

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНЫХ НАУК



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

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

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

(20-21 апреля 2018 г.)

Труды конференции

Москва

2018

NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY
HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS

FACULTY OF SOCIAL SCIENCES



NATIONAL RESEARCH
UNIVERSITY

“Population, Public Health and Development”

4th International Academic Conference for Young Scientists,
Students and Graduate Students

(April 20-21, 2018)

Conference Proceedings

Moscow

2018

Труды 4-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (20-21 апреля 2018 г.; Москва) // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2018. - 320 с.

Под редакцией: д.м.н. В.В. Власова, к.э.н. В.А. Козлова, к.с.н. Е.А. Тарасенко.

Компьютерная верстка – студентка магистратуры НИУ ВШЭ Федорова Евгения.

© Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2018

Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference of Young Scientists, Students and Post-Graduate Students "Population, Public Health and Development" (April 20-21, 2018; Moscow) // National Research University "Higher School of Economics", 2018. - 320 p.

Edited by: V.V. Vlasov, V.A. Kozlov, E.A. Tarasenko.

Computer layout - Evgeniya Fedorova, postgraduate student of the Higher School of Economics.

© National Research University "Higher School of Economics", 2018

Оглавление / Table of Content

Статьи на английском / Articles in English	7
Bhurgri M., Nastina E. <i>HIV harm reduction strategies in Russia</i>	7
Donolato G., Dangle B., Valleix L. <i>Alcohol consumption in Russia: A long way to go</i>	12
Grigoryeva E. <i>Features of population ageing in Vietnam, South Korea and Japan</i>	20
Gritsenko O., Lubnina A. <i>Socio-economic aspects of the problem of child obesity in Russia</i>	26
Habib Md. R. <i>Health Care Access Challenges among Poor In-Migrants in Dhaka City Corporation, Bangladesh.</i>	29
Kulikova K., Sharifbaeva D. <i>The impact of child morbidity and mortality on the socio-economic development of Russia</i>	40
Masenu F., Das A., Alitey E. <i>A comparative analysis of healthy lifestyles and morbidity in Russia, Ghana and India</i>	45
Oni I. <i>Female genital mutilation in Nigeria: a socio-economic comparison of the geo-political zones in Nigeria</i>	48
Shalaeva A. <i>Do Consumers Understand and Accept the Sharing Economy as a New Digital Business Model in emerging markets?</i>	56
Simmons S. <i>Health is Wealth: An Analysis of the Relationship between Sensory Disability and Economic Status among Adult Persons Living with Disability in Ghana</i>	61

Simmons S. <i>“He told me to take one tablet in the morning and one in the evening”</i> : A qualitative study of antimalarial medications dispensary at pharmacy and licensed chemical shops in Cape Coast, Ghana	79
Stirba V. <i>The Contribution of the External causes of Death in the Dynamics of the Life Expectancy in the Republic of Moldova</i>	91
Swatson G., Owusu Ansah Y., Penni C. <i>The Impact of HIV and AIDS on the Development of Ghana</i>	101
Titova D. <i>Comparative Analysis of Health Status Indicators of the Urals Population</i>	104
Yambara A. <i>State management impact on healthcare issues: strategic HR dimension</i>	110

Статьи на русском / Articles in Russian 115

Александрова Ю.Д. <i>Избыточный вес населения и его связь с социально-экономическими факторами в России</i>	115
Алексеев А.А. <i>Влияние реформы последипломного образования на кадровое обеспечение системы здравоохранения (на модели выпускников лечебного факультета медицинских ВУЗов г. Москвы)</i>	121
Биячуева Л.А., Гаджиев С.Р. <i>Образ жизни и здоровья студентов</i>	128
Ботова М.А. <i>Структура мотивации медицинских представителей при построении системы оплаты труда: зарубежный и российский опыт</i>	132

Вафоева М., Чориева Г.З. <i>Влияние проведенной комплексной терапии на состояние фетоплацентарного комплекса, течение раннего неонатального периода у новорожденных</i>	143
Воробьева А.В. <i>Основные мотивирующие и демотивирующие факторы, влияющие на удовлетворенность трудом медицинских представителей фармацевтической компании: мнение медицинских представителей фармацевтических компаний.</i>	149
Габуня Н.Ю. <i>Внедрение интегрированной системы менеджмента качества в деятельность медицинской организации: реалии и возможности.</i>	160
Дудкина А.В. <i>Продвижение безрецептурных препаратов в социальных сетях (на примере бренда «Арбидол» фармацевтической компании «ФАРМСТАНДАРТ»)</i>	166
Елисеева С.Ю. <i>Обобщенное доверие и субъективные характеристики здоровья экономически активного населения России</i>	174
Жемчугов Н. С. <i>Особенности правового режима орфанных лекарственных средств</i>	180
Ищенко А.Е. <i>Эффективность использования финансовых ресурсов регионами на лекарственное обеспечение граждан, получающих меры социальной поддержки</i>	186
Колобова К.А. <i>Телемедицинские технологии как новый виток в оказании медицинских услуг: перспективы и проблемы правового регулирования</i>	188
Косякина А.И., Меньших Д.А. <i>Оценки экономических потерь от заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции в России</i>	199

Лопатина М.В. <i>Влияние здоровья на образовательные и трудовые траектории молодежи в России</i>	205
Михайлова Е.С. <i>Условия правовой охраны гомеопатических препаратов: уязвимость российских законодательных подходов.</i>	212
Мишукова Т.А. <i>Оценка информированности детей разных возрастных групп о понятии здорового образа жизни и его критериях</i>	217
Мишустина В.Ю., Громова Д.С. <i>Возможность использования дыхательных тренировок с гиперкапническими газовыми смесями для улучшения функциональных показателей организма</i>	224
Николаева А.А. <i>Инструменты бережливого производства и QFD-анализ как система совершенствования, сокращения издержек и повышения качества оказания медицинских услуг</i>	229
Овсянников А. <i>Государственное регулирование применения информационных технологий в здравоохранении: текущее состояние и основные проблемы.</i>	236
Овсянников А. <i>Совершенствование продвижения онлайн-сервиса медицинских услуг в сегменте предикативной медицины.</i>	243
Омельяновский В.В., Мусина Н.З., Войнов М.А. <i>Оценка медицинских технологий в медицинских организациях</i> ...	250
Отставнов С.С., Брико А.Н. <i>Информационные технологии как инновации на пути к бережливому здравоохранению</i>	255
Погорелов А.Р. <i>Здоровье населения Камчатского края: региональное медико-географическое исследование</i>	262

Прокофьева А.В. <i>Здоровьесберегающее пространство города: возможности изучения с помощью интервью во время прогулки (walking / go-along interviews)</i>	268
Тарасенко М.А. <i>Совершенствование организационно-правового обеспечения развития высокотехнологичной медицинской помощи в регионах России</i>	279
Тимурзиева А. Б., Кукушкин В. И. <i>Влияние развития современных высокотехнологичных медицинских вмешательств на повышение качества оказания медицинской помощи в оториноларингологии и потребительский выбор медицинской организации</i>	284
Чеботарь Е.А. <i>Доверие врачу как фактор медицинской активности населения</i>	297
Чимбирева А. А. <i>Несовершенство нормативно-правового регулирования медицинской деятельности как основное препятствие на пути развития частной системы здравоохранения в Российской Федерации</i>	304
Шувалова Д.А. <i>Мнение врачей об ответственном самолечении</i>	306
Юлдашева К.А., Джаббарова Л.М. <i>Условия в онкологических больницах РФ</i>	307
Юмагузин В.В., Винник М.В. <i>Оценка реального уровня убийств и самоубийств в России</i>	312

Статии на английском / Articles in English

HIV harm reduction strategies in Russia

Bhurgri Mahrukh

1st yearmaster's student, "Political Analysis and Public Policy"
program,
Higher School of Economics, Moscow
mbhurgri@edu.hse.ru

Nastina Ekaterina

1st year master's student, "Comparative Social Research" program,
Higher school of Economics, Moscow
eanastina@edu.hse.ru

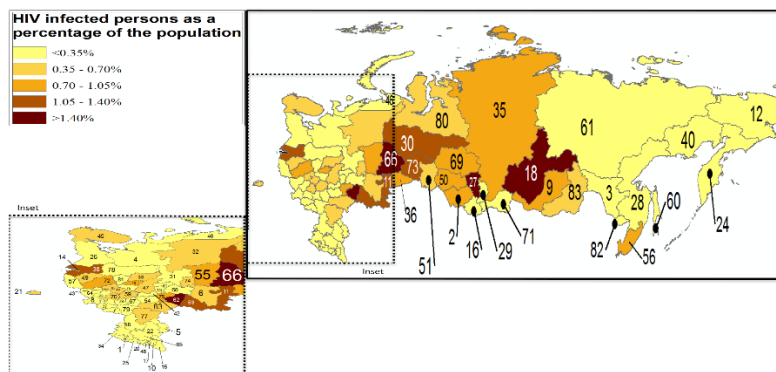
The World Bank estimated that by 2020, around 21,000 Russians could die due to HIV/AIDS, per month. The total HIV-infected population is estimated to reach 5.4 million individuals. Although some estimate that, Russia could have over 14 million cases of HIV by 2020, if measures are not taken to prevent this. This could mean that in 2020 about 10% of the total population of the country could suffer from HIV.¹The Russian Federation has the most HIV cases in Eastern Europe and Central Asia, approximately 100 thousand new infections were reported in 2015² with expected growth rate to

¹ HIV/AIDS in Russia & Eurasia | Center for Strategic and International Studies. (2018). Csis.org. Retrieved 31 March 2018, from <https://www.csis.org/programs/russia-and-eurasia-program/archives/hivaids-russia-eurasia>

² European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe

be at 10-15% each year¹. According to UNAIDS, Russia ranks the third after South Africa and Nigeria by the highest number of new HIV infections in the world². The highest group living with this infection is the Men in the 30-40 years of age bracket. Death due to AIDS have also increased 13.5% and is the top 10 causes of early death rates in Russia, which has increased 35% since 2005.³

This figure shows the total HIV diagnoses in the Russian Federation in 2016⁴



The most common reason 48.8% for the spread of the HIV infection is due to sharing needles by drug. Sexually transmitted

(WHO/Europe) (2016) Surveillance Report: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2015⁷[pdf]

¹ UNAIDS (13 October, 2016) ‘Update: Russian experts and civil society leaders join UNAIDS’ Hands Up #HIVprevention campaign’

² UNAIDS (12 December, 2017) ‘UNAIDS Executive Director’s Report’

³ Beyrer, C., Wirtz, A., O’Hara, G., Léon, N., & Kazatchkine, M. (2017). The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation. PLOS Medicine, 14(11), e1002462. doi:10.1371/journal.pmed.1002462

⁴ Beyrer, C., Wirtz, A., O’Hara, G., Léon, N., & Kazatchkine, M. (2017). The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation. PLOS Medicine, 14(11), e1002462. doi:10.1371/journal.pmed.1002462

rate of infection lies at 48.7% , homosexual sex at 1.5% (however this could be a distorted figure due to less people admitting to engaging in homosexual sex, due to Russia's discriminatory laws for the LGBTQ community) and 0.8% of the infection is observed in babies due to prenatal infection.¹

The data on HIV infections is not accurate as according to reports many thousands of cases do not get diagnosed or reported. As mentioned above the infection rate in drug users and heterosexual sex is about the same, this means that the infection is not exclusively associated with drug users and homosexuals, which is the popular misconception in regards, to HIV infection in Russia. This makes many groups vulnerable to the infection, including homosexual men and female workers of the sex industry. These groups face government discrimination and violence due to their sexuality or job, thus are also more likely to inject drugs, creating more risk of HIV infection.

Most common strategies to deal with the HIV epidemic are Needle and syringe programs (NSPs) and Opioid substitution therapy (OST). In Russia, The Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis was financing most of the needle and syringe exchange programs; however, they withdrew their funding when Russia received the status of being a high-income country. The government in Russia did not start to fund this program and places for needle exchange dropped from 80 to 10. Opioid substitution therapy is banned in Russia and using it is a punishable offence for up to 20 years. The effects of this practice can also be seen in tuberculosis patients as treatment for TB is a lengthy procedure and addicts usually do not stay the full course of treatment. They either leave because they cannot deal with withdrawal from heroine or

¹ Beyrer, C., Wirtz, A., O'Hara, G., Léon, N., & Kazatchkine, M. (2017). The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation. *PLOS Medicine*, 14(11), e1002462. doi:10.1371/journal.pmed.1002462

they are discharged because the hospitals are unable to deal with their withdrawal symptoms.¹

In 2016 the #STOPHIVAIDS campaign was launched to create awareness about prevention and remove stigmas and discrimination attached to HIV patients.

HIV testing and counselling (HTC) programs in Russia also are said to not include the most vulnerable groups such as drug users and sex workers accurately as they accounted for less than 1% of people amongst the 24 million HIV tests that were carried out in 2011.² 90 % of people living with HIV in Russia also are said to have hepatitis C but according to data only 3.3 % of the are receiving any treatment for this.³

There are many legal barriers to overcome this epidemic in Russia, police sometimes arrest patients of needle exchange programs to fulfill their quotas of catching drug addicts. The 2017 launch of the national registry of HIV patients is also vulnerable to such police abuse. Russia's foreign agent laws also restrict foreign NGO's from helping to tackle this epidemic. Restrictive laws for sex workers, drug users and homosexuals is also said to hinder HIV prevention programs in Russia. Social stigma attached to people from the LGBTQ community and on drug users due to social and

¹ Beyrer, C., Wirtz, A., O'Hara, G., Léon, N., & Kazatchkine, M. (2017). The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation. *PLOS Medicine*, 14(11), e1002462. doi:10.1371/journal.pmed.1002462

² Beyrer, C., Wirtz, A., O'Hara, G., Léon, N., & Kazatchkine, M. (2017). The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation. *PLOS Medicine*, 14(11), e1002462. doi:10.1371/journal.pmed.1002462, *Russia Beyond The Headlines* (22 August, 2013) 'Russia failing to test vulnerable groups for HIV (opinion piece by Ivan Varentsov, the Andrey Rylkov Foundation)' (Accessed 17/1/2017)

³ sui, JI., et al (2016) 'Insights on the Russian HCV care cascade: minimal HCV treatment for HIV/HCV co-infected PWID in St. Petersburg' *Hepatology, Medicine and Policy* 2016, 1:13

religious conservatism, is another problem as these people are less likely to seek out the limited treatment options available due to lack of funding.¹ Moreover, despite the attempt to raise public awareness about HIV, the measures designed for it face the resistance from both governmental officials and regular citizens. For instance, the developers of an on-line project on preventing HIV transmission were required by Ministry of Education to “talk more about morality to avoid slippery question” and to avoid using the word “condom”².

