержания здорового образа жизни, так и для предсказания, диагностики и мониторинга состояния здоровья, в недостаточной степени информированы о возможностях решения проблем со здоровьем с помощью мобильных технологий. Вместе с тем, представители телемедицинских (в том числе mHealth) компаний, предлагающие рынку мобильные сервисы для здоровья, не рассматривают пожилую аудиторию как потенциальных пользователей вопреки вероятности результативного взаимодействия.

Цель: объяснить, почему эксперты рынка российской мобильной медицины не рассматривают пожилых людей как потенциальных пользователей своих мобильных сервисов.

Исследовательский вопрос: почему представители телемедицинских компаний не ставят своей задачей коммуницировать с пожилой аудиторией как с потенциальным потребителем мобильных технологий для здоровья.

Задачи:

1. Определить место пожилых людей среди аудитории mHealth сервисов;
2. Описать пожилых людей как выделенную потенциально целевую аудиторию пользователей мобильных технологий для здоровья;
3. Выявить, какие возможные барьеры препятствуют распространению мобильных сервисов для здоровья среди пожилой аудитории
4. Понять, какие каналы коммуникации используются мобильными сервисами для взаимодействия с пользователями,
5. Намечить путь интеграции технологий mHealth среди пожилой аудитории.

Методология: проведение серии экспертных интервью с лидерами рынка российских телемедицинских технологий.

Результаты:

- 1) Представители телемедицинских компаний не рассматривают пожилых людей как потенциальных пользователей мобильных технологий для здоровья по причине сложности обучения, высокой стоимости услуг для пожилых и барьеру доверия мобильным технологиям.
- 2) Роль пожилых людей среди аудитории mHealth сервисов довольно небольшая, но потенциал взаимодействия с ними есть. Пожилые пользователи будут наиболее лояльны к мобильным сервисам для здоровья в том случае, если практика их применения будет сопровождать их с предпенсионного периода.
- 3) К серьезным барьерам в коммуникации с пожилыми как пользователями выступает то, что, во-первых, сообщения не рассчитаны на эту аудиторию, во-вторых, пожилые не понимают, что такое телемедицина и как она может быть им полезна, и, в-третьих, сложность обращения с инновационными технологиями все еще ярко выражена.

Рекомендации: для выстраивания отношений между пожилой аудиторией и mHealth сервисами необходимо использовать коммуникации на основе государственно-частного партнерства, так как пожилые люди все еще склонны к доверию федеральным каналам и государственным органам. Кроме того, успешное внедрение телемедицины возможно только за счет государственной поддержки.

Результаты работы могут быть использованы для продолжения темы взаимодействия пожилой аудитории и с мобильными технологиями. Также исследование предполагает путь к успешной интеграции современных технологий среди аудитории, которая может иметь спрос, хотя вероятно, также может этого не осознавать.

Жарикова Анастасия

Факультет «Коммуникаций, медиа и дизайна», 4 курс Стажер-исследователь, Центр Политики в Сфере Здравоохранения НИУ ВШЭ, Москва
avzharikova@edu.hse.ru

Аннотация: работа представляет собой анализ антиалкогольных мер, реализуемых с конца XIX века до настоящего времени. Уделяется отдельное внимание проблеме несовершеннолетнего пьянства как катализатора множественных социальных проблем и осложнений состояния здоровья. Предлагаются коммуникационные меры, такие как общественные беседы и работа с лидерами мнений для снижения интереса к алкоголю и приобщению молодежи к здоровому образу жизни.

Актуальность: Потребление алкоголя среди молодежи, в особенности, не достигшей 23 лет, является серьезным фактором, снижающим общее здоровье население и угрожающее полноценному развитию человека. Формирование головного мозга и завершение критически важных изменений происходит по разным данным от 20⁹ до 22¹⁰ лет, что превышает возраст совершеннолетия. Более того,

⁹Pfefferbaum A. et al. A quantitative magnetic resonance imaging study of changes in brain morphology from infancy to late adulthood //Archives of neurology. – 1994. – Т. 51. – №. 9. – С. 874-887.

¹⁰Gogtay N., Thompson P. M. Mapping gray matter development: implications for typical development and vulnerability to psychopathology //Brain and cognition. – 2010. – Т. 72. – №. 1. – С. 6-15.

есть все основания полагать, что потребление алкоголя до 22 лет имеет разрушительные последствия для финальных стадий созревания мозга¹¹. Также существует высокий риск смертность от причин, связанных с алкоголем среди молодежи до 21 года¹². Именно поэтому меры по предотвращению и снижению потребления алкоголя среди несовершеннолетних является существенным вызовом современности¹³.

Проблема: российская практика ограничений в рамках антиалкогольных кампаний в исторической перспективе не показывала свою эффективность

Объект: антиалкогольные коммуникации

Предмет: методы борьбы с потреблением алкоголя, в том числе среди несовершеннолетних

Методология: литературный анализ научных статей и отчетов по антиалкогольной деятельности с

История

Повальное потребление алкоголя в селах и столицах среди среднего и высшего класса всегда влияло на школьников. Либо они становились детьми в семьях пьяниц и не могли ходить в школу, так как ее пропивали по кирпичу. Либо пагубное влияние атмосферы в деревне делало выпивку

¹¹Silveri M. M. Adolescent brain development and underage drinking in the United States: identifying risks of alcohol use in college populations //Harvard review of psychiatry. – 2012. – Т. 20. – №. 4. – С. 189-200.

¹² Drink W. D. A. What Are the Risks, and How Can Underage Drinking Be Prevented?(2006) //Alcohol Alert. – 2006. – №. 67.

¹³ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Publications. Underage drinking: a major public health challenge //Alcohol Alert. – 2003. – Т. 59. – С. 1-7.

единственным развлечением для подростков. Так или иначе, первые попытки поставить вопрос алкоголизации школьников были предприняты в 1912 году и нашли решение в проповеднической деятельности и использовании религиозного воспитания как метода борьбы с потреблением горячительных напитков среди детей и подростков.

Меры: чтобы предотвратить значительное потребление водки и самогона, который изготавливался практически в каждой семье, крепкий алкоголь пытались заменить менее крепкими винами и пивом. В регионах пивная реформа не прижилась и, жители по-прежнему злоупотребляли самогон.

Введение штрафов, уголовное и административное преследование изготовителей самогона не приводило к ожидаемым успехам. Предполагалось, что активная деятельность милиции позволит за счет страха потерь хозяйства уменьшить объем потребления, однако коррумпированная система и приятельские связи алкоголиков с милицией сделали эту схему бесполезной.

Условия индустриализации 1930-х годов требовали финансовых вложений, и Сталинская политика видела в продаже алкоголя значительный источник прибыли. Несмотря на серьезный процент алкоголизма продажи водки увеличивались. Индустриальное государство строилось на алкогольных традициях.

Только в 1927 году были введены ограничения, которые используются по сей день для ограничения доступа к алкоголю для несовершеннолетних. Через 3 года одна из первых организаций по борьбе с алкоголизмом (ОБСА) начала твою пропагандистскую деятельность, призывая вспомнить, что идеология страны и социализма не совместима с пьянством. Народ воспринял эту волну агитации негативно, увеличив потребление самогона.

В конце 50-х годов Хрущев пополнил список ограничений, которые должны были изменить отношение к алкоголю. Новым шагом стало закрытие мест продажи алкоголя в «непосредственной близости от промышленных

предприятий, учебных заведений, детских учреждений, больниц, санаториев, в местах». По большей части это решение повлияло на закрытие баров и рюмочных и «освобождение» их регулярных посетителей на улице, где возрос процент уличного пьянства, вовлекая в него молодежь.

В 70-х была организована новая волна монополизации производства алкоголя и снижения крепкостимасс маркетных напитков. Стратегия замены водки на вино местного производства была реализована с нарушениями, а именно с заменой качественных вин дешевыми аналогами на основе порошков. Дешевый и доступный алкоголь стал популярен среди молодежи и запустил новую волну подросткового пьянства.

В 90-е годы отмена монополии не решила проблему, которые возникали при ее действии, а лишь поспособствовало организации мощного теневого рынка с неконтролируемым товарным и денежным оборотом. Рынок заполонила нелегальная некачественная продукция, также продаваемая не по закону молодым людям до 18.

Выводы: суровые ограничения с точки зрения исторической перспективы не приводили к успешным результатам снижения потребления алкоголя, так как правительство никогда не боролось с первопричиной – отношением к потреблению. Более того, в современных условиях сохраняется традиция приобщения алкоголя семьей. Для устранения этой традиции необходимо 1) проводить больше образовательных бесед в школах – на уроках биологии и ОБЖ, расширяя знания о физических и социальных последствиях приема алкоголя. Важно вести образовательную, а не запугивающую тактику, так как негативные эмоции не имеют долгосрочного эффекта. Кроме того, важно 2) удерживать тренд на ЗОЖ и пользоваться влиянием непьющих блогеров. 3) поддержать «Закон 21» так как он способен разорвать связь между совершеннолетними старшеклассниками, которые являются одним из каналов приобретения алкоголя.

Берд Р. История обществ воздержания в Северо-Американских Соединенных Штатах. – 1843.

Бородин, Д. Н. Всероссийский съезд деятелей по борьбе с пьянством / Д. Н. Бородин. – СПб., 1909;

Борцова Т. Веселие на Руси [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/article/591542/> (дата обращения: 22.03.2019).

Введенский, И. Н. Опыт принудительной трезвости / И. Н. Введенский. – М., 1915.

Вержбицкий, А. И. Об участии школы в борьбе с алкоголизмом и об организации школьных обществ воздержания «Заря» / А. И. Вержбицкий. – СПб., 1910;

Григорьев, Н. И. Алкоголизм и преступления в Санкт-Петербурге / Н. И. Григорьев. – СПб., 1900;

Григорьев, Н. И. Общества трезвости в России / Н. И. Григорьев. – СПб., 1899;

Дембо, Л. И. Очерк деятельности комиссии по вопросу об алкоголизме за 15 лет. 1898–1913 / Л. И. Дембо. – СПб., 1913;

Едлинский М.Е., Всероссийский съезд практических деятелей по борьбе с народным пьянством : [Впечатления участника Съезда] / Прот. М.Е. – Киев : тип. Ун-та св. Владимира, 1912

Заиграев Г. Г. Государственная политика как фактор алкоголизации населения //Социологические исследования. – 1997. – №. 4. – С. 110.

История акцизного налогообложения в Российской Федерации. (б. д.). Извлечено 21 март 2019 г., от <https://dipmall.ru/stati/istoriya-aktsizov>

История развития акцизов в России [Электронный ресурс]. URL: [/1676381/finansy/istoriya_razvitiya_aktsizov_rossii](http://1676381/finansy/istoriya_razvitiya_aktsizov_rossii) (дата обращения: 22.03.2019).

Коровин, А. М. Движение трезвости в России / А. М. Коровин. – СПб., 1900;

Коровин, А. М. Самоубийства и потребление водки в Европейской России с 1903 по 1912 гг. / А. М. Коровин. – М., 1916;

Нижегородцев, М. Н. Алкоголизм и борьба с ним / М. Н. Нижегородцев. – СПб., 1909;

Орлов И.Б. Советская повседневность: исторический и социологический аспекты становления / Алкогольная политика и «пьяная культура» в советской России 1920-1930х годов [Текст] / Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. Дом Гос. ун-та – Высшей школы экономики, 2010.

Постановление СНК РСФСР от 19.12.1919 «О воспрещении на территории Р.С.Ф.С.Р. изготовления и продажи спирта, крепких напитков и не относящихся к напиткам спиртосодержащих веществ» - КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=17717#007682849376127443> (дата обращения: 23.03.2019).

Статистика смертности в России [Электронный ресурс]. URL: <https://ritual.ru/poleznaya-informacia/articles/statistika-smernosti-v-rossii/> (дата обращения: 26.03.2019).

Труды // Первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством. СПб.: Тип. П.П. Сойкина, 1910. Т. 1. С. 908;Едлинский М.Е., Всероссийский съезд практических деятелей по борьбе с народным пьянством

Повышение доступности оказания медицинской помощи в сельских и труднодоступных районах

Жилина Марина

Факультет «Факультет социальных наук», Государственное и муниципальное управление, 2 курс НИУ ВШЭ, Москва

mazhilina_1@edu.hse.ru; zma1861@gmail.com

Вопросы качества и доступности медицинской помощи, эффективности функционирования всей системы здравоохранения являются одним из приоритетных направлений развития в Российской Федерации. Особый акцент при реформировании института здравоохранения делается на обеспечении того, чтобы условия для эффективного лечения, в том числе с применением высокотехнологичного оборудования, были доступны любому жителю страны, независимо от его места жительства. Однако принимая во внимания данные, данные различных источников и исследований по данной тематике, можно заключить, что у населения, проживающего в сельских и труднодоступных районах, устойчиво более низкое качество жизни в сравнении с жителями городских районах и недостаточно развитая инфраструктура лечебно-профилактических учреждений. На селе ниже показатели ожидаемой продолжительности жизни и рождаемости, выше — смертности, выше заболеваемость сразу по ряду смертельных заболеваний. Также согласно статистическим данным Росстата и министерства здравоохранения, количество больничных медицинских учреждений и коечный фонд в сельской области устойчиво продолжают снижаться. Таким образом, для жителей сельских поселений получение медицинской помощи затруднено.