Effective evidence-based policy is required to address this dangerous epidemic in Russia, as current efforts are counterproductive and discriminatory. As experts suggest, the new government strategy on the topic is not effective since it has not changed anything in the way the problem is tackled since HIV is still not recognized as epidemics³. Without proper harm reduction strategies in Russia, the HIV could reach up to over 14 million cases by 2020.⁴

¹ Hoskins, Cook, Lewis, & Garrett. (2016). Russia’s Silent HIV Epidemic. *Foreign Policy*. Retrieved 31 March 2018, from <http://foreignpolicy.com/2016/11/22/russias-silent-hiv-epidemic-fskn-krokodil-aids-public-health-putin/>

² ‘Rossii nuzhna federal'naya programa po profilaktike VITCH, schitaet ekspert’. RIA Novosti, 03 Nov 2017

³ Krasovsky, A. (1 Dec, 2017) Gosudarstvennaya Strategiya po bor’be so SPIDom provalilas’.

⁴ Beyrer, C., Wirtz, A., O’Hara, G., Léon, N., & Kazatchkine, M. (2017). The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation. *PLOS Medicine*, 14(11), e1002462. doi:10.1371/journal.pmed.1002462

Alcohol consumption in Russia: A long way to go

Donolato Gianmarko

exchange student (Italy)
Higher School of Economics, Moscow
gdonolato@edu.hse.ru

Dangle Bernadette

exchange student (Austria)
Higher School of Economics, Moscow
bernadette-dangl@gmx.at

Valleix Lucia

exchange student (France)
Higher School of Economics, Moscow
lucia.valleix@gmail.com

This paper aims at providing some information about the excess of alcohol consumption in the Russian Federation and the related issues that are created by this phenomenon. In the first part, some statistics and data are shown, so as to give an oversight of the concrete problem Russia has suffered nowadays and in the past. The second part deals with the social and psychological aspects of the abuse of alcohol consumption, as well as presenting a possible explanation for the low success of state policies. Finally, the third part gives some possible alternatives and solutions to the issue, with examples coming from other countries and their adaptation to the Russian environment.

I. The first aspect to acknowledge about alcohol consumption in Russia is that information is contradictory and often not complete.

At the end of 2017, the Russian Minister of Health declared that the Russian consumption of alcohol decreased by 80% in the last 5 years. Statistics are in contradiction with this claim. *Rosstat*, the Russian governmental agency for statistical analysis, and the WHO (World Health Organisation) published their report, in which the results are much different than those claimed by the Minister. It is reported that alcohol consumption did decrease, but only by 30%, which is a great result, despite not being the end of the alcohol problem in Russia.¹ Nevertheless, the rate of deaths in the Russian Federation decreased by 50% in the last 10 years.²

Difficulty to gather information was already common during the Soviet time, when the high level of consumption was seen as a minor issue for the government, despite the fact that “Russian medical authorities [were] well aware of the fact that heavy drinking and alcohol abuse are significant contributors to a number of health problems.”³ Indeed, in spite of the increase of the industrial production of alcoholic beverages of the 1970s, Gorbachev started an Anti-Alcohol Campaign that succeeded in decreasing the general consumption of some 65-70%. However, the good trend did not last long, as “by 1988 losses of budgetary tax revenues and the increasing unpopularity of the campaign forced the authorities to reverse these measures and start to increase the production and sale of alcohol.”⁴

Nowadays, the governmental approach towards this issue is unclear, as it swings from involvement and concern with regards to the health sphere, to disinterest and disengagement. Starting from 2009, the Russian government tried to lighten the social cost of deaths for alcohol poisoning adopting the so-called “state anti-

¹ <http://www.bbc.com/news/world-europe-42738511>

² Ibid.

³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233387/>, last viewed 26th March 2018

⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233387/>, last viewed 26th March 2018

alcohol policy”, aimed at decreasing the level of consumption per capita by 55% before 2020. It included the prohibition of advertising alcoholic beverages on TV or on the radio, as well as the attempt to ban alcohol demonstrations on programmes or documentaries.¹ The results are still to be checked, but an improvement of the situation is being witnessed, as the latest reports say. It is known that Russia does not occupy the first place for the percentage of alcohol consumption in the world, but only the fourth, as it was claimed by Ru.Delfi in May 2017. “In 1990 total alcohol consumption in Russia was below 12 litres, following restrictions imposed by the last Soviet leader Mikhail Gorbachev. But this steadily increased after the collapse of the USSR until 2007, according to the WHO.”² The already serious issue of high consumption is worsened by the custom of producing and buying illegal alcohol. The share of illegal alcohol was about 30% in 2016, with a 50-70% when it comes to super alcoholic beverages.³ The average Russian, by that time, consumed about 10 litres of alcohol, 2 litres more than the quantity that the WHO recommends not to exceed. It means that there has been an improvement in the habits of the Russian population; nevertheless, “the decline is not necessarily good news. Analysts say that some of the drop may be attributable to increased consumption of cheap, illegal alcohol that doesn't show up in official statistics. Illicit vodka now accounts for 30% to 50% of all alcohol sales in Russia, according to market research firm Euromonitor International.”⁴

¹ https://www.rbth.com/politics_and_society/2017/05/22/is-russia-the-worlds-heaviest-drinking-country_767914, last viewed 27th March 2018

² <http://www.straitstimes.com/world/europe/russians-cut-back-on-drinking-smoking-as-fitness-trend-grows>

³ <https://russian.rt.com/article/323418-minpromtorg-predlagaet-snizit-cenu-na-vodku-do>

⁴ <http://money.cnn.com/2017/01/24/news/russia-alcohol-consumption-moonshine/index.html>, last viewed 28th March 2018

II. The alcohol-related mortality is at the top of the concrete consequences of abuse. “Alcohol poisoning kills an average of 30,000 people in Russia each year [...] 43% of premature deaths among working-age (25–54) Russian men were attributable to hazardous drinking.”¹ Early mortality rate is evidently a dangerous and costly upshot of alcohol abuse. Reports witness that the life expectancy decreases substantially when the consumption of alcohol is high, with vodka pointed as the most dangerous and, at the same time, consumed kind of beverage.

Alcohol consumption mainly impact Russia’s demography. It has reduced life expectancy and it causes high risk of premature death.

Life expectancy for man only reaches 62 years and can be ascribed mainly to this factor. Indeed, alcoholism has a negative impact on health. In the long run, it leads to heart diseases and increases violent behaviour. Also, a heavy consumption can lead to ethylic comas, and overall to a very dangerous state for health. A lot of violent deaths and suicides are due to this phenomenon. It has also become a real issue on roads, where a lot of accidents are caused by hazardous behaviour related to alcohol.² Moreover, Russian population is in decline since 1989. Russia has lost 3 million of inhabitants in the last years, due to alcohol-related causes. Even if this lost is not solely caused by alcohol consumption, it has yield damaged on. Otherwise, it impacts nativity and fecundity as well. By destabilizing families concerned, it reduces the number of children.

Over the years, it has become a real public health problem. Reducing its impact will not be simple, since it is deeply rooted to cultural practices. Being able to drink without getting drunk is a sign of virility for men. According to the Economist, in average,

¹ Dramatic problems and weak policy Trends in alcohol consumption, harms and policy: Russia 1990–2010, Alexandra V. Lysova & William Alex Pridemore, *Nordic Studies on Alcohol And Drugs* Vol. 27, 2010

² <https://academic.oup.com/alcalc/article/47/6/711/204125>, last viewed March 31, 2018

Russian people drink between 15 and 18 litres of alcohol per year (as we already appointed, this statistic differs from others presented before; the information gathering process is far from being completely reliable). Russia is one of the most important consumer around the world. People who do not drink are more likely to be perceived as non-social.¹ Indeed, social habits favour this high rate of consumption. Another possible explanation of the high rate of alcoholic consumption is related to the authoritarian government. It does not let enough perspectives to self-development and leads some people to fall in alcoholism. Environment played a role as well: cheap prices and the fact that a lot of shops sell alcohol make easier the access to it. This context pushes people to be more easily addicted.

Also, most of the propositions of policies made against it had to face the question of money. In fact, for the State, it remains an important source of income. Russia is one of the most important producer of vodka as well as the most important consumer. Its alcohol industry is worth \$40 billion, with beer raising as a percentage of the whole production, but with vodka still leading the market.² Moreover, the tax system of Russia benefits from higher production of legal alcohol, which turns out to be a good way to balance lack of revenues from other sources. This explains why the impact of this kind of policies had never been very important. Eventually, treatments for people are expensive, and the risk of relapse is always high. Moreover, alcoholism is an addiction that implies a lot of cultural factors, including the psychological one.³

¹ <http://journals.openedition.org/ilcea/2446>, last viewed March 31, 2018

² <https://www.food-exhibitions.com/Market-Insights/Russia/The-Russian-alcohol-market>, last viewed March 31, 2018

³ <https://www.theatlantic.com/international/archive/2013/09/how-alcohol-conquered-russia/279965/> last viewed March 31, 2018

III. As mentioned above, one of the main topics for the WHO is alcohol consumption and what there can be done to prevent alcohol-related deaths and diseases.

According to them, national leadership should develop policies to reduce the harmful use of alcohol.¹

Pricing and Taxation is considered as “one of the most effective interventions to reduce the harmful use of alcohol”, this includes the increase of taxes on alcohol by the government, a regulated minimum price or bans on discounting.² Furthermore, the banning of advertisements that target young people can be very effective, as they are often even more sensitive to marketing strategies than adults are. However, such a ban only exists in a few countries so far because it is considered as a restriction to companies’ freedom to operate and compete.³ The Russian government already introduced availability restrictions in Moscow, in 2010 – it is only possible to buy alcoholic beverages in stores between 10 a.m. and 10 p.m. Even if this move did not affect any other regions of Russia, the Kremlin tried at least to positively affect the drinking behaviour in the capital.⁴

National awareness-raising activities are another effective method to decrease alcohol consumption, especially among minors. In these campaigns, young people can get aware of the fact that binge drinking is the most dangerous way of alcohol consumption and should be avoided by any means. The NIX18 campaign in the Netherlands, for example, aims at reinforcing the social norm

¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/en/> last viewed March 30, 2018

²

http://www.who.int/substance_abuse/activities/fadab/msb_adab_gas_progress_report.pdf last viewed March 30, 2018

³ <https://www.theguardian.com/society/2017/jan/10/public-health-experts-call-ban-alcohol-advertising-uk> last viewed March 30, 2018

⁴ Maddox Jack, Moscow reduces hours for some alcohol sales, CNN August 19, 2010

according to which people cannot drink before they turn 18 years old.¹ By making drinking before that age socially unacceptable, the government hopes to decrease dependency and harmful consumption among teenagers. The legislative authority can strengthen laws against alcohol consumption, as in the Netherlands. “The Criminal Code says that it is a criminal offence to be drunk in public [...], and to serve alcohol to someone who is obviously drunk.”² While criminalizing drinking can be easily considered as too extreme (and the whole alcohol lobby will not be happy about it), it might be a very good way to reinforce the feeling that being drunk is nothing that one should be proud of. However, when alcohol was restricted during the earlier periods in Russian history, people turned to cheap substitutes. This even happened in winter 2016 again, when 49 people died in Irkutsk after drinking cheap surrogate alcohol over the weekend.³ These people could not afford the cheapest Vodka anymore and were willing to risk their lives to drink at least “something”. This is probably the main problem with trying to restrict Russian citizens from drinking using policies like this.

Alcoholism is a serious disease and it is important that people know how to recognize it in an early stage – whether on themselves or on others. People who suffer from the disease often fear hard withdrawal symptoms as soon as they stop drinking. Fortunately, nowadays there exist several medications used in managing these symptoms like Diazepam or Thiamine (vitamin B1, important to the normal functioning of the nervous system).⁴ Doctors, but also

¹ <https://www.government.nl/topics/alcohol/preventing-alcohol-abuse-and-alcoholism>

² Ibid.

³ <https://www.nytimes.com/2016/12/19/world/europe/russia-bath-lotion-deaths.html>

⁴ <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/clinical+topics/substance+misuse+and+>

sufferers of alcoholism should be aware of these supportive items to be confident about their ability to quit drinking for good. Alcohol consumption has a long history in Russia and will probably be present in the future as well due to traditional, cultural and economic factors. Nevertheless, it is important to understand that alcoholism and its psychological and physical negative consequences can be prevented with good policies or laws. Especially drinking among young people is something that should be attacked with awareness campaigns in schools, etc. That the life expectancy of Russian men is so low in comparison to other countries like in Europe (probably at least partly due to the high alcohol consumption) is a distinct warning. Therefore: if Russians want to keep their wonderful men as long as possible, something has to be done!

This paper presented a short overview of the problem of alcoholism in the Russian Federation. By giving some statistics and data, we could draw a clear image of the degree of the problem, both in the past and nowadays. The second part of the paper dealt with the social and behavioural aspects linked to the alcoholism in Russia, factor that deepens the issue, as it goes beyond the simple consumption, but it entails a much more stratified social concern. The last part aimed at giving a possible direction in order to solve the matter, or at least to decrease the danger of the same; examples of best practices and concrete features of alcoholism prevention were added, with the hope that a more reliable and serious approach towards this social issue is taken in the shortest time possible.

dependence/medication+assisted+treatment+for+alcohol+dependence
last viewed March 30, 2018

Features of population ageing in Vietnam, South Korea and Japan

Grigoryeva Elena

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

glena946@gmail.com

Nowadays the world's population is ageing since life expectancy is growing from year to year while fertility is declining. As a result, the proportion of elderly people in the population increases and people of working age declines.

For many years this topic has interested demographers, economists and sociologists all over the globe. The complexity and multidimensionality of the ageing of the population as a socio-demographic phenomenon entails a variety of approaches to its study and the identification of its various consequences.

Especially the aging process is significant in Eastern Asian countries, where the question of ageing is very relevant, as it had already taken place in Japan. It affects all aspects of human life: education, healthcare, pension system, etc. Hence, it is important to study what are the differences in these spheres in regard with population aging for. How countries, which have already faced with population ageing or only will face in future, differ from each other in the pace of solving the situation with growing number of elderly and rapid declining of younger people.

In my research "Features of population ageing in Vietnam, South Korea and Japan" the issue of aging is discussed in detail. Firstly, all reasons and main demographic characteristics for chosen countries are presented.

Japan is characterized as the one of the first country, where the phenomena of population ageing arose. Many scientists began to study ageing and its reasons exactly in that country.

According to the Table 1, after declining in the first half of the 20th century Japan's population has increased by 37 percent from 93.4 million in 1960 to 128 million in 2010. Dividing population into three age group: children (under 15), working age (15-64), and elderly (65 and above). Proportion of children has begun to decrease since 1960 and reached the number of 16.8 million in 2010. In percentage equivalence this declining in population size of youngest segment is equaled 40% from 1960 to 2010. In the numbers the proportion of children dropped from 30 percent in 1960 to 13 percent in 2010.

Table 1. Actual & Projected Changes in Absolute Population Size (in 1,000) and Proportion (%) by Age Group. Japan 1960–2060

	Population (in 1,000)				Proportion (%) by age group		
	Total	Age 0–14	Age 15–64	Age 65+	0–14	15–64	65+
1960	93419	28067	60002	5350	30	64,2	5,70
1980	117060	27507	78835	10647	23,5	67,4	9,1
1990	123611	22486	85904	14895	18,2	69,7	12,1
2000	126926	18472	86220	22005	14,60	68,1	17,4
2015	126597	15827	76818	33952	12,5	60,7	26,8
2050	97076	9387	50013	37676	9,7	51,5	38,8

Working-age population through the second half of 20th century and the beginning of 21st century had changed a lot. In period from

1960 to 1995 the proportion of working people raised up to 87 million people. However, by 2010 after small decrease it was equaled 81 million. In the numbers it is true to say that the percentage of working people in total population have not changed and equaled 64 percent for both 1960 and 2010.

Nevertheless, the number of elderly people has increased a lot since 1960. The proportion of elderly rapidly rose from less than 6% to 23% in total population. This rapid pace in increasing of elderly population is the greatest in all over the globe.

Worldwide demographers connect this rapid population ageing in Japan with following reasons:

1. Firstly, it is obvious that there are declining in birth rate and death rate in Japan, which are the main factors for population ageing.

2. Traditions and lifestyle of the Japanese, including their low consumption of alcoholic beverages.

3. Achievements in the organization of health care and in the fight against diseases such as cancer, heart attack and others, which turned the Japanese into a nation of healthy people.

4. Social and economic transformation in the Japanese society, a very high level of education of the population.

5. The demographic policy of the state, which has been carried out since the 1950s, also had a great influence. Currently, two such programs are being implemented: one for the newlyweds, the other for families receiving state assistance, and families with low incomes. To familiarize the public with the role and methods of family planning, print, radio, television are widely used. Classes on the basics of family planning are held in high school. One of the main restrictive measures of demographic policy is the increase in the age of marriage. In the mid-1990s. The average age of Japanese creating families was: for men 28 years and for women - 26 years. The "fashion" for celibacy has spread quite widely, there have been changes in the traditional procedures of matchmaking and marriage. A great influence on the decline in fertility and natural growth has and has been provided by various economic factors and the ever-increasing costs of raising children. That is

why for modern Japan the family with one or two children is most characteristic. Such a radical change in the "demographic portrait" of the country gave rise to very serious and long-term problems.

As it is well known South Korea in near future will become the country with the highest percent of elderly in the total population. At the same time this country year after year demonstrates the improvement of socio-economic indicators.

For now, Korea are considered as still developing country, however, it reached unprecedented heights with numbers of world corporation, the high quality of life and future perspectives for developing.

As for demographic indicators, South Korea demonstrates itself not so good. In 2009 birth rate was the world's lowest one. So, there are the predictions about decreasing of the number of population by 13% to 42.3 million in 2050. However, this prediction can be not so true because in 2010 birth rate increased by 5.7%. Total fertility rate in South Korea is higher than in Taiwan and Japan and equals 1.23 children born per woman in 2011. National Statistical Office of South Korea estimated population of the county will have reaches its peak by 2035 with decrease in proportion of working age population.

It should be mentioned that Korean War put it influence on the demographic indicators in Korea. The fear of overflowing of part of demi-island and huge hunger was very powerful those days. Birth control became widespread in the 1970s and 1980s the government moved on to campaigns to end discrimination between boys and girls, in effort to weaken the custom of mothers having children until they produced a son. These campaigns worked well. In early 1970s women had an average of 4.21 babies, and after campaigns till now this indicator decrease to about 1.23. However, in 2006 the government mobilized with its first five-year plan to combat the low birth rate, and that was the first public attempts of improving situation.

Nevertheless, the poverty rate among the elderly in South Korea is the highest among member countries of the OECD.

According to official statistics, the population of Vietnam equals approximately 94.74 million people. From 1979 it had increased significantly, because right after the reunification of Vietnam the population was 52.7 million people. The total fertility rate of Vietnam is 1.8 births per woman, which is largely due to the government's family policy and the two-child policy. Since 1960 due to first reforms of family planning annual growth rate began to decline from the point equaled 3.4 percent per year. The program called two child-policy suggested two children per couple, births spaced five years apart and a minimum age of twenty-two for first-time mothers. Although the policy of family planning was described as voluntary it became the strong rule in 80s. It can be explained again by the fear of hunger, high poverty rate, etc.

For now, birth rate is different for different part of Vietnam. In the South in rural area it may be extremely high, while in urban area in the North may be too low. However, the main tendency is for reducing the number of births from year to year. At the same time, life expectancy is growing from year to year, which both with declining of fertility rate are the background of future progressive population ageing.

Table 2. Demographic indicators. Japan. South Korea. Vietnam. 2014/2015. 2050.

Country Measure	2014/2015			2050		
	Japan	S.Korea	Vietnam	Japan	S.Korea	Vietnam
LE (at birth)	84	82	76	84	87	82
TFR (per woman)	1,4	1,2	1,9	1,38	1,5	1,7
Old Dependence Ratio (% working population)	44,2	18	10	75,3	28	14

As it can be seen, Vietnam differs from Japan and South Korea through many factors, however, there are similarities between them

too such as, for instance, historical and cultural background. In near future population ageing will be the typical phenomenon for all mentioned countries. So, I consider that comparing these countries through highlighting features in the sphere of pension system, health care, education are very relevant. Moreover, it is significant to understand the background of nowadays trends in declining of fertility rate and increasing life expectancy through researching modern features such as the issues of working women, etc. This comparing is also included in my research.

References

1. Bloom D. E., Canning D. Population Aging and Economic growth in Asia. – 2010. – P. 62-90.
2. Medkov V.M. Demographics. – M.: Infra-M, 2008.
3. Schad-Seifert Oshio T. The Declining Birthrate in Japan, Japan Economic Currents, No. 69 – 2008
4. Thannh Long Giang., Wade Donald Pfau. The elderly population in Vietnam during economic transformation: an overview. -2008
5. Varlamova M. Family policy in Japan // Demoscope Weekly . – 2014. №589-590.
6. General Statistics Office of Vietnam (The Internet resource) URL: <http://www.gso.gov.vn/>
7. Knoema. World Data Atlas (электронный ресурс) URL: www.knoema.com/
8. The OECD. OECD Pension in Glance. – 2015. (The Internet resource) URL: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115201e.pdf?expires=1495908305&id=id&accname=guest&checksum=26E9F1732CAE03FAD80757B26B775BD6>
9. Penn World Table (The Internet resource) URL: https://pwt.sas.upenn.edu/php_site/pwt_index.php
10. Statistics Korea (The Internet resource) URL: <http://kosis.kr/eng/>

Socio-economic aspects of the problem of child obesity in Russia

Gritsenko Olga Sergeevna

1st year master's student, "Population and Development" program
Higher School of Economics, Moscow

olya.gritsenko.95@mail.ru

Lubnina Anna Andreevna

1st year master's student, "Population and Development" program
Higher School of Economics, Moscow

ann_lubnina@mail.ru

Childhood obesity is considered to be one of the most crucial problems of the 21st century. Currently, childhood overweight and obesity have become global epidemic challenges which are a matter of great concern both developed countries and emergent nations where the problem of hunger anteriorly existed. A significant increase in childhood overweight is not only a physiological but also a social problem of the whole society. According to the World Health Organization, the number of children with overweight and adiposity has increased by 10 million from 1992 to 2013 and in African countries – by 5 million for the same period. (WHO, Facts and figures on childhood obesity). In Russian Federation, unlike Western Europe and the United States, the problem of children overweight is not widely studied, that is why it is significant to analyze the extent of this problem in Russia.

In Russia the level of overweight people is high in both children and adult population. The study includes the analysis of childhood overweight: its main reasons and consequences. The main purpose of the research is to find out the group of socioeconomic factors which influence mainly progression of overweight among children. The field of the research includes analysis of social (hypodynamia, malnutrition and etc.) and economic (direct and indirect) factors of childhood overweight in Russian Federation. Thus, the object of

the study is the rate of expansion of children overweight in Russia. And the subject of the work is the aggregation of factors which influence the amount of children suffering from overweight or obesity.

To study the problem of overweight in children in Russia, the microdata from Russian Longitudinal Monitoring Survey of the NRU HSE and the Federal service of government statistics which published sampling survey in 2013 were used.

During the investigation the range of econometric models is analyzed. By applying the logistic regression model the determinants of overweight in children in Russia were revealed. Among these are genetic predisposition, mother's employment status, existence of parent's obesity, parent's education etc.

Taking into account the high rate of child overweight it is crucial to investigate the present nutrition policy targeting the groups of people suffering from the problem. The main destinations of policies implemented in Russia will be analyzed from the point of their efficiency basing on the results from the statistical analysis. The ways to improve the policy and its measures will be suggested to effectively and fast provide the stable decrease of child overweight in Russia.

References

1. Alamian, A., Wang, L., Hall, A. M., Pitts, M., & Ikekwe, J. (2016). Infant sleep problems and childhood overweight: Effects of three definitions of sleep problems. *Preventive Medicine Reports*, 4, 463-468.
2. Brown, H., & Roberts, J. (2013). Born to be wide? Exploring correlations in mother and adolescent body mass index. *Economics Letters*, 120(3), 413-415.
3. Cawley, J. (2004). The Impact of Obesity on Wages [Electronic version]. *Journal of Health Economics*, 451-474.

4. Nazarov, Z., & Zhuravleva, T. (2016) A Dynamic Analysis of Demand for Childcare, Maternal Employment and Child Obesity in Russia. *Journal of Rehabilitation Research*
5. Sharifi, M., Sequist, T. D., Rifas-Shiman, S. L., Melly, S. J., Duncan, D. T., Horan, C. M., ... & Taveras, E. M. (2016). The role of neighborhood characteristics and the built environment in understanding racial/ethnic disparities in childhood obesity. *Preventive Medicine, 91*, 103-109.
6. Weng, S. F., Redsell, S. A., Nathan, D., Swift, J. A., Yang, M., & Glazebrook, C. (2013). Estimating overweight risk in childhood from predictors during infancy. *Pediatrics, 132*(2), e414-e421.
7. Zhang, J., Xu, P., & Liu, F. (2016). One-child policy and childhood obesity. *China Economic Review*.

Health Care Access Challenges among Poor In-Migrants in Dhaka City Corporation, Bangladesh.

Habib Md. Reza

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

rhajibdu@gmail.com

Background

Urban in-migration is a prominent type of internal migration in Bangladesh. Not only does it change the spatial distribution of population in the country but contributes to the growth of cities. In 1974, only 9% of Bangladeshi population lived in urban areas. However, by 2014, this proportion reached 28%. Approximately 20% of slum dwellers living in Dhaka are indigenes. Also, the 2012 United Nation Population Fund post census survey report illustrated that about 67.4% of the total rural-urban migrants settled in Dhaka (29.8), Gazipur and Narayanganj districts. Among these three areas in Bangladesh, Dhaka assumes the biggest share than Gazipur (17.5), and Narayanganj (7.8). Aside the slum and non-slum dwellers, there exist the "floating people", persons who are homeless yet live in Dhaka. The population of these homeless persons are about 73454. Besides, in Dhaka, around 29% of city's population are slum dwellers (Census of Slum, 2014). More so, in-migrants who choose to settle in the slum areas of the host cities such as Dhaka are poor. Their income and financial statuses are below the standards needed to settle in non-slum areas. In-migration leads to shortage of health care services and increases competition among dwellers for getting better services. Unlike the non-slum dwellers, the dwellers of the slums lack of access to health services – a slum generally lacks access to public health services. This paper has strived to identify the challenges of health

care access among poor in-migrants in Dhaka City Corporation of Bangladesh.

Problem Statement

Health is a fundamental human rights for every nation and without judging socio-economic status, everybody has the right to receive optimal health services from the state. Some countries are able to ensure sufficient health care service for its people, some are not. Government of Bangladesh spent only 3% of the Gross Domestic Product (GDP) on health services and the total health expenditure in the country was about US\$ 31 per capita and still 67% is being out-of-pocket (OOP) expenses (WB & WHO, 2014). In the year of 2013, the health care deliveries were 36.7% and 65.1% in slum and non-slum area accordingly (Urban Health Survey, 2013). For the last 15 years, the Local Government Division has been providing primary health-care services to poor urban dwellers, but it has been unable to meet their needs and demands adequately (Afsana & Wahid 2013). Inadequate access of urban poor migrants to health care services may lead to adverse health consequences. These consequences are at the backdrop of women. It was found that the total fertility rate was 2.0 in slum and 1.7 non-slum areas of Dhaka city (Bangladesh Urban Health Survey, 2013; 62). Mortality rate of infant (49) and under five years' children (57) in slums are higher than the rural area recorded as 40 and 49 (BUHS, 2013 & BDHS, 2014). Moreover, antenatal care (72%), skilled birth attendance (37%), and postnatal care (34%) are low in urban slums, compared to non-slum recorded as 90%, 68% & 60% (BUHS, 2013). Further, it can particularly increase their vulnerability to communicable, non-communicable diseases and death. Bangladesh has proven great progress in achieving the health-related Millennium Development Goals (MDGs) especially MDG 4 and MDG 5, but the country still does not have a comprehensive health policy for people (Islam, A. & Biswas T. 2014).