Такое состояние сельского здравоохранения объясняется рядом вызовов, которые пока не нашли своего решения. К ним относятся значительная удаленность населенных пунктов и состояние дорог, закрытие стационарных и амбулаторных учреждений, недостаток в современном оборудовании, дефицит и текучесть специалистов на селе, отсутствие стимулов для работы в сельских районах, слабая организация первичной медико-санитарной помощи, дисбаланс финансирования, недостаток доступных лекарственных средств, отсутствие приемлемых альтернатив в организации медицинской помощи. В особые группы риска отсутствия доступного медицинского обслуживания попадают как пенсионеры, так и самые малочисленные сельские населенные пункты численностью менее ста человек, а также труднодоступные районы страны. Таким образом, не выполняется принципа независимости медицинской помощи вне территориальной принадлежности, и сельским жителям за получением качественной медицинской помощи приходится все чаще обращаться в районные или даже региональные медицинские центры.

Государственная политика нацелена на преодоление этих проблем и обеспечение как можно большему числу сельских жителей доступной и качественной медицинской помощи. Озабоченность неравенством медицинских услуг в сельских и труднодоступных районах, и начало развития государственных программ в этой области берет свое начало более пятнадцати лет назад. Вопросы территориальной организации здравоохранения решались и до сих пор ищут решения в рамках реализации федеральных программ и проектов. К ним относятся федеральной целевой программы “Социальное развитие села до 2013 года” и последующей за ней федеральной целевой программы “Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года”, приоритетного национального проекта “Здоровье”, государственных программ “Земский доктор” и “Земский фельдшер”. Тем не менее, важно заметить, что

многочисленные инструменты государственной поддержки сельского здравоохранения на данный момент не могут полностью нивелировать проблемы сельского здравоохранения, а также обеспечить равный уровень жизни сельских и городских районов. Безусловно, постепенно находят свое решение проблемы лекарственного обеспечения, сокращается дефицит врачебных кадров. Однако все равно острыми остаются вопросы организации первичной медико-санитарной помощи, вопросы финансирования, дифференциации сельского здравоохранения на уровне субъектов. Их решение потребует серьезного государственного планирования и реализации сразу ряда федеральных, региональных и муниципальных инициатив, выделения новых направлений развития. Так что перед Россией остро стоит задача организации эффективной и, вместе с тем, наименее затратной системы медицинской помощи жителям сельских и удаленных районов.

Для более подробного рассмотрения системы сельского здравоохранения с помощью статистических данных и глубинных интервью с пациентами, являющимися сельскими жителями, произведена оценка, как двух отдельных больниц, так и состояния сельского в целом в двух регионах России — Кемеровской и Новосибирской области. Исходя из данных, можно констатировать, что общее состояние сельского здравоохранения, как в Кемеровской, так и в Новосибирской области в целом сопоставимо с общероссийскими статистическими показателями, а в ряде некоторых демографических и инфраструктурных факторов и показателей заболеваемости находится даже ниже. Особенно вопрос статистики важен для Кемеровской области, в которой хоть и проживает сравнительно малая доля сельского населения, сразу ряд демографических и медико-инфраструктурных показателей в сельских районах хуже аналогичных по стране: значительно выше показатель смертности, ниже рождаемости и ожидаемой

продолжительности жизни, критически малы показатели числа медицинских учреждений и коечного фонда.

Вместе статистические данные и опросы, проведенные с пациентами в районных больницах в обоих регионах, подтвердили общероссийские проблемы сельского здравоохранения, как в Кемеровской, так и в Новосибирской области: транспортная недоступность, дефицит врачебных кадров, низкую заработную плату врачебному персоналу, закрытие фельдшерско-акушерских и амбулаторных учреждений, сокращение коечных мест, недоступность полноценного лекарственного обеспечения. Безусловно, в том или ином районе области проблема может являться либо сопутствующей, либо критической. Опираясь на мнения респондентов, можно резюмировать, что единственным фактором, который мог бы сбалансировать данные недостатки, являются личные качества врачей, доброжелательное и сочувствующее отношение к каждому из пациентов. Именно “личный” фактор врачей и медицинского персонала в целом склоняли опрошенных в более или менее высокой оценке качества и доступности оказанных им медицинских услуг.

Стоит также подчеркнуть различия в ответах респондентов разных больниц, в которых были взяты интервью. Мнения пациентов Кемеровской районной больницы, располагающуюся в административном центре области, оценивали оказанные услуги в большей степени положительно, чем мнения сельских жителей, которые обращались в Каргатскую районную больницу, находящуюся в более чем в 180 километрах от Новосибирска. Очевидно, что, чем дальше от административного центра области находится больница и чем меньший радиус больницы она обслуживает, тем меньше у нее квалифицированного врачебного персонала, в особенности узкопрофильных специалистов, налаженного расписания и распорядка, тем хуже налажена современная материально-техническая база. Это является крайне негативной тенденцией, так как, чем хуже оборудована

больница, тем большая вероятность, что пациенту придется ехать в столицу области для прохождения более полного и качественного обследования, в то время как транспортные издержки возрастают с отдалением от административного центра региона.

Неутешительны также основные риски сельского здравоохранения, как в Кемеровской, так и в Новосибирской области. Вполне возможно дальнейшее сокращение как доступной медицинской помощи как на уровне первичной медико-санитарной помощи и экстренных вызовов, так и сокращение возможностей лечения в условиях стационара. Нельзя отрицать вероятность все большей утечки медицинских кадров в более крупные населенные пункты, в города. Можно предположить, что в первую очередь сокращение возможности предоставления медицинской помощи всех уровней будет вызвано с недостатком финансирования сельского здравоохранения в регионах – неудивительно, что исследователи считают финансирование одной из главных общероссийских проблем организации здравоохранения в сельской местности. Даже в рамках Национальных проектов, нацеленных на улучшение эффективности и доступности сельской медицинской помощи, в целях оптимизации происходит сокращение коечного фонда в районной больнице, которая в первую очередь должна предоставлять стационарную помощь населению. Таким образом, основные риски охватывают базовые сферы обеспечения сельских медицинских услуг, и дальнейшее ухудшение этих рисков может сделать медицинскую помощь фактически недоступной для жителей этого района.

Учитывая сегодняшнюю ситуацию сельского здравоохранения и основные перспективы ее развития, были сформулированы основные рекомендации по организации сельского здравоохранения для рассмотренных регионов, которые, прочем, также актуальны для сельского здравоохранения в России в целом. В первую очередь для

повышения доступности и качества медицинской помощи стоит решить основные проблемы здравоохранения, в том числе за счет расширения федеральных программ, создания новых льгот, пересмотра существующего законодательства и финансирования. К основным мерам можно отнести:

- Расширение функций первичной медико-санитарной помощи, увеличение числа медицинских учреждений данного уровня в сельской местности;
- Более широкое распространение работы врачей общей практики в сельской местности;
- Решение вопроса о стимулах работы медицинского персонала в сельских районах, в том числе предоставление возможности сельским врачам и фельдшерам получать сообразную нагрузке заработную плату;
- Налаживание обеспечения лекарственными средствами сельских поселений, в том числе их легализованное распространение на уровне фельдшерско-акушерских пунктах;
- Грамотное и спланированное перераспределение сельского медицинского персонала, занимающегося стационарным уходом в пользу амбулаторно-поликлинических учреждений;
- Недопущение сокращения числа бригад скорой медицинской помощи, которые обслуживают сельские районы;
- Ужесточение стандартов оказания медицинских услуг в сельских районах;
- Развитие и альтернативных способов организации первичной медицинской помощи сельскому населению, особенно в самых дальних и труднодоступных населенных пунктах.

Таким образом, целесообразным видится не единичное изменение в структуре оказания медицинских услуг на селе, а комплексная реорганизация оказания сельской медицинской помощи, акцентом которого призвано в первую очередь стать первичное медико-санитарное звено. Необходимо дальнейшее развитие и пересмотр уже существующей системы сельского здравоохранения, восстановление инфраструктуры медицинских учреждений. Пока же нельзя говорить о равенстве возможностей доступа медицинской помощи, и сельские жители, а это более чем четверть населения страны, в большинстве все еще не имеют доступа к тому качеству и той доступности медицинской помощи, какой есть у жителей городов.

**«Особенности продвижения платных медицинских услуг
в санаторно-курортных учреждениях
(на примере Акционерного общества "РЖД-
ЗДОРОВЬЕ")**

Зубкова Наталья Евгеньевна

Студентка 2 курса магистратуры «Управление и экономика здравоохранения», НИУ ВШЭ, Москва

nezubkova@mail.ru

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) является одним из структурных элементов в системе мер, направленных на организацию охраны здоровья населения.

Санаторно-курортное дело в Российской Федерации является значимым разделом системы здравоохранения и частью государственной политики. Наша страна издавна славится разнообразными целебными ресурсами, большинство из которых уникальны. Всем известны радоновые воды Белокурихи и Пятигорска, лечебные грязи Тамбуканского озера, Нарзаны Ставропольского края, термальные сероводородные источники Сочи, целебное Черноморское побережье и многие другие. Обладая многообразными природными ресурсами, наша страна создала многообразную систему санаторно-курортного лечения и отдыха (в этом году празднуется 300-летие курортного дела в России).

Оздоровление является одним из важнейших элементов в современной медицине: снижении заболеваемости населения, предупреждении инвалидизации, в результате чего - сохранение трудовых ресурсов.

Социальная значимость оздоровления и санаторно-курортное лечение населения Российской Федерации отражена во многих соответствующих Федеральных законах,

Посланиях Президента РФ, постановлениях Правительства РФ.

В последнее время государственная политика РФ направлена на возрождение, улучшение и комплексное развитие курортов, находящихся на территории нашей страны, в том числе санаторно-курортных комплексов различных ведомств. В государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» наряду с медицинской реабилитацией большое значение придаётся развитию санаторно-курортного лечения, а также необходимости научно обоснованной программы развития санаторно-курортного дела в РФ, что будет способствовать повышению качества и эффективности оказания санаторно-курортной помощи, активности и трудоспособности населения, и в целом увеличения продолжительности жизни населения.

Ведомство «Российские железные дороги», имея разветвлённую инфраструктуру и широкий спектр профессий, в том числе связанных с влиянием вредных факторов на здоровье работающих, всегда ставило задачу оздоровления персонала в один ряд с задачей повышения безопасности движения и деятельности железнодорожного транспорта. Здравницы Общества являются специализированными санаторно-курортными учреждениями, профилированными для лечения и оздоровления больных по всем основным классам заболеваний.

В настоящее время наряду с положительными изменениями в деятельности СКУ остаётся целый ряд нерешённых задач, что приводит к риску снижения эффективности функционирования здравниц данного ведомства. В этой связи **актуальна** разработка приоритетных направлений и внедрение предложений по совершенствованию продвижения платных медицинских услуг в данной сети СКУ.

По результатам анализа деятельности санаториев АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ» сделан вывод, что необходима разработка и внедрение в практику перспективных методов и механизмов

управления и выявленных особенностей для улучшения качества санаторно-курортной помощи работникам ОАО «РЖД»:

- дальнейшее совершенствование нормативного правового обеспечения деятельности СКУ;

- совершенствование организации деятельности санаторно-курортных учреждений за счет расширения спектра оказываемых услуг, совершенствования материально-технической базы здравниц, проведения адекватной кадровой политики;

- совершенствование управления деятельностью санаторно-курортных учреждений, в частности, предложенной классификации и системы оценки эффективности деятельности здравниц для определения «зон неэффективности» и разработки целенаправленных управленческих решений и др.

Анализ нормативно-правового обеспечения АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ» свидетельствует о высокой степени разработанности организации санаторно-курортной помощи в Ведомстве «Российские железные дороги». В тоже время был выявлен ряд недостатков правового регулирования организации санаторно-курортной помощи.

Был разработан и внедряется целый комплекс мероприятий в рамках реализации данных направлений, так в управленческих целях используется классификация здравниц, в которой определяющим фактором является уровень развития медицинской службы.