Objective

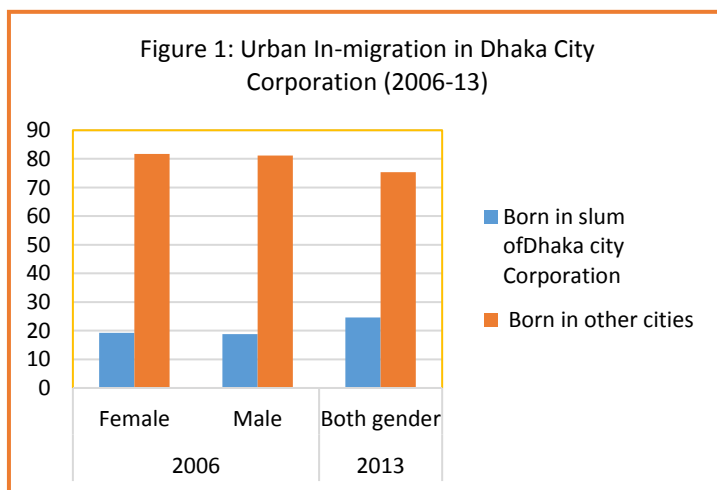
The main objective of the paper is to explore and describe the healthcare access challenges among poor in-migrants in Dhaka City Corporation of Bangladesh.

Data & Methodology

The paper is using the data of Bangladesh Urban Health Survey 2006 and 2013. In addition, it is used District census of Dhaka Zila, 2011 conducted by Bangladesh Bureau of Statistics. A retrospective explorative cross-sectional analysis was. Percentages and content analysis of the variables related to urban in-migration were presented. The findings have been written based on the comparative analysis with different variables in different year.

Findings

Urban In-migration: It was recorded that in 2006, 20.0% female of slums were born in same (Dhaka City Corporation) city, whereas, 80% female were born in other cities of Bangladesh. 19.9% male of slums were in same (Dhaka) city, while 80.1% male of slums were born in outside of Dhaka City Corporation. After 7 years (2013), it is found that 24.6% of slum people was born in



same city (Dhaka City Corporation), while, 75.4% of slum people's birth place was in other cities.

Reasons of Urban In-migrants: The poor migrants are migrating to Dhaka city for various reasons. Looking for work/jobs was a main reason for urban in-migration mentioned by 60.9% poor migrants, while 24.1% reported about for more work/services/transfer. Almost 10% migrants stated about familial reason. 1.75% for own education and 1.5% for river bank were reasons of migration. Marriage was also a reason for in-migration in Dhaka city. 0.45% for marriage and 0.45% other reasons were mentioned by migrants.

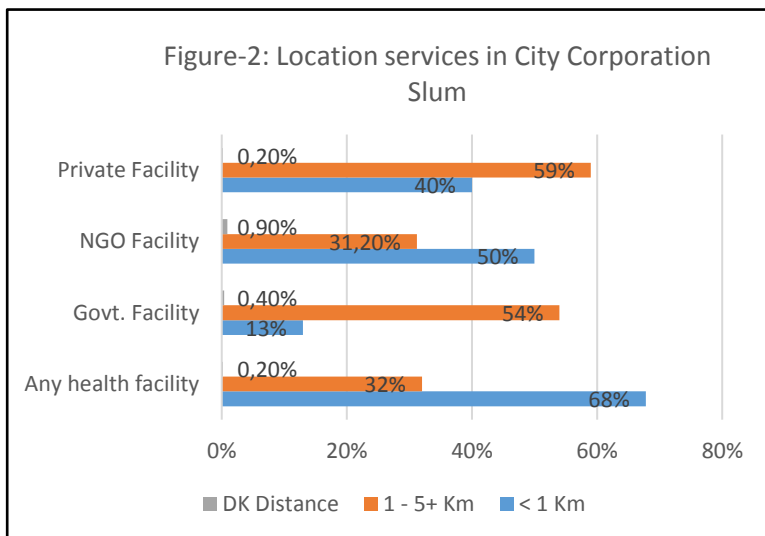
The challenges of access to health care services of poor migrants were conceptualized as availability, geographic accessibility, affordability and acceptability (Peters et al., 2008). These four dimensions were further coded as demand side and the supply factors (Ensor and Cooper, 2004).

1. Supply-side barriers

a. Geographic accessibility

Location of services under the dimension of geographical accessibility shows that most of the cluster in in slum and non-slum has any health care facility, NGO facility & private facility within one kilometer. The any health care facilities from 1 to 5+ kilometers are 32% and 34% in slum and non-slum respectively, but the government services are 54% and 51% in slum and non-slum area. Within 1 to 5+ kilometers, Non-Governmental Organisations health facility is almost 31% in both type places. Private health facility within 1 to 5+ kilometers approximately 59% in slum and non-slum areas. 0.6% and 2.0% are as other types of health facilities in both slum and non-slum area distance 1 to 5+ kilometers. Don't know (DK) regarding distance of health facilities was recorded as 2.0% both for slum and non-slum areas. Most of the government health services are located at more than one

kilometers that is barrier for getting secondary and tertiary health care services.



Source: Bangladesh Urban Health Survey, 2014

b. Availability

In order to supply-side and availability, unavailable workforce, unqualified health workers, staff absenteeism, opening hours are considered as barriers of access to health care for poor urban dwellers. The number of bed, number of doctor, number of nurse, and number of health technical staffs for every 1000 inhabitants at both government and private hospital/clinic/ nursing home in Dhaka city corporation are still very low than the recommendation WHO on health care services. For that, it creates a challenge for poor urban migrants to receive health services from both of government and non-government service providers.

Table: 1- Health care facility

No. of Govt. hospital/clinic/nursing home	No. of Private hospital/clinic/nursing home	No. of bed at Govt. facilities	No. of bed at Private facilities	No. of Diagnostic centre	No. of bed at Govt. Hosp. / Clinic/ nursing home per 1000 inhabitants	No. of bed at Govt. Hosp./ Clinic/nursing home per 1000 inhabitants
24	620	8719	16944	1040	1.25	2.43

Source: Calculated the data from Census of Dhaka district, BBS, 2011

Table: 2- Health care workforce

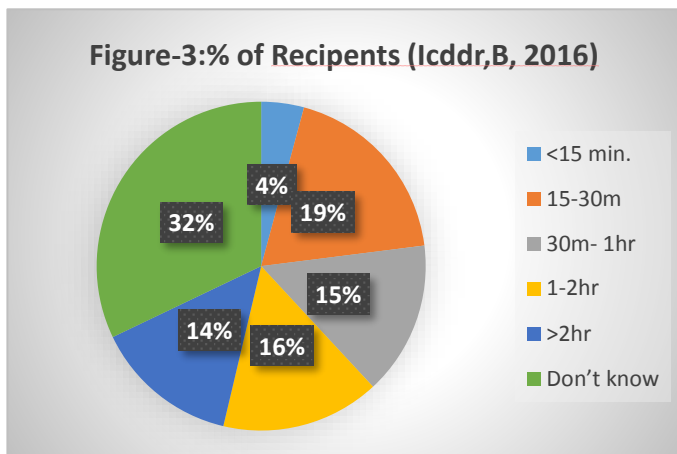
No. of Doctor per 1000 people at Govt. facility	No. of Doctor per 1000 people at Non-Govt. facility	No. of Nurse per 1000 people at Govt. Facility	No. of Nurse per 1000 people at Non-Govt. Facility	No. of Technical Staff per 1000 people at govt. facility	No. of Technical Staff per 1000 people at Private facility
0.56	0.87	0.44	0.46	0.10	0.17

Source: Calculated the data from Census of Dhaka district, BBS, 2011

The quality and skill of health workers both in public and private health facility centers are low and absenteeism makes shortage of health care services in Dhaka City Corporation. Some nearest health centers of slums have limited opening time that do not dealing with emergency patients. A number of private hospitals and clinics have opened and increased in over the year but the service covers 30% only for the upper class and upper middle class of the city's population (Siddiqui et al. 2000).

Waiting for getting service: Due to the growth of urban population, the pressure of patients is increasing in service centers/hospitals and have to wait for long time to get the service. It

discourages to poor people to receive the service immediately from public and private centers. According to the assessment report of Icdrr,b (2016), most of the recipients (19%) had to wait for 15-30 mins. to get the service. Almost 14%-16% recipients had to wait for getting services form 30mins to more than 2 hours. Only 4% recipients wait for less than 15 mins.



Unavailable drugs and health related stuffs: The drug and other health related stuffs are not available in the government health care service centers in Dhaka city. We assume that basic health care service is free in public health care service centers, but reality is that, patients have to bear the cost of medicine and diagnostic test as well as some additional unseen costs. These costs seriously limit the access of the poor and the disadvantaged urban migrants to publicly-funded health care services. It is also noticeable that in many government hospitals the ambulances are used by physicians or other staffs. X-ray machines and other various lab equipment are in need of either urgent repair or of replacement. As a result, patients are deprived of use of the ambulance services and lab services (Islam, A. & Biswas T. 2014:369).

c. Affordability

In aspect of affordability, costs and prices of services is very high for urban poor people in Bangladesh. It is recorded that almost 66% of health care costs are out-of-pocket expenses comes from individuals and families that considered as serious restricts the access of the poor to the health system (DGHS, 2010). Furthermore, urban poor people have to maintain informal payments with mediator to get the services form public health centers. The Baseline Service Delivery Survey for HPSP (1999) found that 22% of people had to make extra payment to the workers while visiting government health services and 27% pay an unofficial registration fee.

Private–public dual practices: Doctors of the public hospitals are referring patients to paid treatment or paid operation in their own private clinics, nursing home or even receive illegal charge for treating privately during hospital hours and within hospital premises (Rahman, M.S. and Others 2005).

d. Acceptability

Complexity of paying bill and service cost: Most of the urban poor people are illiterate and they have to face the complexity of paying bill and service cost in public and private health care hospitals or clinics. To void such complexity, they prefer to go local healers for health care services.

Less trust towards health service providers- The doctors are also blamed for prescribing unnecessary examination and diagnosis suggestion to the patients. They receive commission from the diagnosis centers (Rahman and others, 2005). It makes less trust towards health service providers of both government and private hospitals.

2. Demand-side barriers

- From demand-side barriers, means of transportation and ambulance service are not available for urban poor people. Almost 65% of the ambulances in government facilities are non-functional and lack of maintenance or fuel money (Islam, A. & Biswas T. 2014:369).
- Urban poor people are less informed about the accurate health care service providers or physicians. That's why, they have to suffer problems because of wrong treatment provided by unskilled physicians. They have also less education and awareness regarding healthy lifestyle.
- Urban poor migrants are migrating to Dhaka city from different parts of the country. They have own cultural preference, attitude and norms as well as social stigmas related health. These are making barriers to get health care service from formal health service providers. Example: home deliveries by unskilled assistance, giving priority to husband decision, traditional or religious faith healing practice. 44% of women reported difficulty in getting permission to go to a health and 49% of women reported that finding someone to accompany while visiting health care centers (BDHS, 2014).
- Cash flow is not available among urban poor people. Most of them are involved in day labour activities. Many slum dwellers are informal daily labourers and have to look for an income, often outside of their community (Vijver, 2015). It is also barrier to get emergency health care service.

Conclusion

Not only should government and other assisting institutions/organizations to provide the health care service, also should ensure the four dimensions like geographical accessibility, availability, affordability and acceptability for poor urban migrants in health care. In addition, community based participation, regulatory approaches, available transportation facilities in emergency cases, recruit more staffs in peripheral health service centers, culture sensitive health service, proper monitoring and supervision are necessary to ensure the access of poor urban migrants in Dhaka City Corporation.

References:

1. Afsana, K. & Wahid, S. S. (2016), Health care for poor people in the urban slums of Bangladesh, November 21, 2013, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62295-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62295-3).
2. Hossain R, (2015), Current status of health sector in Bangladesh Bangladesh Med J. 2015 Jan; 44 (1).
3. Hossain, S. (2006), Social characteristics of a megacity: a case of Dhaka City, Bangladesh, TASA Conference 2006, University of Western Australia & Murdoch University, 4-7 December 2006.
4. International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (icddr,b) (2016), Final Report on Technical Assistance for Assessment of Contribution of Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW) for Urban Health Services, JD TAF Project, MOHFW.
5. Islam, A. & Biswas, T. (2014), Health System in Bangladesh: Challenges and Opportunities. American Journal of Health Research. Vol. 2, No. 6, 2014, pp. 366-374. doi: 10.11648/j.ajhr.20140206.18.
6. Jacobs, B., Bigdeli, M., Annear, P. L. and Damme, W. V. (2011), Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income

Asian countries. *Health Policy and Planning* 2011;1–13, doi:10.1093/heapol/czr038.

7. Mberu, B. U., Haregu, T. N., Kyobutungi, C. & Ezech, A. C. (2016) Health and health-related indicators in slum, rural, and urban communities: a comparative analysis, *Global Health Action*, 9:1, 33163, DOI: 10.3402/gha.v9.33163.

8. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, ICF International (2016). Bangladesh Demographic and Health Survey 2014. Dhaka, Bangladesh: NIPORT.

9. NIPORT, ICDDR,B & Measure Evaluation (2006), Bangladesh Urban Health Survey 2006, conducted by and USAID and DFID.

10. NIPORT, ICDDR,B & Measure Evaluation (2013), Urban Health Survey 2013, conducted by and USAID and DFID.

11. Rahman, S. M., Ashaduzaman, A. S. M. & Rahman, M. (2005), Poor People's Access to Health Services in Bangladesh: Focusing on the Issues of Inequality. Network of Asia-Pacific Schools and Institutes of Public Administration and Governance (NAPSIPAG) Annual Conference 2005, Beijing, PRC, 5-7 December 2005.

12. Vijver, S. V.D, Oti, S., Oduor, C., Lange, A.E.J, Agyemang, C., Kyobutungi, C. (2015), Challenges of health programmes in slums. *Lancet* 2015; 386: 2114–16, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00385-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00385-2).

The impact of child morbidity and mortality on the socio-economic development of Russia

Kulikova Karina

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

kvkulikova9@gmail.com

Sharifbaeva Dilafruz

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

dsharifbaeva@gmail.com

Introduction and Background

The health state of the children lies among the most significant indicators of the population's well-being. What is more, children's health is an important factor for the country's socioeconomic development. It is also a demographic factor that graphically reflects the level of development of the country as well as the economic and social changes. These facts make the issue interesting for the profound research around the world.

Nowadays, a lot of effort has been put into solving the problems related to children's health. In order to reduce child mortality level throughout the world many special actions, laws and policies has been made and introduced in all the countries. Encouragingly, this progress has been accelerating in recent years and has saved millions of lives of children.

In our paper, we will focus on the Russian case. Limitation to one country level provides the authors of the research with the opportunity to be more concrete and specific. Respectively, for the last several decades Russia has made a substantial progress in reducing child mortality. According to UNISEF, the under-five mortality rate dropped from 19, 4 deaths per 1,000 live births in

2000 to 7, 7 in 2016.¹ However, child mortality rate in Russia remains highest among European countries and lowest among ex-Soviet countries. Why the situation is the following? What are advantages and disadvantages of the policies introduced in Russia in that sphere? The work will provide the reader with the answers to these questions.