Проведено исследование, результаты которого показали, что различные группы респондентов высказались как в пользу снижения стоимости путевки, так и расширения спектра оказываемых услуг в здравницах стали основой при формировании новой линейки медицинских продуктов, состоящей из различных медицинских программ и пакетных предложений. Связи с этим были сформированы три вида программ: «Оздоровительная», «Классическая санаторная», «Специализированная лечебная».

При внедрении комплексных методик и новых медицинских технологий санаторно-курортного лечения новая линейка медицинских продуктов является основной платформой. Структура медицинских программ позволяет лабильно выстраивать логистику медицинского отделения филиала для выполнения комплексной программы лечения по запланированному графику, учитывая индивидуальности пациентов.

Применение комплексных научно обоснованных, подтвержденных практикой методов пелоидо- и бальнеотерапии при сочетании с новыми методиками аппаратного физиолечения по всем профилям заболеваний улучшает санаторно-курортную и реабилитационную помощь, сокращает сроки пребывания в санатории и в результате чего достигается устойчивый терапевтический эффект.

Здравницы Общества являются специализированными санаторно-курортными учреждениями, профилированными для лечения и оздоровления больных по всем основным классам заболеваний.

В целях совершенствования управления деятельностью здравниц и оптимизации структуры Общества была оценена общая эффективность их функционирования.

Результаты социологического исследования показали, что большинство опрошенных пациентов (65 из 100) считают лечение наиболее значимым фактором, обуславливающим выбор их времяпрепровождения в санатории. Также лечение является наиболее важным элементом санаторно-курортной программы, в сравнении с питанием, условиями проживания, организацией досуга.

Следует сказать, достаточно высокую социальную удовлетворенность респондентов сервисом и предлагаемыми услугами в здравницах Общества (ни один из филиалов не набрал менее 3,5 балла по 5-ти больной шкале), что свидетельствует о достаточной их привлекательности. При этом 79% респондентов готовы рекомендовать своим друзьям и коллегам санатории Ведомства «РЖД».

Наиболее часто респонденты-пациенты ряда здравниц негативно высказываются по поводу недостаточно широкого спектра предлагаемых оздоровительных процедур, бесплатных медицинских услуг и диагностических исследований, достаточности и разнообразия питания.

Для подавляющего большинства респондентов (80% общей численности) критическим уровнем стоимости 1 койко-дня санаторно-курортного лечения является сумма, не превышающая 3000 рублей.

По мнению респондентов-врачей большинство пациентов поступают в санаторно-курортные учреждения АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ» с целью лечения. При этом 76% из них отметили, что за последние пять лет увеличилась доля пациентов, у которых имеющаяся патология не соответствует профилю санаторно-курортного учреждения. Это свидетельствует об имеющейся возможности улучшения организационных принципов распределения и продажи санаторно-курортных путевок.

По мнению врачей, несмотря на то, что состав контингента за последние 5 лет не изменился, пациенты приезжают менее подготовленными и предварительно недостаточно обследованными.

Полученные результаты исследования позволили разработать и реализовать на практике соответствующие управленческие решения по повышению эффективности деятельности филиалов, дифференцированно как по каждой группе, так и по конкретным здравницам, а также апробировать целый ряд инновационных механизмов совершенствования управления деятельностью сети СКУ, что способствует росту конкурентоспособности Общества на рынке санаторно-курортных услуг.

В ходе социологического исследования, проведенного методом опроса производителей и потребителей санаторно-курортных услуг, выявлена высокая социальная удовлетворенность респондентов сервисом и предлагаемыми услугами в здравницах Общества. Рост числа случаев несоответствия заболевания профилю СКУ

свидетельствует о необходимости улучшения организационных принципов распределения санаторных путевок.

Можно сделать вывод, что проведенное исследование позволило разработать и апробировать научно-обоснованные предложения по совершенствованию управления деятельностью и развитию платных медицинских услуг СКУ АО «РЖД-ЗДОРОВЬЕ», способствующие оптимизации их деятельности, улучшению доступности, повышению качества и эффективности санаторно-курортной помощи работникам железнодорожного транспорта в целях укрепления и сохранения их здоровья. Также эти предложения могут быть использованы при совершенствовании системы оказания санаторно-курортной помощи в других ведомствах.

Вакцинопрофилактика в Регионах России

Иванова Екатерина Сергеевна

Факультет «Государственное и муниципальное управление»,
4 курс НИУ ВШЭ, Москва

Одной из ключевых целей программы иммунизации является создание благоприятной эпидемиологической ситуации в РФ, которая может быть обеспечена только за счет нивелирования эпидемиологических рисков во всех регионах РФ, в том числе за счет эффективной вакцинопрофилактики.

На конец 2017 г. общий уровень иммунизации по РФ составляет 96,03% с учетом роста относительно 2016 г. на 1,5 п.п. (в 2016 г. охват иммунизации зафиксирован на уровне 94,53%). Для сохранения имеющейся положительной тенденции необходимо определение факторов влияния на эффективность вакцинопрофилактики и потенциальных точек для ее дальнейшего развития с учетом региональных специфик, т.к. субъекты РФ являются ключевыми звеньями в формировании качественного общественного здравоохранения РФ.

В рамках оценки состояния вакцинопрофилактики в регионах РФ и дальнейшей разработки мер по повышению эффективности реализации программы иммунизации необходимо формирование системы критериев и показателей, потенциально влияющих на охват иммунизации населения РФ.

В рамках раздела, направленного на анализ и оценку охвата иммунизацией населения в субъектах РФ проведено формирование статистической базы, в состав которой вошли такие блоки показателей как:

- Показатели по охвату иммунизации населения РФ, в рамках оценки текущего уровня эффективности реализации программы иммунизации в регионах РФ.

- Социально-демографические показатели, по оценке текущего социально-демографического уровня развития регионов.

- Показатели статистического учета по заболеваемости инфекционными заболеваниями, в рамках оценки текущей устойчивости регионов к инфекционным заболеваниям.

С целью определения общего охвата иммунизации населения по РФ в целом и каждого региона РФ в частности введен показатель «Общий охват иммунизации населения против инфекционных заболеваний», расчет которого основан на вычислении среднего значения показателей охвата иммунизации по инфекционным болезням, включенным в состав Национального календаря профилактических прививок (далее НКПП), данные по которым представлены в ЕМИСС.

Расчет показателя «Общий охват иммунизации населения против инфекционных заболеваний» осуществлен на основе вычисления среднего значения по таким показателям как:

1. Охват иммунизации населения против вирусного гепатита В в декретированные сроки;
2. Охват иммунизации населения против дифтерии, коклюша и столбняка в декретированные сроки;
3. Охват иммунизации населения против кори в декретированные сроки;
4. Охват иммунизации населения против краснухи в декретированные сроки;
5. Охват иммунизации населения против эпидемического паротита в декретированные сроки;
6. Охват иммунизации населения против полиомиелита в декретированные сроки;

7. Охват иммунизации населения против туберкулеза в декретированные сроки;

8. Охват иммунизации населения против пневмококковой инфекции в декретированные сроки.

Указанные инфекционные заболевания включены в состав НКПП. Важно отметить, что данные по охвату иммунизации против гемофильной инфекции, которая также входит в состав НКПП, отсутствуют в официальных статистических сборниках Росстат и ЕМИСС.

Охват вакцинации против гриппа не учитывается при расчете показателя «Общий охват иммунизации населения против инфекционных заболеваний» по причине низких значений данного показателя, искажающих итоговый уровень иммунизации населения. Анализ охвата вакцинации против гриппа осуществлен отдельно от общего охвата иммунизации населения против инфекционных заболеваний с целью более объективной оценки реализации программы иммунизации.

Указанные основные положения с точки зрения методологического подхода являлись базой к формированию итогов статистического анализа и позволили определить причинно-следственные связи в части влияния ряда факторов на уровень эффективности вакцинопрофилактики в РФ.

Сегментирование регионов с целью определения изменения регионального охвата иммунизации за 2016-2017 гг. осуществлено на основе показателя «Общий охват иммунизации населения против инфекционных заболеваний».

На основании статистического анализа уровня вакцинопрофилактики определено, что в целом наблюдается приемлемый уровень эффективности реализации программы вакцинопрофилактики с точки зрения охвата иммунизации населения: на конец 2017 г. 69 регионов характеризуются полным охватом вакцинацией.

Из 83 субъектов РФ 12 регионов на конец 2017 г. характеризуется частичным охватом вакцинацией, и всего 2

субъекта в 2016-2017 гг. (Чеченская Республика и Ненецкий АО) обладают низким уровнем иммунизации населения.

Для реализации социологической части исследования было принято решение о проведении опроса в административном центре Краснодарского края – г. Краснодар.

Опрос проводился методом личного формализованного интервью в местах большого скопления людей (торговые центры, жилые районы, детские площадки, крупные супермаркеты). Выборка составила 300 человек, ядро – население города в возрасте от 18 лет, имеющее детей или внуков. Для достижения цели работы была разработана анкета для двух целевых групп исследования (для тех, кто прививает своих детей, и тех, кто отказывается вакцинации).

В результате проведения социологических опросов в г. Краснодар с целью выявления поведенческих установок населения в отношении вакцинопрофилактики было определено, что большая часть респондентов выборки склонна к проведению вакцинопрофилактики своих детей против инфекционных заболеваний (более 80% опрошенных респондентов предоставили положительной ответ относительно вакцинации детей).

Основными инфекционными заболеваниями, против которых вакцинируются жители Краснодара, являются все нозологии, включенные в Национальный календарь профилактических прививок. Данными заболеваниями являются:

- более 80 % человек от общего числа опрошенных в Краснодаре делают прививки против Туберкулеза (242 человека), Кори (242 человека), Гепатита В (241 опрошенный), Полиомиелита (240 человек), Краснухи (240 человек), Эпидемического паротита (240

респондентов), Дифтерии, коклюша, столбняка (239 человек).

- более 70% опрошенных делают прививки от Пневмококковой инфекции (238 человек), Гемофильной инфекции¹⁴ (238 опрошенных).
- более 40% опрошенных делают прививки против Гриппа (123 человека).

Вакцинация против гриппа, включенная в НКПП, является менее востребованной среди населения. Основной причиной столь низкой популярности данной прививки является постоянная мутация соответствующего вируса, в связи с чем среди опрошенных сложилось мнение о неэффективности вакцинопрофилактики против данного инфекционного заболевания.

Основной причиной отказа населения Краснодара от применения прочих прививок¹⁵ является неосведомленность в вопросах вакцинации (226 человек, что составляет 75% опрошенных), что подразумевает незнание о существовании и особенностях применения как вакцин, включенных в НКПП, так дополнительных прививок. Также частыми причинами отказа от вакцинопрофилактики являются «неэффективность вакцинации» (17% респондентов), а также «страх побочных эффектов и осложнений» (14%).

Более 70% опрошенных знают о существовании НКПП как среди респондентов, делающих прививки (77,73% из 247

¹⁴ По гемофильной инфекции посчитано число респондентов, готовых в случае необходимости сделать прививку, в случае если прививка будет сделана в рамках НКПП, т.к. в настоящее время прививка против данного заболевания ставится только для лиц, входящих в зону риска, которыми большинство респондентов не являются

¹⁵ Под прочими прививками подразумеваются совокупность всех прививок, которые не делает каждый из опрошенных респондентов

человек), так и среди респондентов, не делающих прививки (77% из 53 респондентов).

Большинство респондентов, не делающих прививки детям, принимая данное решение, основываются на своем личном опыте (6,67% из всех опрошенных респондентов, 300 человек).

Таким образом, население принимает решение в большинстве случаев на основе обыденного опыта, зачастую не подкрепленного достоверными сведениями, в связи с чем особо ярко проявляется одна из важнейших причин отказа от прививок – «неосведомленность в вопросах вакцинации».

По итогу проведения исследования в Краснодаре по выявлению поведенческих установок населения в отношении вакцинопрофилактики было выявлено, что большинство опрошенных (**более 60%** как делающих прививки, так и не делающих) читают информацию о прививках в сети Интернет. Данный канал распространения информации является популярным и востребованным среди населения.

Однако, несмотря на данный факт, большинство респондентов, делающих прививки, узнают информацию о необходимости вакцинопрофилактики посредством других каналов, которыми являются:

- Лечащий врач (61,67% опрошенных),
- Детский сад/ Школа (25,33% опрошенных респондентов),
- Другое (личный опыт) (11,33 % опрошенных).

Однако окончательное решение о необходимости прививания ребенка респонденты принимают на основе информации, полученной от лечащего врача (63,33% опрошенных) или же, полагаются на личный опыт (17,00% опрошенных). Данные источники получения информации по

мнению опрошенных респондентов являются наиболее достоверными.

В настоящее время большая часть населения РФ при принятии решения о вакцинации обращается к информационным источникам сети Интернет (на основе социологического исследования в рамках Этапа 2 более 50% опрошенных).