It is widely known that child mortality is regarded as one of the best measures of the health status of a country² and its sustainable development. One of the first priority goals of Russia is to achieve the Sustainable Development Goals by improving health and reducing child mortality. The global agenda on the raised issue is developing. In 2015, the world began working toward a new global development agenda, seeking to achieve, by 2030, new targets set out in the Sustainable Development Goals, and one of the main purposes is to end child mortality by 2030.³ Russia pay attention to this new agenda and is making further attempts to be in line with leading EU countries in solving this issue.

A lot of scientists studied the issue of health before. Many of them stated that health is a special economic resource that largely determines the effectiveness of social and economic development. Strengthening and protecting health improve the level and quality of life of the population. The quality of life is an important concept not only for health, but also for all spheres of life of modern society, since the ultimate goal of the activity of all institutions of society is human well-being (Novik, 2002).

¹ <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

² Wang L. Health outcomes in low-income countries and policy implications: empirical findings from demographic and health surveys. World Bank Policy Research Working Paper No. 2831. Washington, DC: World Bank; 2002;1–35.

³ <https://data.unicef.org/topic/child-survival/child-survival-sdgs/>

As well as general papers on the health issues for this research we collected and analyzed papers more closely related to our them. Child mortality is a widely accepted indicator of well-being. Identifying factors, which increase mortality, is important as high rates signal lower socio-economic development (Anderson, Romani, Phillips, & van Zyl, 2002; Sen, 1998). We will tackle this issue in particular for the Russian case. Moreover, child morbidity and mortality rates are linked to a country's level of socioeconomic development, so we will also look for them in Russia.

In addition, it is stated that child mortality rate is a reflection of the care, health and nutrition status of children below the age of five years and indicates the social, cultural and economic progress in the country (United Nations, 1991). NIPORT (2003) study showed that neonatal deaths as the consequence of events are usually associated with poor maternal health and non-availability of care during delivery or immediately after birth. Consequently, it is apparent from different studies that particularly the counties which have poor socio-economic conditions, lack of standard demographic background, poor healthcare facilities and unhygienic setting, where mothers' lack education and the level of social awareness is low have the worst situation with child morbidity and child mortality.

It recognized that economic development leads to the improvements in the level of health. Even through its impact to healthy is indirect, but it can be recognized– better nutrition, water and sanitation, living environment and education. This impact is covered by the variety of studies. But the reverse direction of health's impact on economic development is not studied in such a broad way yet.

Goal and hypotheses

This study analyzes the role of child morbidity and mortality as the most important factor that can influence socio-economic development of Russia. Author's main research question raised in

this paper is: *Does the child mortality has an impact on socio-economic development of Russia?*

Moreover, the authors are checking up the following hypotheses:

1. Child mortality has a significant effect on socio-economic development of Russia.
2. Lower development of socio-economic development rises inequality in Russia.
3. Level of socio-development and child mortality differs across the region of Russia.

Data and Methodology

As the main database for our research, we use Generations and Gender Survey (GGS). Additionally, the macrolevel data will be collected from UNISEF, RosStat. The researchers are using mainly qualitative approach in the paper. The qualitative method will give an in-depth understanding of conditions. The paper contains descriptive statistics.

Findings and Conclusion

The child mortality (and morbidity) has become a significant indicator for measurement of the level of socio-economic development all around the globe (Russia is not an exception). The level of child mortality and morbidity among Russian regions in diverse (correlations with the level of socio-economic development)

References:

1. Anderson, B. A., Romani, J. H., Phillips, H. E., & van Zyl, J. A. (2002). Environment, Access to Health Care, and Other Factors Affecting Infant and Child Survival Among the African and Colored Populations of South Africa, 1989–94. *Population and Environment*, 23(4), 349-364.

2. NIPORT, 2003. An ethnographic research on Newborn care practices in rural Bangladesh. National Institute of Population Research and Training, Dhaka, Bangladesh.
3. Sen, A. (1998). Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*, 108(446), 1-25.
4. United Nations, 1991. *Child Mortality in Developing Countries: Socio-Economic Differentials, Trends and Implications*. United Nations Publication, New York.
5. Wang L. Health outcomes in low-income countries and policy implications: empirical findings from demographic and health surveys. World Bank Policy Research Working Paper No. 2831. Washington, DC: World Bank; 2002;1–35.
6. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>
7. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/child-survival-sdgs/>

A comparative analysis of healthy lifestyles and morbidity in Russia, Ghana and India

Masenu Felicia

1st year master's student, "Comparative Social Research" program,
Higher School of Economics, Moscow

fmasenu@edu.hse.ru

Das Adreeta Priyadarshini

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

dasadreeta@gmail.com

Alitey Ernest

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

garcon.petit@ymail.com

Abstract

The condition of being diseased or rate of disease in a population has been termed as morbidity. In today's world, many countries struggle with different kinds of diseases – both curable and non-curable - and a resulting incapacitation and reported deaths. The most common diseases that can be found in several countries include ischemic heart diseases, stroke, diarrheal diseases, Malaria (predominantly in developing countries), and lower respiratory infections among others. However, the morbidity rates of these diseases vary greatly, depending on the country in question. In this regard, studies have shown that developing countries have high morbidity, and a resulting increased death rates than developed countries. Russia is reported to have 2113.7 number of deaths in thousands compared to 209.5 for Ghana and 9944.9 for India

(WHO, 2013). In Ghana, Malaria is reported to be a highly common diseases and has a high death rate annually killing both children and adults alike, although children are the most vulnerable. Most children are also affected by measles and other child-related diseases. Similarly in India, high rates of malaria and ischemic heart diseases have been reported and a resulting higher death cases. Russia on the other hand has almost no reported cases of malaria, but also have cases of heart diseases, stroke and respiratory infections.

High morbidity rates in a population can be associated with several factors or causes. One could think of poverty, lack of adequate health facilities and environmental issues as causes of morbidity in some populations. However, in this paper we focus on the lifestyles of people as a factor accounting for the reported morbidity rates in Russia, Ghana and India. We aim to find out if people living in these countries predominantly adopt healthy lifestyles and to investigate the relationship, if any, between these lifestyles and the morbidity rates. We use nutrition, physical activity, medical check-ups, tobacco intake, alcohol consumption and safe health practices as indicators of a healthy lifestyle, and do a comparison across these three countries to find out the differences between them in this regard.

We use country level data from surveys conducted by health organisations in the three countries, analyse them separately and compare their results. We use linear and multiple regressions to test the relationship between healthy lifestyles and morbidity. Ascertaining this relationship is important to aid in the formulation of health policies (such as free primary healthcare etc.) and intervention programmes to encourage people to adopt healthy lifestyles as these are crucial in controlling and reducing morbidity among populations. Focus on health policies alone without much regard for actions at the individual level will result in poor results, particularly in areas or countries that lack adequate healthcare facilities and health care providers. Therefore, individual knowledge about healthy lifestyles will be extremely useful to such

populations in controlling or reducing morbidity of diseases common to their areas, hence, the need to investigate this issue.

Female genital mutilation in Nigeria: a socio-economic comparison of the geo-political zones in Nigeria

Oni Isaac Olumayowa

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

isaacreigns@gmail.com

ABSTRACT

Nigeria is the most populous Black Country in the world and so is the spread of the heinous act of female genital cutting or mutilation widely practiced. The country is divided into six geo-political zones but the north-south dichotomy is obvious due to the impacts of economic and literacy which is unarguably predominant in the south than in the north of the country. The research therefore tries to find out the adherence to the practice of female genital mutilation across the six geopolitical zones in the country using the Nigerian Demographic and Health Survey (NDHS) for 2013, using indicators such as wealth index of the respondents, highest level of educational attainment, employment status, religion, and place of residence (if rural or urban). Also, the types of female genital mutilation that is mostly practiced along the different ethnicities are used as variables. All of these variables are observed to examine the dissimilarity in the social and economic development in the different geo-political zones (GPZs) in Nigeria and how it influences the prevalence rate of female genital mutilation. A regression analysis using STATA software statistical package is conducted. To show the continuous practice of the act, using regression, the variable "Daughter_circumcised" is used as the dependent variable together with the previously mentioned variables as independent. The research examines to what extent that variables such as the place of residence, religion, educational and employment status; and then the wealth index of the

respondents have an effect on the continued practice of female genital mutilation.

This paper looks into the practice of female genital mutilation and tries to explain whether regional inequalities in education and economic status have a major role in influencing its practice. In this study, the variation in education and economic status is viewed from the geo-political zones and ethnicity with particular emphasis on the mother and daughter. The practice of FGM is founded on cultural and traditional belief of communities (Mandara, 2004) which is being practiced by the different ethnic groups spreads across the six geo-political regions in the country but however, the trend of inequality in Nigeria can also be analyzed in terms of its strong regional concentrations and development which are mostly economic and power distribution (Nwaogaidu, 2013). To this end, there is a strong correlation between the practice of FGM and social inequalities in the country. There is a variation in economic development from one side of the country (Duncan & Cuzzort, 1958). Thus, according Dariusz (2011), the more a community differs from one another, the higher the possibility of coming across variations. There is a huge disparity that exists between the different geo-political regions in the country and this has also reflected in the practice of a traditional belief that is present across the different ethnic groups.

Measurements, Coding, Variables and Regression Models

Daughter_circumcised is the dependent variable in this paper while the major independent variables that were used include: female circumcision continue or be stopped, female circumcision required by religion, woman's region and ethnicity. Other covariates that were used include: wealth index of the woman, employment and educational status of the woman, residence, husband/partner's educational status and employment status.

Dependent variables: "Daughter_circumcised" is a binary variable which is "yes" or "no" it is coded as "0" = NO and "1" = YES

Independent Variables: The explanatory variables included:

- a. **Main hypothetical variables in this paper:** *Attitudes towards FGM* (four categories were generated Continued = 0, Stopped = 1, Depends = 2), *female circumcision required religion* (coded as Required = 0, Not Required = 1), *Woman's Religious affiliation* (Catholic=1, Other Christians=2, Islam=3, Traditionalists=4, and Others=5) , *woman's region* (coded as North Central = 0, North East = 1, North West = 2, South East = 3, South South = 4 and South West = 5) and *ethnicity* (Fulani = 1, Hausa = 2, Ibibio = 3, Igbo = 4, Igala = 5, Ijaw = 6, Kanuri = 7, Tiv = 8, Yoruba = 9, Urhobo = 10, Ogoni = 11, Nupe = 12, Others = 13).
- b. **Other Covariates:** possible explanatory variables include: *highest educational attainment* (4 categories: No Education=0, Primary=1, Secondary=2, or Higher=3), *woman's employment status* (No=0; Yes=1), *wealth index* (5 categories: Poorest = 1, Poorer = 2, Middle = 3, Richer = 4, Richest = 5), *employment status of woman* (No = 0, Yes = 1), *residence* (Urban = 1, Rural = 2), *husband/partner's educational status* (categories: No Education=0, Primary=1, Secondary=2, or Higher=3) *husband/partner's employment status* (No Work = 0, Manageria = 1, Clerical = 2, Sales = 3, Agricultural- Self employed = 4, Agricultural- employee = 5, Househelp = 6, Services = 7, Skilled manual = 8, Unskilled manual = 9, Other = 10)

MULTIVARIATE ANALYSIS

The understand the current prevalent rate of FGM and the influence of the differentials in the socio-economic variations across the GPZs which is also streamlined to the ethnic groups in Nigeria, I fitted binary logistic models. Four different models were run with all results presented in odds ratio and a confidence interval of 95%. In each models that was run, the first in each of the categories of the variables was used as the baseline or reference category. The result of the logistic regression is displayed in the appendix.

DISCUSSION

Using a national survey, I examined the impact of regional variations in education and household wealth index to explain the continued practice of FGM in the country across the different GPZs. I discovered that truly, increase in education and having a quality and good living standard influences the practice of FGM. There is a significant association between education and the household wealth index to the continued practice of FGM. It must also however be stated that the fourth model shows the influence of religion on the practice of FGM. "Islam" is significant in the entire model to also confirm the regional variation in religious practice. Islam is predominantly practised in the North of Nigeria.

The purpose of this research is to examine the prevalence of FGM from those who actually practice it and not on those whom it was practice upon. The findings of this research would however add to the limited literatures on the practice of FGM using the perspective socio-economic development in the country.

Bibliography

1. Dariusz, K. (2011). Regional Differentiation and Sustainable Development. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy (nr 18)* , 360-371.
2. Duncan, O. D., & Cuzzort, R. P. (1958). REGIONAL DIFFERENTIATION AND SOCIO-ECONOMIC CHANGE. *Papers in Regional Science, 4(1)* , 163-177.
3. Mandara, M. U. (2004). Female genital mutilation in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 84(3)* , 291-298.
4. Nwaogaidu, J. C. (2013). Globalization and social inequality: an empirical study of Nigerian society (Vol. 80). *LIT Verlag Münster*.