Высокая значимость данного канала распространения информации о вакцинопрофилактике определяет необходимость осуществления комплексного анализа возможностей и рисков влияния информационного поля на реализацию программы иммунизации. Проведение анализа позволяет определить основные позиции, которые в последующем станут основой формирования комплекса опорных положений в развитии коммуникативной стратегии программы иммунизации.

Анализ информационного поля в сети Интернет направлен на определение практических направлений совершенствования программы иммунизации путем формирования системы факторов влияния, связанных со следующими направлениями оценки:

- Отношение населения к программе иммунизации, транслируемое в СМИ;
- Основные ценностные установки, существующие в информационных сообщениях и влияющие на принятие решения населения о вакцинации против инфекционных заболеваний;
- Уровень воздействия антипрививочного лобби на население при принятии решения о вакцинации.

Сформированные по итогу анализа информационного поля ключевые тенденции и положения являются

инструментом развития программы иммунизации с точки зрения коммуникативного аспекта.

При этом, важно отметить, что значительное влияние на населения в информационном пространстве оказывают профильные эксперты и врачи, формирующие целостное мнение экспертного сообщества по вопросам вакцинопрофилактики. Ввиду данного факта осуществлена серия экспертных интервью с профильными экспертами/врачами касательно эффективности вакцинопрофилактики и уровня развития программы иммунизации. На основе проведенных интервью и фиксации результатов экспертных выступлений сформирована система основных положений касательно эффективности иммунопрофилактики, в т. ч. с точки зрения коммуникационной составляющей и информационной осведомленности населения, которая выступает основой для проработки вопросов касательно разработки опорных положений коммуникативной стратегии.

Рассматриваемое информационное поле в большей степени характеризуется нейтральной тональностью подачи новостных материалов (1 112 новостных сообщений), т.е. отсутствует ярко выраженная положительная или отрицательная характеристика анализируемой тематики.

Стоит отметить, что подавляющее большинство данных новостных сообщений представляет собой информацию описательного характера относительно сущности анализируемых объектов анализа:

- что представляет собой та или иная нозология,
- история создания соответствующих нозологиям вакцин,
- классификация применяемых вакцин,
- показания к применению,
- график и схемы вакцинации,
- противопоказания,

- возможные побочные эффекты и реакции на вакцины.

В рамках данного описания присутствуют положительные и негативные стороны применяемых вакцин, а также аргументы «за» и «против» вакцинации, однако явного положительного или отрицательного отношения к вакцинации не формируется: населению предоставляется возможность самостоятельно сделать итоговое заключение относительно своей позиции.

Сообщений, характеризующихся явным позитивным или негативным окрасом и способных сформировать в сознании населения ту или иную точку зрения по поводу эффективности программы иммунизации, в общей совокупности выявленной информации относительно мало: 51 негативное сообщение и 22 позитивных

Главными стоп-факторами в данном случае выступают следующие ценностные установки:

- Побочные эффекты и осложнения (присутствуют в 194 сообщениях),
- Наличие противопоказаний (фигурируют 136 сообщениях).

Организация развития цифровой медицины на примере Российской Федерации

Лымищенко Валерия

Факультет «Юриспруденция», 4 курс НИУ ВШЭ, Москва
lymishchenko@unim.su

Научно-технический прогресс стремительно захватывает все сферы социальной жизни человека, включая медицину. Постоянство объекта медицинской деятельности – человеческого тела – не означает отсутствие необходимости перманентного развития и усовершенствования технологий медицинской диагностики, а также профилактики и лечения заболеваний. Таким образом, совершенствование развития цифровой медицины является одним из ключевых шагов в оптимизации оказания медицинских услуг в условиях научно-технического роста. В настоящем исследовании предпринята попытка оценки организации цифровизации медицины на примере внедрения данных процессов в систему здравоохранения Российской Федерации. В исследовании рассматривается модель действующей цифровизации медицинской диагностики, основанной на промежуточных результатах работы первой в России лаборатории цифровой патоморфологии «ЮНИМ». Публицистическая часть работы была основана на изучении Концепции долгосрочного социально-экономического развития (КДР) Российской Федерации до 2020 года, нормативное содержание включает в себя краткий анализ нормативно-правовых актов ФОИВ в области здравоохранения, актов федерального законодательства.

Содержательная часть исследования раскрывается путем изучения основных направлений, используемых для модернизации и информатизации медицинской системы в

Российской Федерации, – использования медицинских информационных систем (МИС) и лабораторных информационных систем (ЛИС), развитие использования математических методов обработки данных (искусственный интеллект, использование аналитики данных (Big-Data), внедрение процессов использования медицинского Интернета вещей (IoMT), потенциальная возможность использования технологии Blockchain, основанная на реальном опыте зарубежной цифровой деятельности.

В контексте использования данных технологий исследуется необходимость создания многоуровневой системы защиты персональных данных и также системы правового регулирования цифровой медицины в целом. Кроме того, в совокупности применения цифровых технологий в медицине на практике в настоящем исследовании также изучается вопрос необходимости построения системы, состоящей из последовательного использования механизмов информатизации медицины, поскольку попытки применения технологий цифровизации медицинской деятельности по отдельности представляются безуспешными. Использование системы подобного характера позволяет предпринимать такой подход в принятии решений руководством и персоналом медицинской организации, который позволит сделать гармоничный переход к доказательной медицине, значительно повышающей качество предоставляемых медицинских услуг. Подтверждается необходимость перестроения системы здравоохранения в Российской Федерации с тенденцией к предоставлению медицинской помощи, основанной на реальных фактах и подтвержденных клинических исследованиях.

В настоящей работе автором была рассмотрена тенденция распространения цифровизации медицины по разным сферам получения медицинской помощи. В Российской Федерации на текущий момент наблюдается «расслоение» развития популяризации цифровой медицины как по уровням организации медицинского обслуживания, так

и по уровням организации медицинских учреждений. Причинами таких различий является не только низкий уровень финансирования (как государственного, так и частного характера), но и недостаточный уровень развития рынка технических решений для оптимизации медицинского обслуживания и недостаток квалифицированных кадров медицинского персонала.

В процессе сравнения рынка цифровой медицины в Российской Федерации и зарубежом наблюдается значительное превышение уровня развития зарубежного рынка система digital health над российской системой информатизации медицинских услуг. Российская система информатизации медицины пока находится на пути становления. Однако согласно данным исследования «Индекса здоровья будущего-2018», проводимого ежегодно компанией Phillips, у России есть все предпосылки для создания привлекательных условий роста процента внедрения цифровых технологий в медицинские услуги. В настоящем исследовании также анализируются ключевые проблемы, которые отмечаются для развития цифровой медицины в России компанией Phillips. Сюда относятся, например, особенности менталитета российских граждан (низкий уровень осведомленности населения о возможностях развития цифровой медицины – 22% населения; сопротивляемость переменам; нежелание уделять должное внимание применению превентивных мер для профилактики здоровья перед лечением по результатам выявления конкретных проблем со здоровьем), недостаточная доля развития здравоохранения в уровне ВВП Российской Федерации (низкий показатель ценности системы здравоохранения), отсутствие достаточной доли инвестиций в систему технологий цифровой медицины. С другой стороны, низкое количество игроков на рынке цифровой медицины дает широкое поле для развития частных игроков биотехнической системы, начиная от стартапов и заканчивая крупными частными медицинскими центрами (например, МЕДСИ).

В результате проведенного исследования был сделан вывод о повышении уровня организации развития цифровой медицины в Российской Федерации за последние несколько лет. Это обусловлено как предпринимаемыми попытками урегулирования рынка цифровых медицинских услуг на государственном уровне (нормативными и ненормативными правовыми актами, субсидированием и финансированием, развитием программ квотирования и ОМС для услуг Высокотехнологичной медицинской помощи), так и на частном уровне (поощрение развития частных организаций и стартапов в области биотехнологий). В особенности рост организации систематизации медицины в нашей стране направлен на формирование высокого уровня доказательности и персонализации медицины. Ключевыми направлениями развития цифровой медицины, по мнению автора, будут являться биотехнологии и фармацевтическую деятельность, развитие рынка IoMT, информационных систем (МИС, ЛИС), электронных систем мониторинга и персонализации медицинской помощи.

Выводы. 1. Организация развития цифровой медицины в Российской Федерации имеет свою специфику, обусловленную особенностями менталитета российского населения и текущим уровнем развития системы здравоохранения. 2. Имеются предпосылки для активного развития цифровой медицины в Российской Федерации с учетом вышеуказанных условий. 3. Имеется необходимость создания интегрированной системы совокупности технических решений для осуществления информатизированной медицинской деятельности. 4. Приоритетом является построение системы цифровой медицины, основанной на доказательности и персонализации медицинских услуг. 5. Доказана возможность создания организации, осуществляющей цифровые медицинские услуги, по результатам рассмотрения модели осуществления цифровых медицинских услуг на базе лаборатории патоморфологии «ЮНИМ».

Литература

1. Федеральный закон от 29.07.2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».
2. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».
3. Письмо Минздрава России от 09.04.2018 № 18-2/0579 «О порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».
4. Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».
5. Скрыль Т.В., Парамонов А.С. Цифровая трансформация сферы здравоохранения: российская и зарубежная специфика // Карельский научный журнал. 2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovaya-transformatsiya-sfery-zdravoohraneniya-rossiyskaya-i-zarubezhnaya-spetsifika> (дата обращения: 02.04.2019).
6. Стратегия-2020: Новая модель роста – новая социальная политика. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.hse.ru/data/2013/10/30/1283340742/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F-2020%D0%9A%D0%BD%D0%B8%D0%B3%D0%B0%201.pdf> (дата обращения – 02.04.2019).
7. Индекс здоровья будущего – 2018. // Phillips. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.philips.ru/a->

[w/about/news/archive/standard/news/press/2018/2018110-future-health-index-2018.html](https://www.standard.co.uk/about/news/archive/standard/news/press/2018/2018110-future-health-index-2018.html) (дата обращения: 02.04.2019).

Система здравоохранения и смертность в Узбекистане в период Независимости

Муракаев Максим студент-магистрант Факультета «Социальных Наук», программа Демография, НИУ ВШЭ, Москва
murakayev993@gmail.com

Голощанова Валентина студент-магистрант Факультета «Социальных Наук», программа Демография, НИУ ВШЭ, Москва

В данной статье рассматривается динамика некоторых характеристик смертности, а также представлен обзор национальной системы здравоохранения и вклад деятельности международных организаций в Республике Узбекистан в период независимости, направленных на улучшение отдельных сфер, связанных со здоровьем населения.

Ключевые слова: Узбекистан, смертность, ожидаемая продолжительность жизни, здравоохранение, международные организации

Смертность – будучи комплексным показателем о массовом процессе биологически неизбежного выбытия из совокупности живых, представляет собой очень важный показатель не только для демографии, но и целого ряда смежных дисциплин, а также характеризует уровень санитарной обстановки, культуру самосохранительного поведения, нравы, а также косвенно может являться показателем экономического развития и здравоохранения в стране, уровня доступа к медицинским услугам широких слоев населения.

Существенно важную роль при изучении смертности также играет состояние национальной системы здравоохранения.

Правительство республики Узбекистан уделяет много внимания реформам, касающимся здравоохранения и снижения уровня смертности от всех причин. Особый акцент направлен на снижение младенческой и материнской смертности, увеличению ожидаемой продолжительности жизни. С 1996 года в стране существует традиция наименования года, соответственно наименованию, которого будет поставлен приоритеты государственных реформ. На момент написания статьи (2019 год) – 9 лет прямо касались улучшений здоровья отдельных категорий граждан, не учитывая года, направленные на социальную защиту и укрепление института семьи[11].

Многие крупные международные организации, отдельные подразделения ООН также ведут активную деятельность по снижению смертности в Узбекистане.

Приступая к данной работе, отметим, что статистические данные предоставляемые Государственным комитетом Республики Узбекистанпорой отличаются от данных международных организаций.

В целом стоит отметить, что в Узбекистане на протяжении всего периода независимости стабильно снижался общий коэффициент смертности. С 28,3 промилле в 1991 до 5 промилле в 2017 году, однако будучи весьма общим показателем, следует рассматривать смертность с более узких позиций[1].

Динамика показателя материнской смертности главным образом, повторяет ситуацию во всех постсоветских республиках[2].

Согласно данным национальной статистики показатель ОПЖ при рождении для обоих полов на 1990 год составляет 69,3 лет, при этом ОПЖ для женщин на этот же год равен 66,4 годам, а для мужчин 70,7[3]. Однако по статистике Всемирного Банка этот показатель отличается и составляет 68,8 лет. В 2016 году ОПЖ для обоих полов согласно национальной статистике равен 73,7 годам, данные Всемирного Банка за этот же период показывают значение равное 75 годам для обоих полов[4]. См. Приложение 1.