APPENDIX

TABLE 4: LOGISTIC REGRESSION RESULT OUTPUTS ON THE RELATIONSHIP BETWEEN GIRL CIRCUMCISION SELECTED SOCIO-ECONOMIC VARIABLES, RELIGION AND ATTITUDE TOWARDS CIRUMCISION				
	(1)	(2)	(3)	(4)
VARIABLES	Daughter_Circumcised	Daughter_Circumcised	Daughter_Circumcised	Daughter_Circumcised
	OR	OR	OR	OR
Highest Education Attained/ Religion				
No Education/ Catholic				0 (0 - 0)
No Education/ Other Christian				1.8612 (-0.184 - 1.427)
No Education/ Islam				6.5103*** (1.150 - 2.596)
No Education/ Traditionalist				1.5777 (-0.630 - 1.542)
No Education/ Others				5.5158** (0.629 - 2.786)
Primary/Catholic				2.0482 (-0.0630 - 1.497)
Primary/Other Christian				2.8799**

				(0.330 - 1.785)
Primary/Islam				6.8587*** (1.197 - 2.654)
Primary/Traditionalist				2.5617 (-0.160 - 2.042)
Primary/Others				1.7145 (-1.454 - 2.532)
Secondary/Catholic				2.3733* (0.107 - 1.621)
Secondary/Other Christian				2.6722** (0.260 - 1.706)
Secondary/Islam				4.6766*** (0.807 - 2.278)
Secondary/Traditionalist				0.7899 (-3.572 - 3.100)
Secondary/Others				0 (0 - 0)
Higher/Catholic				2.3312 (-0.0477 - 1.740)
Higher/Other Christian				2.5867* (0.185 - 1.715)
Higher/Islam				3.7351*** (0.485 - 2.150)
Higher/Traditionalist				0 (0 - 0)
Higher/Others				10.5552 (-0.174 - 4.887)
Employment Status				

Employed		1.1485** (0.0381 - 0.239)	1.3353*** (0.171 - 0.407)	1.3570*** (0.187 - 0.424)
Wealth Index				
Poorer		1.0557 (-0.0667 - 0.175)	1.2099** (0.0486 - 0.333)	1.2384** (0.0712 - 0.356)
Middle		0.7585*** (-0.419 - -0.134)	0.9771 (-0.190 - 0.144)	1.00395 (-0.164 - 0.172)
Richer		0.6215*** (-0.631 - -0.320)	0.8841 (-0.306 - 0.0598)	0.8928 (-0.297 - 0.0707)
Richest		0.4417*** (-0.999 - -0.635)	0.6798*** (-0.597 - -0.176)	0.6939*** (-0.577 - -0.154)
Region				
North East		0.3131*** (-1.434 - -0.889)	0.3456*** (-1.367 - -0.757)	0.3206*** (-1.446 - -0.829)
North West		1.9808*** (0.465 - 0.902)	2.5090*** (0.667 - 1.172)	2.3087*** (0.580 - 1.093)
South East		4.5129*** (1.253 - 1.760)	4.1407*** (1.128 - 1.714)	4.0399*** (1.100 - 1.692)
South South		1.2363 (-0.0683 - 0.493)	1.3002 (-0.0526 - 0.578)	1.2807 (-0.0711 - 0.566)
South West		3.7256*** (1.089 - 1.542)	2.9642*** (0.827 - 1.346)	2.9408*** (0.818 - 1.340)
Attitude towards FGM				
Stopped			0.0764*** (-2.677 - -2.467)	0.0764*** (-2.677 - -2.467)
Depends			0.2198*** (-1.669 - -1.361)	0.2183*** (-1.676 - -1.367)
Education				
Primary	0.7056*** (-0.450 - -0.248)	0.9726 (-0.160 - 0.105)	1.0606 (-0.0962 - 0.214)	
Secondary	0.4988*** (-0.794 - -0.597)	0.8710 (-0.293 - 0.0165)	0.8915 (-0.295 - 0.0658)	
Higher	0.2898*** (-1.428 - -1.049)	0.695** (-0.605 - -0.123)	0.8505 (-0.435 - 0.111)	
Religion				
Other Christian		1.2003 (-0.0127 - 0.378)	1.2767* (0.0182 - 0.470)	
Islam		3.5781*** (1.050 - 1.500)	2.6833*** (0.726 - 1.248)	

Traditional ist		1.3503 (-0.221 - 0.822)	0.8384 (-0.791 - 0.439)	
Others		2.1571* (0.156 - 1.382)	1.5431 (-0.253 - 1.121)	
Constant	0.4607*** (-0.829 - -0.721)	0.0926*** (-2.687 - -2.072)	0.3401*** (-1.438 - -0.719)	0.1517*** (-2.641 - -1.131)
Observations	13,552	13,511	13,099	13,080

ci in parentheses

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05

Do Consumers Understand and Accept the Sharing Economy as a New Digital Business Model in emerging markets?

Shalaeva Anastasia Alexeevna

1st year PhD student,
Higher School of Economics, Moscow
nastya-nastya2993@mail.ru

Keywords: sharing economy, digital economy, collaborative economy, business model, consumer behavior

Increasing studies on sharing economy address the fast growing and spreading across the world phenomenon. Together with the massive distribution of sharing economy applications occurs evolution of consumer perceptions of the advantages, risks and opportunities of collaborative consumption. Future dynamics and transformation sharing economy thus will depend on both sides of the process, connected within the system of collaborative consumption as a digital business model. Diversity of implementation of the same concept (e.g. UBER) across the countries and contexts indicates that providers adapt to the context, existing regulation, protective measures, consumer perception and expectations. As emerging markets are facing numerous market inefficiencies, they might be the most active adepts of sharing economy practices. However, are the emerging markets with constantly increasing pace of change ready to deploy the full potential of collaborative consumption? Are the specific features of consumer behavior in emerging markets differ significantly from developed economies? The study analyzes the sharing economy as a new business model in the digital economy. In the course of the theoretical analysis, authors systematize existing approaches to understanding the collaborative economy, identify its key components, develop a comprehensive definition of the collaborative economy as a new business model, and describe the

factors that affect consumer behavior. The authors also reveal key trends in the global and Russian markets of the collaborative economy. Using online survey data, digital trends among services in the Russian market's sharing economy are highlighted.

Identifying the characteristics of consumers' behavior in the sharing (or collaborative) economy remains an urgent issue among both academicians and practitioners due to the increasing importance of various sectors of the sharing economy and the ongoing development of effective business models. Despite the significant growth in the number of scientific publications (almost two fold increase in the number of Scopus publications for the last 4 years), no generally accepted definitions of the terms «sharing economy» and «collaborative economy» exist in the scientific literature. Theoretical gaps and the lack of systematization of numerous approaches that often contradict each other not only hinder the correct interpretation of concepts, but also serve as obstacles to further scientific research. In addition, the features of consumer behavior in the collaborative economy vary significantly across countries and sectors. A crucial issue is that reviewing subsequent and more recent literature highlights limitations of previous researches, the specific of the sharing economy consumers in Russia in the context of emerging markets is still understudied. Existing studies focus predominantly on electronic commerce, other forms of the collaborative economy such as short term/long term real estate renting, car/things sharing, food delivery, rental services are disregarded. Few researchers have addressed the issue of sharing economy as a new business model in Russia, but unrepresentative samples (25 respondents and less) and lack of description of the methodology makes their findings not convincing. It is important to note that new digital business models are particularly suitable for emerging economies and thus should be investigated in terms of how consumers perceive them and whether they are ready to participate.

Sharing economy services on the developing markets demonstrate rapid growth in value and volume. For example, according to the information on the official web sites, the number of cars of Russian

car sharing start-up «Belka car» has increased from 100 to 1000 ones for the last three years, compared to 667 automobiles one of the first Russian car haring service Anytime, established in 2012. Both services are supported by the local government as a part of traffic congestion countermeasures in urban planning and development. The merge of local and international taxi service businesses (Yandex and Uber) in Russia in the middle of the last year and the acquisition of local delivery service Foodfox by the Yandex demonstrates the readiness to adapt new business models to develop «win-win» strategy while entering the new market. Recent studies outline that the development of emerging economies not only contributes to the global economic growths but also raise new risks. Lack of infrastructure, high level of corruption, restricted ownership of different types of assets, political instability and high inflation rates are major challenges of the emerging markets which could be combatted entering businesses by finding a local partner.

As a result of the generalization of the above approaches, authors formulate a comprehensive definition of the sharing economy as a new business model within the framework of the study. The sharing economy as a new business model is a platform for the creation of value by participants in interaction through consumption, borrowing, reuse, and the donation of goods and services. The proposed definition does not depreciate earlier approaches, but complements them, emphasizing the multifaceted nature of various aspects of consumer interaction in a digital economy. Based on the proposed definition of the sharing economy authors agree with one of the definitions of the digital sharing economy developed by the Dalberg Company. Digital sharing is the collaborative consumption of assets through digital platforms by creating additional value without transferring ownership rights between two or more individuals. Crowdfunding is one of the examples of financial digital sharing. Digital sharing could solve such global problems of the developing economies as illiteracy and a low level of education, poverty, limited access to finance, unemployment of young people, and agricultural productivity. The authors identified

the most popular business models of the collaborative economy: crowdsourcing, leasing, low-cost, model from product to service, subscription model, user community

Due to the lack of reliable customer data in emerging markets, most studies have only focused on developed markets, despite the fact that factors affecting consumer behavior in the developing markets every year attracting considerable interest of researchers. Understanding the factors of consumer response in emerging markets and highlighting disparities between markets is a remarkable feature of future research.

Consumer behavior in terms of values, attitudes and motivation is shifting both in emerging and developed economies, it is a well known fact that every year globalization contributes to increasing similarities and decreasing differences in factors affecting consumer behavior. The analysis of previous studies outlines that in 2018 consumers in European countries («Clean Lifers») tend to prefer access, not ownership, save money, think about the ecology, spend money on experience rather than things. Collaborative business models are becoming the mainstream. Despite the growing interest to consumer behavior in developing markets, studies on emerging economies are sufficiently present in the literature. Compared to developed countries, the question of such factors as environmental benefits, additional income, cost reduction, attitude of the reference group, trust, ownership status, affecting consumer participation in the collaborative services in developing countries still remains unclear.

Using online survey data, the authors identified the most popular services for Russian consumers of the sharing economy. These services include renting services, renting things, renting out/renting apartments from private persons, and buying things online. Based on an analysis of existing studies, key factors that influence consumer behavior in the collaborative consumption in developed and developing economies are categorized under the titles of

drivers (high level of trust, environmental protection, cost reduction, additional income, modern lifestyle, simplicity of use) and barriers (low level of trust, complexity of use, different kinds of risks). Such drivers as recommendation of the reference group and preference of ownership as a reflection of higher social status are more typical for emerging markets because of market failures and low level of trust. As the results of empirical studies of Russian consumers have shown, to build profitable long-term position in the emerging markets companies in the sector of the sharing economy should pay special attention to consumer confidence (credibility and trust), since this factor is one of the most important barriers on the Russian market.

Health is Wealth: An Analysis of the Relationship between Sensory Disability and Economic Status among Adult Persons Living with Disability in Ghana

Simmons Sally Sonia

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

ssimmons@edu.hse.ru

Introduction

Economic status, often regarded as socio-economic status, is an assembled phenomenon which builds on different elements (van Tilburg, van Groenou, & Komp, 2010). Its main facets are finance, occupation and education (Conway et al., 2010; Di Domenico & Fournier, 2014; Wang, Chan, & Chi (2014). Economic status is perceived to be associated with health disorders, diseases, demographic characteristics or positions within a stratified society (Adimora, Nwokenna, Omeje, & Eze, 2015; Sarpong et al., 2010; Shaikh & Pathak, 2017). It serves as a measure of the quality of life of people above, at or below which people are regarded as having a high, average or low economic status (Adimora, Nwokenna, Omeje, & Eze, 2015). Unfortunately, minority groups are conveyors of low economic statuses (Naami et al., 2012; Naami et al., 2015). Moreover, these minority groups often dwell in developing countries like Ghana. Classification of groups as minority stems from race, gender, demographic factors and disability, if not impairment. In addition, several epidemiological studies have studied the relationship between economic status and health of populations (Di Domenico & Fournier, 2014; Novaković et al., 2014).

The studies found a strong relationship between poor health including health losses and socio-economic status. Admittedly, persons with disabilities form the largest minority group with the lowest income status (Naami et al., 2015). Thus, the social impact of their demographic features and health losses is low economic status (Latane, 1981; Latané, 1996; Latané, B., & L'herrou, 1996; Onyx, 2014)

Weak working conditions (Ahmed et al., 2017, Bongaarts, 2009, Mba, 2010), illnesses coupled with other demographic factors creates health losses, other than death in Ghana (Andreev & Becker, 2010; Murray et al., 2012). As such, the prevalence of persons with health losses other than death in Ghana is high (Slikker, 2009). Moreover, within the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Framework, health losses are numerous. Some of these are participation and activities in the form of communication, sensory functions and pain and voice and speech functions (Meyer, Grenness, Scarcini, & Hickson, 2016). Among these, sensory dysfunction is premium. Now, sensory health losses also have segments that are very common in Ghana (Mulwafu, Kuper, & Ensink, 2016). These segment correlate communication dysfunctions like speech, aural and ocular impairments-sight are virulent (Rosenbaum & Stewart, 2004). These malfunctions evolve from the negative aspects of the interactive processes between people and the place of abode (Ghana). The adverse effects of the interactive processes are disabilities (Mitra et al., 2011; Mitra et al., 2013). Hence, the people who suffer these conditions become persons with disabilities (PWD) (Murray et al., 2012).

Persons living with disabilities (PWD) include people who are speech, hearing and visually impaired. The speech impaired live with communication disorders. These disorders qualify the

inability to understand and comprehend speech, and have essential visually expressive skills (Prelock, Hutchins, & Glascoe, 2008). Also, the hearing impaired barely comprehend sounds, audio or sonic frequencies in the normal range, (20 to 20000 Hertz or 41 Decibels (dB)). However, among adults, the phenomenon is measured above 41 dB (Duthey, 2013). The visually impaired include persons with severe, mild or moderate sight loss. Those who have severe sight loss are often regarded as blind while their counterparts are persons with low vision (Wang et al., 2016).

In current times, about 15% (more than a billion) of the world's population live with a disability. 785 million out of the one billion persons are age 15 years and above (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2013). Also, out of the one billion cases, 360 million belongs to hearing loss (5.3%) whereas 285 million have sight loss (Mulwafu, Kuper, & Ensink, 2016). Blindness swallows about 39 million people (entirely blind) and 246 million people (visually impaired) of the sight loss population of PWD (Mulwafu, Kuper, & Ensink, 2016). In Ghana, about 10% of the population has some form of disability. It is higher than the previous rate which was less than 10%. However, the most predominant is the visual impairment although the deafness is significant. In recent times, the Ghana Statistical Service (GSS), has illustrated that about 53.4% and 11.2% of all the disabilities in the country is visually impairment and deafness, respectively (Slikker, 2009).

The distribution of visual impairments and deafness is influenced by demographic characteristics such as age, sex, place of residence and marital status ((Ansah's 2017;Casson, 2013; Chen et al., 2015; Naidoo et al., 2014; Wang et al., 2014). Both impairments have been found to be higher among the aged and women than the younger population and men. It is even daunting with the onset of

degenerative diseases such as diabetes mellitus, refractive errors, cataract, age-related macular and glaucoma (Maake & Oduntan, 2015; Leasher et al., 2016). However, behavioural factors such as cigarette smoking, abuse and improper use of ototoxic medications like anti-malarial drugs are keen for vision loss and hearing impairment (Campo, Morata, & Hong, 2013; Duthey, 2013).

Ghana has implemented policies and adapted the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2007) (Hoffman et al, 2016; WHO, 2012, WHO, 2014) to improve the lives of the visually impaired and hearing. Some of the policies implemented included the inclusion of Sign Language in the educational curriculum of training colleges, Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP), and the Ghana Disability Act (Abukari et al., 2015).

However, Lang et al., (2011) indicated that despite countries implementing the policies, most persons with disabilities (PWD) in developing countries still live in poverty. So far limited attention has been given to the findings of the work from Lang and his colleagues. The absence of quality data on disability especially in Ghana is a contributing factor (Mitra, Posarac, & Vick, 2013). Also, investigations about disability is perceived to be a reservation for some specialist if not public health professionals (Mitra, Posarac, & Vick, 2013). Besides, many studies in Ghana have concentrated on the perceptions people have about disability (Edusei, Mprah, Owusu & Dahamani, 2015; Mprah, 2013). Few research works have studied the relationship between the socio-economic status of PWD in Ghana (Mitra et al., 2011; Andreev & Becker, 2010). A national representation of the phenomenon is lacking. Moreover, no study has experimented disability as a predictor of the socioeconomic status of the visually and hearing impaired in Ghana. Given this void, proper understanding of the

economic status of the hearing and visually impaired would be significant in tackling the problem of PWD economic well-being.

Materials and Methods

The study used data from the World Health Organisation SAGE Wave 1 (Global Ageing and Adult Health) for Ghana (2009). 590 adults aged 18 years and above were included in the study. Based on this sample size, a retrospective explorative cross-sectional analytical study was undertaken. In-degree networks, chi-square and logistic regressions were used in analysing the data. Visual and hearing impairments, wealth-quintile, education, age, sex, diabetes, smoking, employment status and place of residence were the variables of the study. Wealth-quintile, education and employment status were measured as outcome variables whereas, age and sex, excluding place of residence were control variables. Visual and hearing impairments were experimenters. All variables were coded based on the literature search. The predictor variables were coded as “no” and “yes” for hearing impairment while visual impairment became ‘none’, ‘mild’, ‘moderate’, and ‘severe.’ Moreover, education was coded as “not educated” and “educated”, employment status was “not employed” and “employed”. Smoking and Diabetes became the instrumental variables for the predictor variables of the study. The explanatory variables which were significantly related to visual and hearing impairment were then used in the regression analysis. The analyses were undertaken using R studio version 1.1.442. All statistical analyses were considered significant at $p < 0.05$.

Results

Table 1 and figure 1 present the prevalence of and interconnectedness between vision and hearing impairments by age, sex and place of residence of 590 respondents. The recorded rate of visual impairment in the form of “mild”, “moderate” and “severe” was higher (60.3%). The recorded rate of all hearing impairment was (1.7%). More individuals reported mild (28.8.1%) and moderate (23.1%) visual impairments than severe impairment (8.5%). The elderly years (50+) were for instance, 90%, 91%, and 94% contributors of mild, moderate, and severe visual impairment than the young (18-49 years) (see figure 1). For those who were hearing impaired, elderly were for instance, 90% contributors of hearing impairment than the youth (18-34years). Visual and hearing impairments among males was higher than among females. The two impairments were higher in the rural areas than urban areas (see table 1).

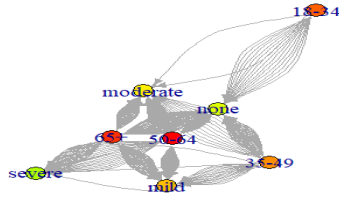
Table1: Percentages Distribution of the Prevalence of the Forms of Sensory Disability Stratified by Background Characteristics in Ghana

Characteristics	Ghana, N=590			Hearing Impairment (%)
	Mild (28.8%)	Moderate (23.1%)	Severe (8.5%)	Yes (1.7%)
Age Groups				
18-34	0.00	0.34	0.00	0.00
35-49	2.37	2.03	0.51	0.17
50-64	19.15	10.68	2.88	0.51
65+	7.29	10.00	5.08	1.02
Sex				
Male	26.44	21.02	7.12	1.53
Female	2.37	2.03	1.36	0.17
Place of Residence				
Urban	12.03	8.81	2.88	0.68
Rural	16.78	14.24	5.59	1.02

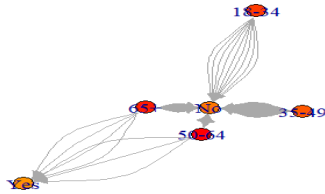
Source: SAGE Wave 1: Global Ageing and Adult Health for Ghana, 2009. Note that the denominators within the tables might vary because: participants who, due to certain reasons, were unable to answer the question, participants who may have responded 'don't know', as well as non-response from participants. Thus, the percentages given are valid

Figure 1: In-Degree Networks Showing the Interconnectedness between Demographic Characteristics and Sensory Disability

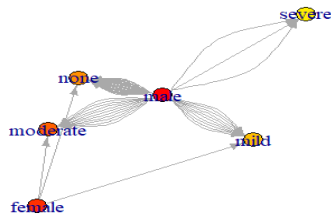
A Network Showing Age and Visual Impairment in Ghana



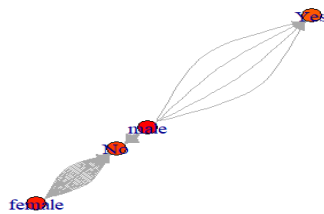
A Network Showing Age and Hearing Impairment in Ghana



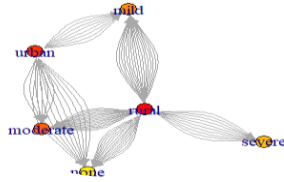
A Network Showing Sex and Visual Impairment in Ghana



A Network Showing Sex and Hearing Impairment in Ghana



A Network Showing Residence and Visual Impairment in Ghana



A Network Showing Residence and Hearing Impairment in Ghana

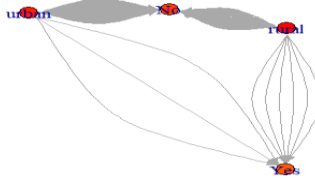


Table 2 presents the logistic regression and chi-square analysis on the socio-demographic predictors of visual impairment in Ghana. It was realised that the probability of developing VI [($p < 0.01$), (OR=0.03, 95%CL=0.03-0.04)] and HI [($p < 0.001$), (OR=0.50, 95%CL=-0.01- 0.11)], increased with age. Sex was a significant predictor of VI with regression (OR=0.30, 95%CL=0.04-0.57) but not the chi-square analysis ($p=0.99$) and HI [OR= 0.99, 95%CL=0.19(-2.75-1.91)] .VI [$p=0.545$, OR=0.12, 95%CL=-0.03-0.27] and HI [0.99, 0.03(-1.25-1.40)] had insignificant relationships with place of residence (see Table 2).

Table 2: A Table Showing the Logistic Regression and Chi-Square Outcomes of the Relationship between Visual and Hearing Impairment and Demographic Variables in Ghana

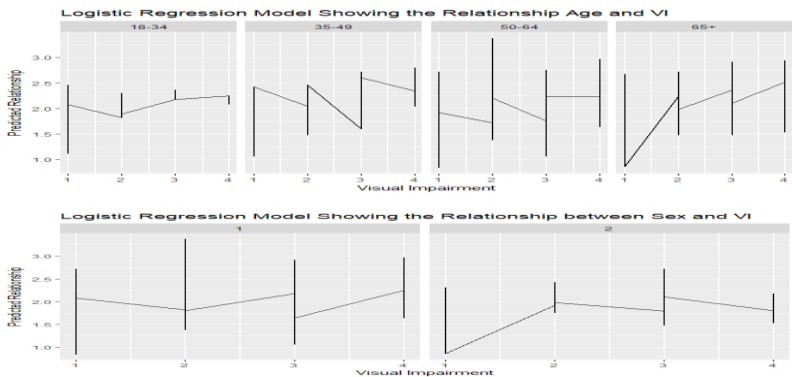
	Ghana			
	Visual Impairment		Hearing Impairment	
	OR (95% CL)	<i>p-value</i>	OR (95% CL)	<i>p-value</i>
Age	0.03(0.03-0.04) [9.15]	<0.01	0.50(-0.01- 0.11) [1.74]	<0.001
Sex	0.30(0.04-0.57) [2.24]	0.213	0.19(-2.75-1.91) [0.18]	0.99
Residence	0.12(-0.03-0.27) [1.52]	0.545	0.03(-1.25-1.40) [0.04]	0.99
Intercept	-0.26(-0.77-0.25) [-0.99]		-7.46 (-11.99 - -2.89) [-3.23]	
Observations	590		590	

Source: SAGE Wave 1: Global Ageing and Adult Health for Ghana, 2009.

Note: Values in squared parentheses are the *t-ratios*, dependent variable is Visual Impairment. Insignificant values are in bold. $p < 0.001$, $p < 0.01$ denotes statistically significant at 0.001 & 0.01

Note: Values in squared parentheses are the *t-ratios*, dependent variable is Visual Impairment. Insignificant values are in bold. $p < 0.001$, $p < 0.01$ denotes statistically significant at 0.001 & 0.01

Figure 2: Predicted Relationships between Sensory Disability and Demographic Characteristics



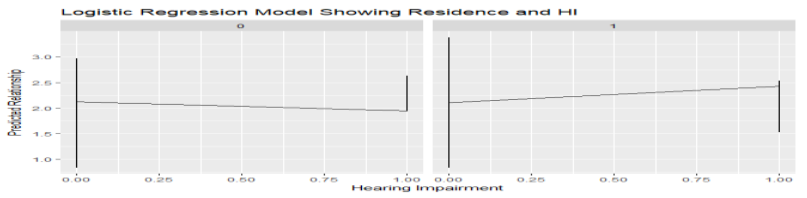
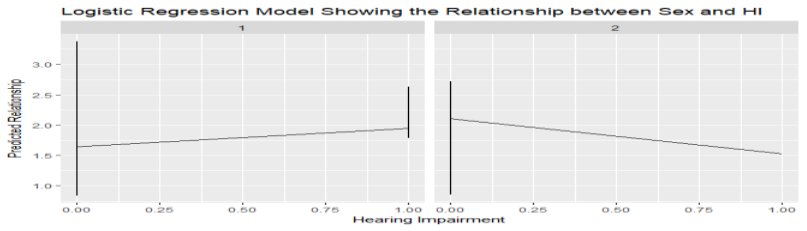
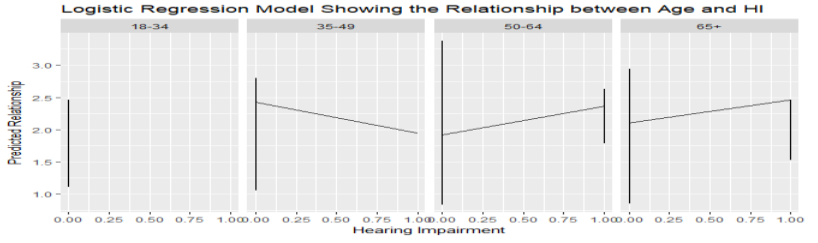
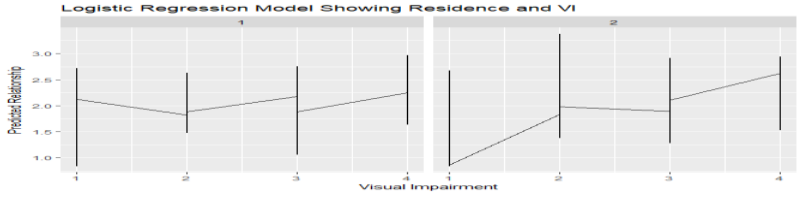


Table 3 shows the relationship between sensory disability and economic status among persons living with disability in Ghana. Ghanaians who are visually impaired was less likely to be educated or have a higher educational status as compared to their colleagues who suffered no visual impairment. Persons living with mild (OR=0.76, 95%CL=0.51-1.15), moderate (OR=0.39 95%CL=0.25-0.60) and severe (OR=0.46, 95%CL=0.24-0.85) impairment had lower likelihoods of been educated. Although insignificant, persons living with hearing impairment were more likely to be educated (OR=1.85, 95%CL=0.50-8.84). Persons living with mild (OR=2.48, 95%CL=1.88-3.26), moderate (OR=5.28, 95%CL=3.48-8.25) and severe (OR=9.88, 95%CL=4.46-26.20) visual impairment and hearing impairment (OR=5.81, 95%CL=3.14-11.79) were more likely to be unemployed. With both impairments, Ghanaians were more likely to be in the poorest, poorer and middle wealth quintile class but these relationship was insignificant.

Table 3: A Table Showing the Logistic Regression Outcome for the Relationship between Sensory Disability and Economic Status in Ghana

Ghana			
Predictors	Educational Status	Employment Status	Wealth Quintile
	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)
	Ref: Not Educated	Ref: Employed	Ref: Poorest
Visual Impairment			
None	Ref.		
Mild	0.76(0.51-1.15)		
Moderate	0.39(0.25-0.60)		
Severe	0.46(0.24-0.85)		
Hearing Impairment			
Yes	1.85(0.50-8.84)		
		(Not Employed)	
Visual Impairment			
None		Ref.	
Mild		2.48(1.88-3.26)	
Moderate		5.28(3.48-8.25)	
Severe		9.88(4.46-26.20)	
Hearing Impairment			
Yes		5.81(3.14-11.79)	
			(Poorest)
Visual Impairment			
None			Ref.
Mild			1.14(0.72-1.80)
Moderate			1.44(0.77-2.68)
Severe			1.12(0.48-2.63)
Hearing Impairment			
Yes			0.87(0.46-1.64)
			(Middle)
Visual Impairment			
None			Ref.
Mild			1.10(0.71-1.72)
Moderate			1.51(0.83-2.75)
Severe			1.27(0.57-2.86)
Hearing Impairment			
Yes			0.66(0.35-1.25)
			(Richer)
Visual Impairment			
None			Ref.
Mild			0.85(0.55-1.30)
Moderate			1.05(0.58-1.90)
Severe			0.57(0.23-1.42)
Hearing Impairment			
Yes			0.42(0.21-0.83)
			(Richest)
Visual Impairment			
None			Ref.
Mild			0.79(0.52-1.21)
Moderate			0.85(0.47-1.54)
Severe			0.59(0.25-1.38)
Hearing Impairment			
Yes			0.55(0.29-1.03)

Source: SAGE Wave 1: Global Ageing and Adult Health for Ghana (2009). Insignificant values are in bold. Controlling for age

Table 4 shows endogeneity test outcome for instrumental variables. For all the experiments, smoking and diabetes were twice recorded as weak instruments for the endogenous variables (visual and hearing impairments). However, none of the instrumental variables

(smoking and diabetes) was invalid nor did there exist any exogeneity (see table 4).