Показатели младенческой смертности с 1990 года также значительно изменились в лучшую сторону. Если на 1990 год, согласно данным национальной статистике, уровень младенческой смертности составлял 35,1 промилле, то на 2016 год он стал равен 10,7. По данным Всемирного Банка этот показатель на 1990 год равен 59,2 промилле, а на 2016 год 21,3. Главным образом, различия связаны с методикой учета живорождений[4;5]. См. Приложение 3.

В настоящее время система здравоохранения имеет следующую структуру: общереспубликанский, областной и районный (или городской) уровни.

Ключевыми действующими лицами в реформировании и организации системы здравоохранения являются: Президент Республики, Кабинет Министров, ОлийМажлис (Парламент, обе палаты), Министерство здравоохранения, Министерство финансов, а также областные и районные органы системы здравоохранения.

Как и в советское время, государство является основным поставщиком медицинских услуг, следовательно, медицинские работники и врачи считаются государственными служащими. Частный сектор, непрерывно увеличивая свое присутствие на рынке, тем не менее, все еще представляет небольшую часть системы и представлен в основном аптеками, частными клиниками по предоставлению определенных медицинских услуг (например, стоматологии, ЛОР – клиники, и т.п., однако сложные операции проводятся в государственных учреждениях), а также учреждениями, занимающимися поставкой медикаментов и оборудования из за рубежа[2].

Система здравоохранения в республике функционирует и регулируется на основании Конституции, Постановлений Президента, законов и Нормативно-правовых актов (НПА), ведомств.Целый ряд НПА направлен на реформы, регулирование и дальнейшее всестороннее усовершенствование качества жизни и здоровья граждан. Кроме того, косвенно на здоровье граждан также оказывают

влияние реформы, направленные на развитие спорта, культуры, улучшения качества питьевой воды, дальнейшего развития системы образования и подготовки медицинских работников и т.д.

В Законе Республики Узбекистан № 265-I «Об охране здоровья граждан» от 29 августа 1996 г. закреплено положение о перечне бесплатно предоставляемых медицинских услуг (включая неотложную мед.помощь и лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний), а также перечислены отдельные категории граждан, имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение[6].

Также, среди значимых и прямо влияющих на систему здравоохранения в Узбекистане можно отметить такие НПА как: Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2221 «О государственной программе по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014 — 2018 годы» от 1 августа 2014 года[7], Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4055 «О мерах по организации деятельности министерства здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года[8], Закон Республики Узбекистан № ЗРУ-528 «Об охране репродуктивного здоровья граждан» от 11 февраля 2019 года[9].

Кроме того, 4 января 2018 года на заседании Нижней палаты ОлийМажлисабыл утвержден состав Комитета по вопросам охраны здоровья граждан.

В Республике также уделяется внимание здоровому образу жизни, так например в середине 2018 года вступил в силу закон, ограничивающий курение кальянов и электронных сигарет в общественных местах[10], существует целый ряд НПА направленных на улучшение здоровья граждан, посредством решения задач в сферах противодействия распространенности аллергии, гриппа, противодействия ВИЧ и внутрибольничных инфекций, о регистрации лекарственных средств и повышения физической активности населения,

также задачи по укреплению здоровья имеются в разработанной Концепции укрепления института семьи.

Касательно стратегического направления можно выделить задачи по улучшению здоровья граждан ПКМ № 841 «О мерах по реализации национальных целей и задач в области устойчивого развития на период до 2030 года» от 20.10.2018 года[12].

Немалую роль в борьбе за улучшение системы здравоохранения и улучшение здоровья граждан в целом сыграли и международные организации. В деятельности международных организаций, таких как WHO, UNDP, UNICEF, UNAIDS, TheGlobalFund и другие, по этому вопросу были выявлены следующие основные направления: борьба с высокой младенческой и материнской смертностью[13], неинфекционными заболеваниями, а также действия, направленные на контроль распространения ВИЧ/СПИД и туберкулеза.

Особое внимание уделяется проблеме неинфекционных заболеваний. Неинфекционные заболевания (НИЗ), такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания, а также их факторы риска (употребление табака, вредное употребление алкоголя, нездоровое питание и недостаток физической активности) – все еще являются растущей проблемой в области развития и общественного здравоохранения в Узбекистане. 31% взрослого населения страдает от артериальной гипертензии, 20% населения подвергается высокому риску инфаркта или инсульта[14].

В 2012 году Узбекистан ратифицировал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) (WHO, 2017e), которая включает в себя мониторинг употребления табака и различные меры профилактики, подобные реформы были выработаны также по отношению к употреблению алкоголя, транс-жиров и сахара[14].

Уровень младенческой смертности, как уже было указано, в Узбекистане остается довольно высоким. Именно с этой целью ООН в 2010 году специально для стран

Центрально азиатского региона разработала ряд рекомендаций, главная цель которых сделать медицинские услуги общедоступным благом, а также обеспечить качественный уход за новорожденными, как со стороны медперсонала, так и со стороны молодых родителей[15]. Помимо этого, была оказана также техническая поддержка со стороны ВОЗ и организованы два проекта, финансируемые UNAIDS: HealthyFamily и ZdravPlus. Также в рамках программы «Развитие здоровья женщин и детей» при поддержке UNICEF, ZdravPlus и Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения во всех регионах страны были разработаны центры образования акушеров-гинекологов, педиатров, неонатологов. Наконец, начиная с 2008 года, около 1115 медицинских работников из 80 учреждений прошли переподготовку, основываясь на рекомендациях ВОЗ[15].

За период независимости национальным правительством и международными организациями в сфере здравоохранения была проделана огромная работа, о чем свидетельствует улучшение показателей смертности и увеличение продолжительности жизни (у обоих полов).

Тем не менее, в данной сфере остается некоторый потенциал, так как топ 3 причин смертей принадлежит – болезням кровообращения, новообразованиям и смертей от внешних причин. См. Приложение 2.

Количество носителей ВИЧ инфекции на 2017 год составляет 20300 человек, туберкулезом –20000 человек[16]. Узбекистан входит в число 27 стран мира с высоким уровнем заболеваемости, страновой профиль отличается довольно большим количеством заболевших туберкулезом, который устойчив ко многим лекарственным препаратам. UNDP совместно с другими подразделениями ООН и TheGlobalFundfor HIV/AIDS, TuberculosisandMalaria также организовали работу на местном уровне, основная цель которой - просвещение населения о методах контрацепции и опасности ВИЧ/СПИД[17].

Также демографами прогнозируется постепенное увеличение общего коэффициента смертности в связи со старением населения к 2030 году и, соответственно, изменением возрастной структуры населения [18].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. «Демографический сборник Узбекистана 2014-2018». Ташкент. 2018. Стр. 135.
2. Ахмедов А. и другие. «Узбекистан: обзор системы здравоохранения». Европейская обсерватория по системам политики здравоохранения. Том 16. №5. 2014. Стр.9
3. Ата-Мирзаев О. «Народонаселение Узбекистана: история и современность». Ижтимоийфикр. Ташкент 2009. Стр.32.
4. Статистика Всемирного Банка. <https://data.worldbank.org/>
5. Максакова Л. «Демографическая ситуация в Узбекистане с точки зрения социальной безопасности». Центральная Азия и Кавказ. Лулеа (Швеция). Том 15. Выпуск 3. 2012. Стр. 33
6. Закон Республики Узбекистан № 265-I «Об охране здоровья граждан» от 29 августа 1996 г. Национальная База данных законодательства Республики Узбекистан. <http://www.lex.uz/acts/41329>
7. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2221 «О государственной программе по дальнейшему укреплению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей, детей и подростков в Узбекистане на период 2014 — 2018 годы» от 1 августа 2014 года. Национальная База данных законодательства Республики Узбекистан. <http://www.lex.uz/acts/2441021>
8. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-4055 «О мерах по организации деятельности министерства здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года. Национальная База данных законодательства Республики Узбекистан. <http://lex.uz/docs/4096204>

9. Закон Республики Узбекистан № ЗРУ-528 «Об охране репродуктивного здоровья граждан» от 11 февраля 2019 года. Национальная База данных законодательства Республики Узбекистан.

<http://lex.uz/docs/4233888?query=%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80>

10. Закон Республики Узбекистан № ЗРУ-478 «Об ограничении курения кальянов и электронных сигарет в общественных местах» от 2 июля 2018 г. Национальная База данных законодательства Республики Узбекистан.

<http://lex.uz/docs/3803255>

11. Информационное Агентство Regnum. Публикация от 5 декабря 2015 года. <https://regnum.ru/news/2028716.html>

12. Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 841 «О мерах по реализации национальных целей и задач в области устойчивого развития на период до 2030 года» от 20.10.2018 года. Национальная База данных законодательства Республики Узбекистан.

<http://lex.uz/ru/docs/4013358>

13. Multi-Country review meeting on maternal mortality and morbidity audit “Beyond the Numbers”. Report of WHO meeting. Charvak, Uzbekistan, 14–17 June 2010 // World Health Organization URL:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/124818/e94387.pdf?ua=1

14. Дж. Фаррингтон и др. «Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Узбекистане. Аргументы в пользу инвестирования». Европейское региональное бюро ВОЗ. Программа развития Организации Объединенных Наций. 2018. URL:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/395669/BizzCase-UZB-Ru.pdf?ua=1

15. Improving Hospital Care for Children. Case study Report. World Health Organization 2010 URL:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/129002/e94562.pdf?ua=1

16. Overview Uzbekistan // The Global Fund URL: <https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=UZB&k=ec4cbe95-b688-4ab8-bb5b-61f6d90910a9>

17. KEY FACTS ON HIV EPIDEMIC IN UZBEKISTAN AND PROGRESS IN 2011 // World Health Organization URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/188768/Uzbekistan-HIVAIDS-Country-Profile-2011-revision-2012-final.pdf?ua=1

18. Цхай Л. «Демографическое развитие Узбекистана в долгосрочной перспективе». Специально для Демоскопа. ДемоскопWeekly. № 617-618. 3-16 ноября 2014. http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0617/analit04.php#_ftn1

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

1. Муракаев Максим Рифович – родился 15.12.1993 в г. Ташкенте (Узбекистан). В 2017 году окончил Ташкентский исламский университет по направлению «История ислама и источниковедение». В настоящее время – студент 1 курса магистерской программы «Демография» НИУ «Высшая школа экономики» (г.Москва, Российская Федерация)

Контакты:

Тел.: +7(965)3551554, e-mail: murakayev993@gmail.com

2. Голощапова Валентина Ильинична – родилась 21.05.1996 в г.Магадан (Российская Федерация). В 2018 году окончила Самарский Государственный университет по направлению «Международные отношения». В настоящее время –

студентка 1 курса магистерской программы «Демография»
НИУ «Высшая школа экономики» (г.Москва, Российская
Федерация)

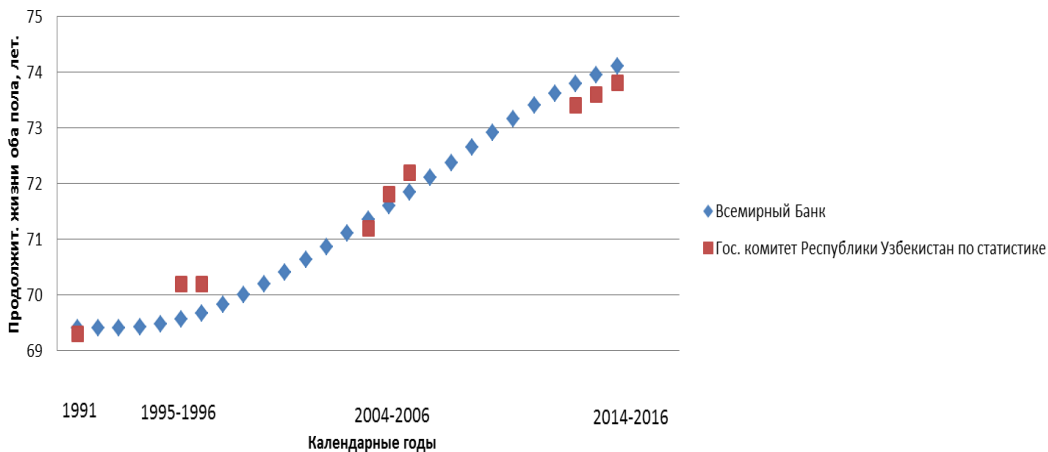
Контакты:

Тел.: +8(917)9563259, e-mail: v_goloshapova@mail.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ

1.

Некоторые различия в статистических данных Гос. комитета РУзб по статистике (выборочно по годам) и статистике Всемирного банка



2.

Топ 3 причин смерти в Узбекистане. Коэффициенты на 100000 населения.				
Причины:	2014	2015	2016	2017
Болезни системы кровообращения	84,9	84,7	86,1	86,5
Несчастные случаи, отравления и травмы	36,5	39,6	39,6	39,9
Новообразования	29,5	31,2	32,3	32,9

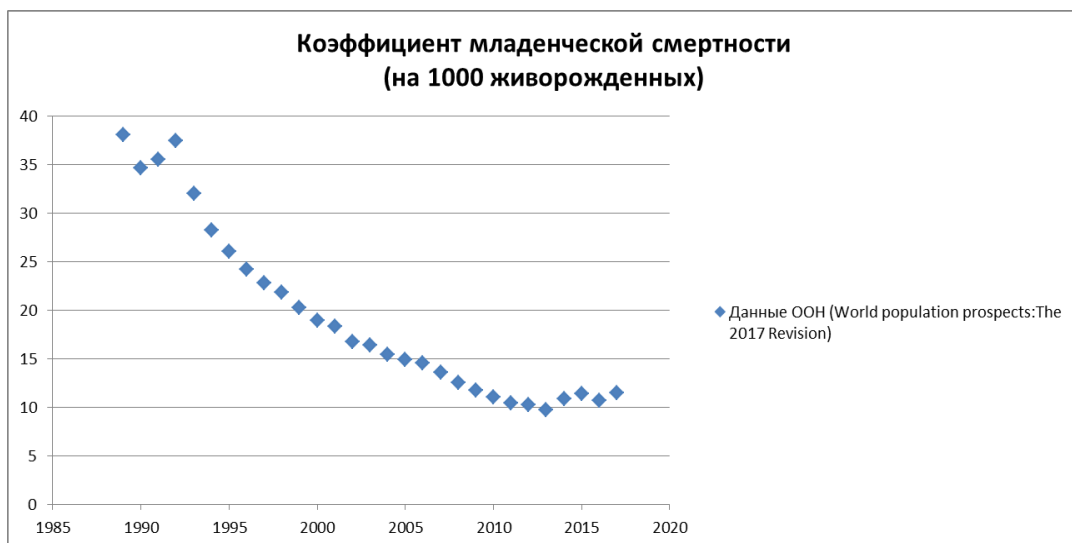
Источник: Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. Демографический ежегодник Узбекистана 2014-2018 г. Стр. 141-144.

3.

Младенческая смертность. На 1000 родившихся живыми. Общереспубликанский показатель.			
2014	2015	2016	2017
10,8	11,4	10,7	11,5

Источник: Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. Демографический ежегодник Узбекистана 2014-2018 г. Стр. 123-124.

3. (продолжение)



Сравнительный анализ программ импортозамещения в здравоохранении за рубежом и в России.

Панченко Алла Студентка 1 курса магистратуры
«Управление и экономика здравоохранения», НИУ ВШЭ,
Москва
alla.vdovina@gmail.com

***Резюме:** В докладе рассматриваются подходы разных стран к вопросу проведения политики импортозамещения лекарственных средств и медицинских изделий, в том числе России. Проведен сравнительный анализ применяемых практик, существующего законодательства, официальных программ импортозамещения в здравоохранении, определены основные тенденции и подходы.*

Фармацевтическая промышленность и производство медицинских изделий и техники относится к наукоемкому сектору экономики и требует высоких финансовых и научных ресурсных мощностей не только для осуществления технологического рывка, но даже для минимального функционирования. Также особенности отрасли усиливаются и за счет ее высокой социальной значимости, непосредственно влияющей на качество и уровень жизни населения, динамику и характер демографических изменений, темпы экономического роста и развития.

В широком смысле импортозамещение в здравоохранении можно связывать со следующими преградами:

- невозможность ориентации только на экономические индикаторы;

- необходимость иметь в виду не просто «аналогичность» зарубежной продукции, а как минимум добиваться подтвержденного качества и безопасности, а также доказанной сравнимой эффективности замещаемого препарата или технологии, и как максимум – наличия клинически подтвержденного превосходства отечественного продукта;

- необходимость проведения комплексной экспертизы перечней продукции, их анализ с позиций затрат и степени экономии финансовых средств при замене импортных изделий отечественными аналогами и последующем клинико-экономическом обосновании целесообразности закупок продукции отечественных производителей.

Таким образом, представляется невозможным экстраполяция имеющегося обширного мирового опыта импортозамещения (стран Латинской Америки и Азии) в других отраслях на здравоохранение, что определяет необходимость выделения и отдельного осмысления процессов импортозамещения в сфере лекарственных средств, медицинских изделий и техники.

Цель исследования: провести анализ существующих практик проведения политики импортозамещения в здравоохранении на примере зарубежного и отечественного опыта для выделения характерных особенностей и тенденций.

I. Международный опыт

В международном научном дискурсе принято выделять два территориальных анклава, реализующих политику импортозамещение.

Так, в 50–60-е годы XX века страны Латинской Америки (Аргентина, Бразилия, Чили, Венесуэла, Перу, Парагвай и Уругвай) и в некоторых отдельных случаях Африки начали проводить политику импортозамещения, основанного на стимулировании национального производства

и ограничение ввоза промышленной продукции из других стран. Но успешной она была только в сельском хозяйстве. Как только импортозамещение начало ориентироваться на чуть более технологичные и наукоемкие отрасли (транспортное машиностроение и химическую промышленность), стало понятно что замкнутая экономика привело к серьезному внутреннему кризису и страны были вынуждены пойти на либерализации экономики.

Страны Юго-Восточной Азии (Южная Корея, Сингапур, Тайвань, Гонконг) также начали использовать стратегию импортозамещения с 1950-х годов. Несмотря на то, что азиатское импортозамещение ориентированное на экспорт, в целом принято считать успешным, стоит отметить, что не все азиатские страны смогли достигнуть поставленных результатов. Так, Индонезия, Филиппины, Бирма столкнулись с нехваткой социального потенциала для освоения новых технологий и обеспечения должной инфраструктуры. Такую инфраструктуру смог обеспечить Китай в 80-е, начавший проводить политику импортозамещения в максимально закрытой и изолированной экономике, но как было отмечено выше, вся импортозаместительская деятельность в регионе не касалась высокотехнологичной фармацевтической промышленности. И если сегодня азиатские страны и демонстрируют высокий уровень развития собственной фармацевтической отрасли, то это следствие не мер импортозамещения, а результат последовательного развития отрасли.

Примеры импортозамещения на фармацевтическом рынке в чистом виде можно найти в последние годы, но они как правило связаны с ухудшением экономической ситуации в стране. Так в Латвии в 2008 произошло переключение расходов населения с импортных в сторону более дешёвых латвийских лекарств. Причиной для этого стал экономический кризис и снижение покупательной способности населения.

В последние годы ряд стран Ближнего Востока и Африки также постулирует импортозамещение на

фармацевтическом рынке. В Египте Министерство здравоохранения и народонаселения запустило проект, направленный на производство онкологических препаратов для замены значительной части наиболее импортируемых онкологических лекарственных средств.

В Турции в 2017 правительство прекратило возмещение стоимости 54 основных лекарств, производители которых не согласились перейти на отечественное производство.

Для Алжира принудительная замена лекарственного импорта местными препаратами стало единственным доступным способом удовлетворения внутреннего спроса после значительного сокращения источников дохода в иностранной валюте после падения доходов от экспорта нефти, которые составляли более 60% доходов ВВП.

В августе 2017 года правительство Судана анонсировало полный запрет на все лекарства с эквивалентными продуктами местного производства, что привело к серьезной нехватке сотен фармацевтических препаратов и расцвету черного рынка. При этом, эксперты полагают, что эта политика не является частью долгосрочного структурированного плана импортозамещения, а была инициирована с целью давления на ВМФ, который отказывался предоставлять Судану иностранную валюту, необходимую для импорта лекарственных средств.

Странами, ведущими последовательную политику импортозамещения на фармацевтическом рынке можно назвать Саудовскую Аравию и ОАЭ, которые направляют значительные объемы инвестиций во внутренний фармацевтический рынок, и за несколько лет стали не только крупнейшим фармацевтическим рынком в Персидском заливе, но и одним из ключевых рынков на Ближнем Востоке.

В Индии в рамках реформирования фармацевтической отрасли были предприняты шаги по созданию условий для

притока иностранных инвестиций, оптимизации законодательной базы и уменьшению регуляторного давления государства в том числе и в сфере налогообложения. Кроме этого, была проведена либерализация импортной и экспортной политики, введена возможность патентования лекарственных средств на срок более 20 лет.

Таким образом, международный опыт показывает, что, как правило, политика импортозамещения на фармацевтическом рынке в большинстве стран является ответной реакцией на ухудшение экономической ситуации в стране. При этом в политике импортозамещения правительства видят возможность сокращения расходов на лекарственные средства за счет продукции, которая является более дешевой по сравнению с импортной.

Методы проведения политики импортозамещения могут быть различными: от жестких протекционистских мер, результатом которых может стать дефицит лекарственных средств и медицинских изделий, и появление черного рынка, до политики локализации производства иностранных препаратов на территории страны и последующей поддержке собственных игроков, возникающих на базе локализованных иностранных компаний.

Одной из характерных черт, отражающих стремление к развитию собственных производителей с высоким экспортным потенциалом, является либерализация процессов регистрации и вывода на рынок медицинских продуктов собственного производства.

II. Российский опыт

Политика импортозамещения в стратегически важных отраслях, в том числе на рынке медицинских изделий и лекарственных средств, последовательно реализуется Правительством Российской Федерации (РФ) с 2009 года, когда была принята «Стратегия развития фармацевтической

промышленности РФ на период до 2020 г.», постулирующая среди основных приоритетов защиту внутреннего рынка и повышение конкурентоспособности отечественной продукции. В дальнейшем был принят целый ряд тактических и стратегических документов, направленных на поддержку процесса импортозамещения в здравоохранении, утверждены многочисленные целевые индикаторы доли импортозамещения, достижение которых провозглашалось ведущими задачами.

В 2014 году введение взаимных санкций между РФ и рядом стран повлекло интенсификацию как проимпортозаместительной риторики, так и реальных мер, предпринимаемых на рынке для смягчения возможных медико-демографических последствий санкций и укрепления фармацевтического рынка. Это привело к тому, что импортозамещение стало носить не только экономический, но и политический характер.

С точки зрения целеполагания и причин, подтолкнувших российский истеблишмент к началу проведения политики импортозамещения в сфере здравоохранения, можно проследить следующую эволюцию:

- необходимость реструктуризировать и модернизировать фармацевтическую промышленность в соответствии с международными стандартам

- низкая консолидация отрасли: преобладают малые и средние предприятия, имеющие небольшую капитализацию и, соответственно, недостаточный потенциал для технического перевооружения и внедрения современных высокотехнологических процессов, проведения научных разработок

- угроза для населения не получить необходимое ЛС

- необходимость преодоления зависимости от иностранного импорта ради национальной безопасности

В 2018 году президент РФ поручил правительству разработать национальную программу развития здравоохранения, в рамках которой Министерство промышленности и торговли РФ начало подготовку государственной программы «Фарма-2030», цель которой также связана с ускорением технологического развития РФ и развитием экспортно-ориентированных фармацевтических производств и включение соответствующих целевых индикаторов.

Отдельно стоит отметить более активное включение в процесс формирования общей политической линии в рамках Стратегии «Форма-2030» представителей экспертного сообщества, вносящих конкретные предложения по развитию рынка, что позволяет надеяться на установление более взвешенной и четкой стратегии развития рынка.

Таким образом, последовательный хронологический анализ стратегических документов, определяющих основные векторы развития рынка медицинских изделий в РФ на протяжении последних 10 лет, позволяет проследить развитие законотворческой мысли и переход от общих концепции, не оказывающих значимое практическое влияние на поведение игроков рынка, к подробному продумыванию правил игры для всех заинтересованных сторон, что позволяет считать идею импортозамещения ведущим стратегическим ориентиром экономической политики страны.

Заключение

Изученный международный опыт развития рынков медицинских изделий и лекарственных средств показывает, что как таковые импортозамещающие в чистом виде программы вычлениить довольно сложно. Как правило,

политика импортозамещения на фарм рынке в большинстве стран является ответной реакцией на ухудшение экономической ситуации в стране.

Как стратегия импортозамещение не соответствует ни современному этапу развития мировой экономики, ни уровню развития российской экономики. Она теряется в общем тренде, который видится в снижении государственного регулирования и в мерах по поддержке экспорта и либерализации экспортных программ.

При этом, говоря про либерализацию экспорта медицинских изделий, сложно выделить общий доминирующий тренд. Это связано с тем, что происходит с общим торговым рынком. Если 10-15 лет назад мир грезил мечтами о свободной торговле, то сегодня на фоне торговой войны между США и Китаем, Брекзитом, разрушающим истинную зону свободной торговли Евросоюза, объединения типа TPP (transpacific partnership), призванные выработать общие правила игры для развития одного глобального рынка, отходят на второй план.

Корпоративные социальные практики крупного промышленного предприятия на примере Кольской АЭС.

Паршева Екатерина Студентка 1 курса магистратуры «Управление в социальной сфере», НИУ ВШЭ, Москва
parsheva.katerina@yandex.ru

Двадцатый и двадцать первые века характеризуются различными инновационными процессами, машиностроением, внедрением информационных и промышленных технологий. Все развитые страны мира используют крупные промышленные предприятия для развития своей экономики. Процессы трансформации и глобализации формируют информационное и технологическое пространство. Именно процесс глобализации привел к мощному и стремительному развитию мировой торговли и развитию интеграционных процессов. Руководители предприятий всё чаще обращают внимание на то, что благополучие бизнеса связано с социальным благополучием работников предприятия. В связи с этим, корпоративная социальная ответственность выступает наиболее оптимальной формой взаимодействия бизнеса с его социальными группами, – это позволяет бизнесу интегрироваться в социальную систему общества, что делает его одним из необходимых элементов социальной реальности. Отсутствие или недостаточное развитие промышленного комплекса делает страну уязвимой.

Актуальность данной работы обусловлена тем, что работники крупного промышленного предприятия ежедневно подвергаются высокому риску, несут ответственность за надёжность эксплуатации и безопасность, а значит, на них особенно возрастает социальная нагрузка, в результате чего человек должен быть готов к непредвидимым обстоятельствам и быстрой адаптации к ним. В связи с этим, работники должны получать дополнительную поддержку от

предприятия и обладать достойными социальными гарантиями.

Исследование было проведено на базе филиала ОАО «Концерн Росэнергоатом», «Кольская АЭС», отдел социального развития.

Предмет исследования: удовлетворенность социальными гарантиями работников Кольской Атомной электростанции.

Объект исследования: работники крупного промышленного предприятия Кольской Атомной электростанции.

Методы исследования: опрос в форме анкетирования, интервьюирование, анализ документов.

Цель исследования: анализ удовлетворенности социальными программами работниками Кольской атомной электростанции.

Задачи исследования:

- выявить уровень информированности у сотрудников Кольской Атомной электростанции о предоставлении различных мер социальной поддержки от предприятия;

- проанализировать частоту использования мер социальной поддержки предприятия;

- выявить наиболее распространенные виды поддержки для сотрудников;

- обработать и интерпретировать данные, полученные в ходе исследования, в контексте поставленных задач;

- разработать рекомендации, направленные на повышение удовлетворённости социальными программами для руководства Кольской АЭС.

Гипотеза исследования: информированность и удовлетворенность предоставляемыми социальными программами и мерами социальной поддержки от предприятия у сотрудников Кольской АЭС достаточная; в части таких мер поддержки, как санаторно-курортное лечение и добровольное медицинское страхование, - высокая, что

обусловлено тяжелыми климатическими условиями работы и высокими рисками для здоровья.

Проанализировав эмпирические данные анкетного опроса, интервью, анализа опроса вовлеченности, интегральную оценку удовлетворенности трудом, статистику количества обращений на предприятие, можно сделать следующие выводы:

- большинство респондентов удовлетворены своей работой на Кольской атомной электростанции ;

- больше всего сотрудников в работе привлекает уровень заработной платы (83%);

- при трудоустройстве на работу треть опрошенных (31%) не обращали внимание на предоставление социальных гарантий и программ от предприятия и не считают проблемой низкое качество их предоставления, однако почти все респонденты отмечают, что социальные гарантии имеют высокую важность для предприятия (93%), а действующий коллективный договор затрагивает основные интересы работника Кольской АЭС;

- уровень информированности у сотрудников о видах социальной поддержки в основном высокий (95%), это подтверждается количеством обращений, выдержками из экспертного интервью и с помощью анкетного опроса. Однако, несмотря на то, что каждый четвертый сотрудник участвует в негосударственных пенсионных программах, только немного больше половины информированы о своих возможностях;

- чаще всего респонденты пользуются возможностью санаторно-курортного (80%) лечения, это также подтвердилось с помощью анализа количества обращений, экспертным мнением и анкетным опросом. Наименее востребованным является участие в негосударственных пенсионных программах (65%);

- как показывает анализ количества обращений, экспертное интервью и анкетный опрос, респонденты двух групп отмечают наиболее эффективными видами поддержки санаторно-курортное лечение (62%), и оказание помощи в

определенных жизненных ситуациях. Меньше всего предпочтение отдается негосударственному пенсионному обеспечению;

– в целом сотрудники удовлетворены предоставляемыми услугами (86%).

В связи с этим были сформулированы следующие рекомендации для сотрудников отдела социального развития и его руководства:

– повысить информированность о плюсах такого вида поддержки, как негосударственное пенсионное обеспечение, так как данный вид поддержки обеспечивает материальное будущее сотрудника;

– знакомить с социальными программами и социальными гарантиями до этапа трудоустройства сотрудника на работу для привлечения кадров.

Оценка мнения экспертов о влиянии применения клинических рекомендаций на качество и безопасность медицинской деятельности

Серяпина Юлия Валерьевна

Студентка 2 курса магистратуры «Управление и экономика
здравоохранения», НИУ ВШЭ, Москва

seryapinajv@gmail.com

Ключевые слова: клинические рекомендации, качество и безопасность медицинской деятельности, нормативный правовой статус

Введение. Актуальные законотворческие инициативы в сфере здравоохранения готовят почву для вступления в действие нового пула нормативных правовых актов, регламентирующих разработку, утверждение и соблюдение клинических рекомендаций в повседневной клинической практике [1]. Перспектива превращения давно существующих, разрозненных рекомендательных публикаций, характеризующих практическое применение лечебно-диагностических медицинских технологий, в обязательные к исполнению документы, будоражит медицинскую общественность. С 2019 года роль клинических рекомендаций стала еще важнее, когда для их размещения на Рубрикаторе Минздрава России, главном информационном портале, появилась необходимость их утверждения научно-практическим советом, подведомственным также Минздраву [2]. Тем не менее, пока новый нормативный правовой статус клинических рекомендаций не всецело и не для всех очевиден, существует потребность стимулирования диалога между нормотворческим истеблишментом и экспертным медицинским сообществом, а также непосредственными исполнителями клинических рекомендаций.

Цель работы – интерпретировать оценку влияния клинических рекомендаций на качество и безопасность

медицинской деятельности, данную экспертами в сфере здравоохранения.

Материал и методология исследования. Во исполнение задач исследования разработана анкета-опросник, содержащая 19 вопросов относительно роли, места и перспектив клинических рекомендаций в управлении качеством и безопасностью медицинской деятельности, в том числе вопросы, позволяющие оценить профессиональный профиль эксперта. Экспертам было предложено ответить на вопросы с закрытой формой ответа, в том числе с оценочными шкалами, с множественным выбором ответов, а также на вопросы со свободной формой ответа. Анкета-опросник исполнена в виде файла гугл-формы [3], формат опроса был полностью анонимным и не подразумевал сбор персональных данных респондентов, идентификация респондентов по совокупности ответов невозможна. Анкета распространена по адресам электронной почты, аффилированным с медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям.

Полученные данные обработаны с помощью пакета программ Microsoft Office. Качественные данные оценены прямым подсчетом. Количественные данные оценены методами описательной статистики.

Результаты. Получено 15 ответов от экспертов в сфере клинической медицины в период с 26.03.2019 по 04.04.2019. Среди респондентов были представители 12 клинических специальностей, в том числе по профилям нозологий, являющихся наиболее частыми причинами смертности и инвалидизации (кардиология, эндокринология, ревматология). 9 респондентов сообщили, что имеют ученую степень доктора медицинских наук, по 3 - кандидаты медицинских наук и лица, не имеющие ученой степени. Подавляющее большинство респондентов (14 из 15) ведет педагогическую деятельность. При этом, две трети опрошенных (10 экспертов) являются членами международных профессиональных врачебных организаций.

Общий стаж клинической работы респондентов составил от 4 лет до 41 года или в среднем $24,2 \pm 12,9$ лет.

Эксперты в целом положительно оценивают феномен клинических рекомендаций. В качестве иллюстрации того, что содержимое клинических рекомендаций, размещенных на Рубрикаторе Минздрава России (далее – КР (МЗ)), интегрировано в российскую клиническую практику, могут служить ответы на вопрос «Укажите, насколько содержание КР (МЗ) соответствует рекомендациям, которых Вы придерживаетесь в клинической работе?». Экспертам было предложено оценить содержание КР (МЗ) по шкале от 1 до 5, где 1 – «полностью не соответствует», а 5 – «полностью соответствует». 3 балла поставили 6 экспертов, 4 балла – 8 экспертов, 5 баллов – 1 эксперт, следовательно, все опрошенные в целом удовлетворены содержанием КР (МЗ). Очень похожее распределение ответов получено на вопрос «Укажите, насколько содержание КР (МЗ) соответствует Вашему личному клиническому опыту?»: также 4 балла – 8, 5 баллов – 1, однако один из экспертов поставил 2 балла, соответственно, 3 балла – 5. Несколько более негативные оценки даны в ответ на вопрос «Укажите, насколько содержание КР (МЗ) соответствует содержанию русскоязычной учебно-методической литературы?» - 2 балла – 2 эксперта, 3 балла – 4 эксперта, 4 балла – 8, 5 баллов – 1. При этом, в ответах на вопрос с закрытой формой ответа о соответствии КР (МЗ) принципам доказательной медицины мнения разделились – 9 экспертов ответили утвердительно и 6 - отрицательно.

Оценке непосредственного влияния клинических рекомендаций на качество и безопасность медицинской деятельности в анкете посвящено 3 вопроса. Экспертам было предложено дать ответы исходя из предположения о том, что созданы гипотетические идеальные клинические рекомендации, которые стали обязательными для исполнения. Возможные варианты ответов о перспективном влиянии клинических рекомендаций включали в себя формулировки: «значительно ухудшит», «несколько ухудшит», «не изменит»,

«отчасти улучшит», «значительно улучшит». При ответе на вопрос «Оцените, как повлияет обязательность исполнения клинических рекомендаций на качество медицинской помощи в стране в целом (последствия для пациентов)?» большинство экспертов возлагает надежды на подобного рода стандартизацию медицинской помощи – 6 и 4 респондента считают, что качество медицинской помощи значительно улучшится и отчасти улучшится, соответственно. Последствия для медицинских работников в виде влияния на безопасность медицинской деятельности эксперты оценили также положительно – 6 «значительно улучшит», 5 «отчасти улучшит», при этом, ответов «значительно ухудшит» нет. Ответы на вопрос, который сегодня широко обсуждается медицинской общественностью – «Оцените, как повлияет обязательность исполнения клинических рекомендаций на частоту невиновного причинения вреда здоровью (врачебных ошибок) в стране в целом?» также представлены большим числом позитивных прогнозов: «значительно уменьшится» - 4, «отчасти уменьшится» - 7, «не изменится» - 1, «несколько увеличится» - 1, «значительно увеличится» - 2.

Обсуждение. Исследование по актуальной на сегодня проблематике упрочения позиций клинических рекомендаций в повседневной практике каждого врача выполнено при участии экспертов-клиницистов, компетентных в вопросах оказания медицинской помощи (значительный стаж работы респондентов, наличие у них опыта международного сотрудничества).

Клинические рекомендации как предмет публикаций различных форматов (статьи в академических журналах, монографии) существуют давно. До недавнего времени каждый врач был волен выбирать, каким рекомендациям следовать, каким из них он доверяет. Сейчас их разнородность и разнонаправленность, описанные Д.В. Лукьянцевой и В.В. Омеляновским в 2015 году [4], до конца не преодолены, так как полное соответствие клинической практике и собственному опыту отмечают единицы экспертов. Несмотря на то, что КР (МЗ) призваны стать инструментами достижения

консенсуса при оказании медицинской помощи, этого пока не произошло. В то же время, отсутствие отрицательных оценок – 1 балл и 2 балла в ответ на вопросы о соответствии КР (МЗ) реальным потребностям врачебной практики – дает основания полагать, что размещенные Минздравом России публикации как минимум удовлетворительно оцениваются экспертами и не вызывают принципиальных разногласий. С другой стороны, в ответ на вопрос о соответствии КР (МЗ) принципам доказательной медицины немногим более половины респондентов ответили утвердительно, что создает противоречие – удовлетворительными считаются рекомендации, не признанные качественными.

Чрезвычайно интересна интерпретация ответов на вопрос о влиянии единых клинических рекомендаций на количество врачебных ошибок. Большинство экспертов сходится во мнении, что их число уменьшится – вероятно, это связано с определенными надеждами на стандартизацию профессиональной деятельности и некоторую поддержку принятия врачебных решений, которые несомненно предоставляют единые, утвержденные органом исполнительной власти клинические рекомендации. Однако, скептический настрой в этих вопросах меньшей части экспертов также объясним тем же самым процессом стандартизации, ведь погруженный в рамки схем и алгоритмов лечебный процесс может оставлять слишком мало места тому, что принято называть клиническим мышлением, и ошибки станут закономерным следствием. Кроме того, несмотря на формулировку врачебной ошибки как невинного причинения вреда здоровью, не следует забывать об уголовно-правовом контексте, который нередко сопровождает это понятие. Обязательность исполнения клинических рекомендаций в нынешних условиях может как спасти, так и «подвести» врача в судебном процессе, при этом следует учитывать и тот факт, что зарубежная практика не предписывает относить клинические рекомендации к числу доказательств в ходе разбирательства [5]. Несомненно, обращение к клиническим рекомендациям влияет на

признание причинения того или иного вреда здоровью врачебной ошибкой.

В отношении перспектив «идеальных» клинических рекомендаций, которые могли бы стать обязательными к исполнению, эксперты очевидно испытывают оптимизм. Обсуждение утвержденных в последние годы критериев качества медицинской помощи [6] неотделимо от клинических рекомендаций, в том числе, потому, что последние содержат непосредственно критерии качества медицинской помощи по отдельным заболеваниям и состояниям. И если сейчас критерии качества оцениваются преимущественно постфактум, то посредством утверждения обязательных клинических рекомендаций есть шанс внедрить их «изнутри».

Литература

1) Федеральный закон от 25.12.2018 N 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций";

2) Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 102н "Об утверждении Положения о научно-практическом совете Министерства здравоохранения Российской Федерации" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.03.2019 N 54215);

3) Google Формы // URL: <https://docs.google.com/forms/u/0/> (дата обращения: 21.03.2019);

4) Лукьянцева Д.В., Омеляновский В.В. Анализ и перспективы разработки и обновления клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2015. - №3. – С. 67-80;

5) Clinical practice guidelines as legal standards – a terrible idea // URL: <https://centerjd.org/content/fact-sheet-clinical->

practice-guidelines-legal-standards-%E2%80%93-terrible-idea
(Дата обращения: 06.04.2019);

б) Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740);

Шалаева Екатерина Андреевна

руководитель отдела социальных медиа в Московском технологическом институте, Москва
zalewskaia@gmail.com

Проблемы связанные со здоровьем устойчиво держатся на лидирующих позициях в обществе. По исследованиям ВЦИОМ проблемы здравоохранения устойчиво держатся на третьем месте так называемого индекса страха. (ВЦИОМ, Индекс страхов, сентябрь 2017). Страх столкнуться с проблемами со здоровьем и тем более не получить вовремя медицинскую помощь опережает разгул преступности, политические конфликты внутри страны, снижение доходов и безработицу.

Министр здравоохранения России Вероника Скворцова заявила, что около 70% смертей мужчин связаны с алкоголем. 8 литров алкоголя в год приходится на одного человека в нашей стране, ежегодно в России от рака легких и гортани погибает 19,7% от всех онкобольных мужчин, что не может не быть связано с курением.

Целью моего исследования был анализ интернет-запросов населения РФ в вопросах, касающихся здоровья и в системы здравоохранения, используя открытую статистику ресурсов Яндекс и Google.

Удалось выяснить, что:

- По сравнению с поисковыми запросами о профилактики заболеваний и здорового образа жизни, запросы касательно симптомов и лечения превышают в 10 раз
- Интерес к вопросам здоровья в крупных городах ниже, чем в регионах

- Общество в два раза больше интересуется вопросами похудения, нежели правильным питанием и спортом
- Вопросы здоровья становятся более популярными в зимний и осенние месяцы
- Всего 14% запросов со словом «здоровье» касаются пользы или вреда для человека
- Запросы о полезных привычках в 10 раз менее популярны, чем запросы об изменении жизни
- В Москве и Санкт-Петербурге население почти не интересуется вопросами «бросить пить» или «бросить курить» (не больше 1000 запросов против 2-3 млн показов на темы лечения и симптомов)
- Наблюдается огромный разрыв между запросами о лечении гриппа (более 600 000) против запросов о вакцинации против гриппа (около 2000) или профилактики гриппа (около 50 000)

Таким образом можно сделать вывод, что население России катастрофически мало интересуется сохранением и профилактикой здоровья, склонно не доверять врачам, а «лечиться через интернет».

Согласно демографическим прогнозам, численности пожилых людей сейчас растет, зато сокращается численность граждан трудоспособного возраста. И если в ближайшие годы общество поменяет отношение к своему здоровью, нас ждет неминуемый провал в экономике.

Несовершенство правовых основ как фактор снижения эффективности лечения больных героиновой зависимостью

Шенне Кушкаш-ооловна Ондар

ФГБОУ ВО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, Москва
shenne.ondar.2017@mail.ru

Введение

Важным фактором эффективности лечения героиновой зависимости является избавление от абстинентного синдрома. При этом в период абстинентного синдрома актуализируется влечение к наркотику, что часто приводит к досрочным выпискам пациентов.

В научной литературе ведется дискуссия о квалификации влечения к наркотику в абстинентном синдроме – одни специалисты оценивают его как бред, другие как навязчивое влечение. Эта неопределенность влияет на правоприменение 29 статьи «закона о психиатрической помощи», согласно которой опасность пациента для себя или окружающих (которая на практике, как правило, вызвана бредовой симптоматикой) является основанием для недобровольной госпитализации.

Ситуация усугубляется созданием в конце 2018 г. Следственным Комитетом отдела по расследованию ятрогенных преступлений (деяния медработников, повлекшие за собой смерть или причинение вреда здоровью пациента) и казусом психиатра Ольги Ароновой, осужденной за недобровольную госпитализацию. Что может затравить врачей отказаться от каких-либо рисков в нечеткой с юридической точки зрения ситуации.

Цель исследования – изучить восприятие проблемы недобровольного лечения

Материал и методы

Проведено глубинное интервью с 9 врачами-наркологами различных стационарных учреждений г. Москвы. Также проводились глубинное интервью с 6 пациентами на этапе реабилитации. А также с 50 респондентов прошли количественный опрос.

Количественный этап исследования проводилось путем интернет-опроса. Рекрут респондентов осуществлялся в социальных сетях Вконтакте. На этапе количественного опроса проводилось выяснение допустимости и необходимости недобровольного лечения, героиновых зависимых на стадии абстиненции. По этой же теме опрашивались врачи-наркологи, которым также задавались вопросы о реальном правоприменительном практике лечения пациентов с героиновой наркоманией при их желании выписаться на стадии абстиненции и необходимости законодательного решения, имеющихся противоречий между практикой и действующими правовыми нормами и законодательством.

Результаты:

По результатам глубинных интервью врачей-наркологов не существует единого мнения по вопросу о восприятии влечения к наркотику в период абстиненции. Часть врачей считают, что зависимость - это обсессивное влечение. Другая часть утверждают, что влечение является психотическим расстройством (бред и сверхценная идея) что является основанием для недобровольной госпитализации в соответствии со статьей № 29 №3185-1ФЗ «о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». При этом, несмотря на то, что часть врачей считает влечение бредом или сверхценной идеей, все опрошенные отметили недопустимость недобровольной госпитализации по причине его противоречия правам и свободам человека, юридическому статусу пациента «вменяем», а также подписанному добровольному информированному согласию на медицинское вмешательство.

Практически все врачи-наркологи сталкивались с отказами от лечения пациентов. При этом схему работы пациентами желающими выписаться врачи строят исходя из личного опыта и предпочтений без консультации с юристами. Соответственно часть врачей выписывают отказавшихся от лечения пациентов, а остальные ведут мотивационную работу с пациентом и их родственниками или пытаются применить медикаментозное удержание. При этом основанием для выписки является письменный отказ пациента от госпитализации. Врачи отмечают, что юридический статус пациента с зависимостью «вменяем» не соответствует фактическому психическому состоянию пациента. Возможными причинами нежелания врачей идти на риски, связанные с недобровольным удержанием пациента, является позиция администрации при решении жалоб. Администрация не защищает врачей, принимая решение в пользу пациентов не доводя до подачи официальной жалобы. А часть врачей отметили правовую незащищенность своей профессии.

Большая часть врачей считают, что необходим дополнительный закон регулирующий недобровольную госпитализацию наркологических зависимых больных в абстиненции. Остальные думают, принятие одного закона не решает проблему – необходим комплексный подход, изменить всю систему от профилактики до реабилитации или будет неэффективен, так как это приведет к снижению обращаемости за лечением. Врачи, которые считают, что такой закон необходим, предлагают различные шаги по его разработке такие как, расширение пунктов ст.29 закона «о психиатрической помощи», принятие решения о недобровольном удержании комиссией врачей, а также стандартизация времени пребывания в наркологическом стационаре:

Потенциальными сложностями реализации закона о недобровольной госпитализации наркологических больных врачи-наркологи указали финансовые затраты связанные с созданием дополнительных ставок, индивидуальность случаев каждого пациента, противоречие конституционным

правам и свободам человека, а также возможность совершения ошибки врачом, что повлечет нарушение прав и свобод человека.

В то же время положительным результатом создания закона регулирующего недобровольную госпитализацию может быть: повышение эффективности лечения;- улучшение качества жизни пациентов, близких и общества, а также то, что вместо уговоров пациента врач сможет больше времени уделять лечению пациента

Также были опрошены пациенты реабилитационного отделения. В основном они принимали решение, лечится с помощью мотивационных работ врача или уговоров родственников. Среди пациентов нет единого мнения о необходимости применения недобровольной госпитализации наркологических больных.

В ходе количественного опроса респондентов были получены следующие данные. На вопрос о необходимости применения недобровольной госпитализации наркологического зависимого человека в больнице 74% (37чел.) поддержали идею. Среди поддержавших 51% (19 чел.) респондентов в качестве обоснования отметили фактическую невменяемость, а 11человек (30%) – необходимость прохождения полного курса лечения, 14%(5 чел.) думают, что наркоманы опасны для общества, остальные 5% считают, что достаточно, изначального согласия на госпитализацию для недобровольного удержания зависимого человека на стадии абстиненции, в больнице. Не поддержали идею недобровольного лечения 26% (13чел.) опрошенных, из них 46% (6 чел.) обосновали свой ответ тем что, недобровольная госпитализация противоречит правовым нормам, другие 46% отметили личную ответственность за свое здоровье. Остальные затруднились ответить.

В случае желании пациента с героиновой зависимостью в абстиненции выписаться 76% (38 чел.) считают, что врачи должны удерживать пациентов. Из них 45% (17 чел) обосновали свой ответ необходимостью

продолжить курс лечения, 19% отметили опасность срыва после выписки пациента, еще 18% отмечают социальную опасность наркомана, оставшиеся 18% респондентов ответили, наркоман фактически невменяем. А 24% (12 чел.) респондентов считают, что врачи не должны удерживать больных наркоманией, из них 67 % (8 чел.) отметили личную ответственность и правовые свободы человека, 33% (4 чел.) респондента отметили необходимость самостоятельно пережить ломку.

Больше половины респондентов (66%-33 чел.) считают необходимо уговаривать и лечить пациента, даже если он угрожает судебными разбирательствами. 20% (10 чел.) порекомендовали выписать такого пациента. Остальные воздержались.

На вопрос нарушает ли недобровольное лечение права и свободы наркомана ответы разделились примерно поровну. 42% (21 чел.) респондентов считают что, нарушают. Из них 10 человек (48%) поддержали необходимость удерживать пациента на стадии абстиненции в больнице вопреки его согласию, что демонстрирует осознание респондентами противоречия между правами и свободами личности и недобровольного лечения как важное условие излечения героиновых наркоманов. При этом часть респондентов 58% (29 чел.) не видят юридического противоречия так как, наркоман фактически невменяем и представляет собой опасность обществу (62%-18 чел.), а 21% (6 чел.) ответивших считают обоснованием недобровольного удержания предварительно подписанное согласие, 17% (5 чел.) респондентов отмечают, что наркотики это уже правонарушение.

38% (19 чел.) респондентов отметили возможность уголовного преследования врача применившего недобровольную госпитализацию наркомана, а 24% (13 чел.) думают, что нет такой угрозы. Остальные затруднились ответить.

Таким образом, и часть врачей, и часть граждан признают необходимость недобровольного лечения героиновых наркоманов в состоянии абстиненции, а также наличия противоречия между такой необходимостью и правами и свободами человека. По мнению части врачей для разрешения этих проблем необходимо совершенствование законодательства, так как действующее законодательство не решает данную проблему.