Table 4: A Table Showing the Instrumental Variable Regression Outcome for the Relationship between Visual and Hearing Impairment and Economic Status in Ghana and Russia

	Ghana					
	Quintile		Education		Employment	
	VI	HI	VI	HI	VI	HI
Impairment	1.68 (1.02)	34.22 (1.96)	0.97 (1.60)	<u>7.65</u> (1.82)	0.49 (2.12)	-14.23 <u>(-0.39)</u>
Weak Instruments	2.18*	4.42*	1.8	<u>4.42*</u>	2.18	4.42*
Wu-Hausman	17.65***	29.99***	18.35***	<u>11.40***</u>	6.08*	2.72
Sagan	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Source: SAGE Wave 1: Global Ageing and Adult Health for Ghana & Russia, 2009 & 2010.

Note: Values in parentheses are the *t*-ratios, dependent variable is economic status (education, employment, wealth quintile). Significant values: ($p < 0.001$),***, ($p < 0.01$),**, ($p < 0.05$)*, ($p < 0.1$) . NA: Not Available.

Discussion

Sensory disability, visual and hearing impairment, is a public health issue which has malicious effects on the economic status of people (Adjei-Amoako, 2016; Ansah, 2017). Again, the study revealed that some demographic factors influence visual and hearing impairment status, some of which are beyond the control of the individuals. It was identified that VI and HI increased with age. This finding affirms the postulations of previous studies that there is a positive relationship between age and development of VI and HI (Ansah's 2017; Chen et al., 2015; Naidoo et al., 2014; Wang et al., 2014). Within, the study sex was a weak relationship with VI and HI with different analytical tools. Hence, the postulation that sex an important causal factor for visual and hearing impairment can neither be affirmed or refuted (Ansah, 2017; Pan et al., 2016). Employment and education but not wealth quintile status have a significant relationship with sensory disability. Ghanaians who were live with sensory disabilities were more likely to unemployed and uneducated.

Conclusion

Our study revealed that some demographic variables influence visual impairment among Ghanaians. Given that vision impairment increases with age and also paves way for a lower economic status, programmes and policies should not only target the influencers and effect sensory impairment on the lives of people.

Competing Interests

The author declare that there no competing interests.

Authors' Contributions

Sally Sonia Simmons conceived the study and performed the analysis. Sally Sonia Simmons edited the manuscript and proof-read the final manuscript and approved it.

Acknowledgments

The author acknowledge SAGE for providing with the data upon which the findings of this study were based.

References

1. Abukari, Z., Kuyini, A. B., & Kuyini, M. A. (2015). Education and Health Care Policies in Ghana: Examining the Prospects and Challenges of Recent Provisions. *SAGE Open*, 5(4), 2158244015611454.
2. Adjei-Amoako, Y. (2016). Promoting inclusive development in Ghana: disabled people's and other stakeholders' perspectives. *Development in Practice*, 26(7), 865–875. <https://doi.org/10.1080/09614524.2016.1210092>

3. Adimora, D. E., Nwokenna, E. N., Omeje, J. C., & Eze, U. N. (2015). Influence of Socio-Economic Status and Classroom Climate on Mathematics Anxiety of Primary School Pupils. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 693–701. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.109>
4. Andreev, A., & Becker, C. (2010). Age-adjusted disability rates and regional effects in Russia. *Demographic Research*, 23, 749–770. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2010.23.27>
5. Ansah, D. O. (2017). Prevalence and Causes of Visual Impairment among Patients in Juaben Hospital Eye Clinic, Ghana. *MJ Opht.* 2 (2): 017. Citation: Ansah DO.(2017). Prevalence and Causes of Visual Impairment among Patients in Juaben Hospital Eye Clinic, Ghana. *MJ Opht*, 2(2), 017.
6. Bongaarts, J. (2009). Human population growth and the demographic transition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1532), 2985–2990. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0137>
7. Campo, P., Morata, T. C., & Hong, O. (2013). Chemical exposure and hearing loss. *Disease-a-Month*, 59(4), 119–138. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2013.01.003>
8. Chen, X. (2015). Exploring the implications of social change for human development: Perspectives, issues and future directions: SOCIAL CHANGE AND HUMAN DEVELOPMENT. *International Journal of Psychology*, 50(1), 56–59. <https://doi.org/10.1002/ijop.12128>
9. Conway, D. I., McKinney, P. A., McMahon, A. D., Ahrens, W., Schmeisser, N., Benhamou, S., ... Brennan, P. (2010). Socioeconomic factors associated with risk of upper aerodigestive tract cancer in Europe. *European Journal of Cancer*, 46(3), 588–598. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.09.028>
10. Di Domenico, S. I., & Fournier, M. A. (2014). Socioeconomic Status, Income Inequality, and Health Complaints: A Basic Psychological Needs Perspective. *Social Indicators Research*, 119(3), 1679–1697. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0572-8>

11. Duthey, B. (2013). Background paper 6.21 hearing loss. Geneva: WHO Int.
12. Hoffman, S. J., Sritharan, L., & Tejpar, A. (2016). Is the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Impacting Mental Health Laws and Policies in High-Income Countries? A Case Study of Implementation in Canada. *BMC International Health and Human Rights*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0103-1>
13. Latane, B. (1981). The psychology of social impact. *American Psychologist*, 36(4), 343.
14. Latané, B. (1996). Dynamic social impact: The creation of culture by communication. *Journal of Communication*, 46(4), 13–25.
15. Latané, B., & L’herrou, T. (1996). Spatial clustering in the conformity game: Dynamic social impact in electronic groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1218.
16. Leasher, J. L., Bourne, R. R. A., Flaxman, S. R., Jonas, J. B., Keeffe, J., Naidoo, K., ... Taylor, H. R. (2016). Global Estimates on the Number of People Blind or Visually Impaired by Diabetic Retinopathy: A Meta-analysis From 1990 to 2010. *Diabetes Care*, 39(9), 1643–1649. <https://doi.org/10.2337/dc15-2171>
17. Maake, M. M., & Oduntan, O. A. (2015). Prevalence and causes of visual impairment in patients seen at Nkhensani Hospital Eye Clinic, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 7(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.728>
18. Mulwafu, W., Kuper, H., & Ensink, R. J. H. (2016). Prevalence and causes of hearing impairment in Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 21(2), 158–165. <https://doi.org/10.1111/tmi.12640>
19. Naami, A., & Hayashi, R. (2012). Perceptions About Disability Among Ghanaian University Students. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 11(2), 100–111. <https://doi.org/10.1080/1536710X.2012.677616>

20. Naami, A. (2015). Disability, gender, and employment relationships in Africa: The case of Ghana. *African Journal of Disability*, 4(1). <https://doi.org/10.4102/ajod.v4i1.95>
21. Naidoo, K., Gichuhi, S., Basáñez, M.-G., Flaxman, S. R., Jonas, J. B., Keeffe, J., ... on behalf of the Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. (2014). Prevalence and causes of vision loss in sub-Saharan Africa: 1990–2010. *British Journal of Ophthalmology*, 98(5), 612–618. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2013-304081>
22. Novaković, R., Cavelaars, A., Geelen, A., Nikolić, M., Altaba, I. I., Viñas, B. R., de Groot, L. C. (2014). Review Article Socio-economic determinants of micronutrient intake and status in Europe: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 17(05), 1031–1045. <https://doi.org/10.1017/S1368980013001341>
23. Onyx, J. (2014). Social Impact, a Theoretical Model. *Cosmopolitan Civil Societies: An Interdisciplinary Journal*, 6(1), 1–18.
24. World Health Organisation. (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976.
25. Pan, C.-W., Qian, D.-J., Sun, H.-P., Ma, Q., Xu, Y., & Song, E. (2016). Visual Impairment among Older Adults in a Rural Community in Eastern China. *Journal of Ophthalmology*, 2016, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2016/9620542>
26. Sarpong, N., Loag, W., Fobil, J., Meyer, C. G., Adu-Sarkodie, Y., May, J., & Schwarz, N. G. (2010). National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana. *Tropical Medicine & International Health*, 15(2), 191–197. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02439.x>
27. Shaikh, Z., & Pathak, R. (2017). Revised Kuppuswamy and B G Prasad socio-economic scales for 2016. *International Journal Of*

- Community Medicine And Public Health, 4(4), 997.
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20171313>
28. Slikker, J. (2009). Attitudes towards persons with disability in Ghana. VSO, Sharing Skills, Changing Lives, Ghana Volunteer May.
 29. van Tilburg, T., van Groenou, M. B., & Komp, K. (2010). Paid work between age 60 and 70 years in Europe: a matter of socio-economic status? *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(1), 45–75.
 30. World Health Organisation (Ed.). (2007). *International classification of functioning, disability and health: Children & youth version ; ICF-CY*. Geneva: World Health Organization.
 31. World Health Organisation, & Worldbank (Eds.). (2011). *World report on disability*. Geneva: WHO.
 32. World Health Organisation. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization.

“He told me to take one tablet in the morning and one in the evening”: A qualitative study of antimalarial medications dispensary at pharmacy and licensed chemical shops in Cape Coast, Ghana

Simmons Sally Sonia

1st year master student, “Population and Development” program,
Higher School of Economics, Moscow
ssimmons@edu.hse.ru

Background

Malaria continues to be one of the most common diseases affecting humans globally [1]. It is transmitted to humans through bites of infected female Anopheles mosquitoes. Almost half of the world’s population – about 3.2 billion people – are currently at risk of malaria infection. The impact of malaria falls almost entirely on sub-Saharan, as it carries the highest share [2]. In 2015 alone, the sub-region was home to 88% and 90% of all malaria cases and mortality [1, 2].

Dispensing medications is a component of pharmacy practice. It includes providing information on medications in use or new medications, dosage, side effects, and drug interactions with other medications or with food. Recommendations on medication administration due to unique situations, precautions and contraindications and storage conditions are also included [3]. Appropriate dispensing guarantees that effective drugs are given to the right clients in the prescribed dosages and quantities with clear instructions [4]. Dispensing antimalarial medications is done by dispensers comprising pharmacists, medicine counter assistants, dispensing technicians, medical doctors, nurses, and sales persons with limited dispensing-related education [5,6].

Following a change in the Global Malaria Treatment Policy from presumptive fever treatment to targeted treatment following

positive parasitological diagnosis, also called “test and treat” (T&T) [7], dispensing antimalarial medications has gained much attention worldwide [8]. These concerns were triggered by the fact that the dispensary process was found to be off-label [9]. Detailed history, extensive microscopic examination, blood smear for malaria parasites or Rapid Diagnostic Tests (RDTs) with blood specimen are expected to be conducted before dispensing antimalarial medications [7]. RDTs for malaria are potentially usable in drug retail facilities, including pharmacy and licensed chemical shops [10]. Antimalarial medications can be purchased in pharmacy and licensed chemical shops as Artemisinin-based Combination Therapies (ACTs) [11]. Ghana failed to meet the Millennium Development Goal (MDG) six target of halting and beginning to reverse the incidence of malaria by the year 2015 malaria related mortality is still high [12,13]. The Sustainable Development Goal (SDG) target 3.3. also requires the country to eradicate malaria by the year 2030 [13]. To achieve this feat, regulations such as the Ghana policy of presumptive diagnosis and standards set by regulatory bodies such as the Pharmacy Council of Ghana, require that the dispensing of antimalarial medications be guided by rapid diagnostic testing [14–17]. Marfo, Owusu-Daaku and Kyerewaa-Akromah [18] also note that in the dispensary of antimalarial medications, records should be kept of the name of the medicine, route of administration, dosage, and personal details of the patient.

Despite the availability of these policies and regulations, concerns have been raised about the inappropriate dispensing of the medications in the country [19]. These concerns include the fact that dispensers serve the medications to the clients without asking any question or conducting RDTs on them [20]. This comes at the backdrop of a study by Kwansa-Bentum et al. [21] where 57% of their study participants visited pharmacy and licensed chemical shops as their first point of call when they suspected malaria. Usually, some clients only have symptoms as a result of other conditions but not malaria, yet purchase anti-malaria medications [4,19,22,23]. Such clients later suffer malicious health problems

[24]. Moreover, there can be instances ACTs; artemisinin derivatives alone can be dispensed (monotherapies) and potentially menacing ACT efficacy in the long-term [25]. Despite these occurrences, there is a paucity of empirical literature on the adherence to standards by dispensers while dispensing anti-malaria medications. The study, therefore, assessed antimalarial medications dispensing practices at pharmacy and licensed chemical shops in Cape Coast in relation, Ghana.

Methods

The study was conducted in the Cape Coast Metropolis, the administrative capital of the Central Region which is one of Ghana's 10 administrative regions [26]. It has a total of 26 pharmacy and 58 licensed chemical shops in Cape Coast and they are all owned by private individuals.

The study was qualitative in nature, and we adopted the observation and mystery client approaches. These approaches provided the capacity to gain in-depth understanding of actual transactions and experiences of the clients [27]. An observation guide was developed and used for the collection of data from mystery clients. The guide was divided into three sections; rapid diagnostic counselling on and recording of clients' details while dispensing antimalarial medications respectively. Three males and 3 females were recruited as the mystery clients and were trained for six days on how to conduct the observations and also purchase anti-malarial medications from the shops. The selection of the clients was informed by their recall ability and experience with observation study. The mystery clients visited and bought antimalarial medications from all the 26 pharmacy shops and 34 licensed chemical shops. Initially, each of the mystery clients visited four pharmacy shops (24 shops) and five licensed chemical shops (30 shops). After this first round of data collection, two of the mystery clients visited the remaining two pharmacy shops (each of them visited one shop) while the other four individually visited four licensed chemical shops which were not covered in the first round. In the process of purchasing the medicines, they also conducted the

observations which they later filled out in the observation guide after each visit.

All study participants and shops visited were represented with pseudonyms. Data collection from the pharmacy shops lasted for a period of four weeks. The validity and trustworthiness of the instruments were pre-tested. Data collected were analysed manually and thematically. Statements from the mystery clients were presented as quotations to substantiate major issues discussed.

Results

Conducting of Rapid Diagnostic Tests (RDT) before dispensing antimalarial medications

None of the pharmacies and licensed chemical shops visited, carried out an RDT or requested for prescription from the clients before selling the antimalarial medications. The following quotes summarise the observations of the mystery clients at the pharmacy shop in this regard;

She just gave me the drug after I told her I wanted to buy a malaria medicine. She didn't ask me to provide any document from a medical doctor before selling the medicine to me. Also, she did not ask me anything concerning the rapid diagnostic test and if I was interested in taking the test to be sure I had malaria before buying the medicine. All she told me after I said I wanted to buy the medicine was; "LONART® - DS is GHC 15" and then proceeded to hand it over to me while taking the money from me.

– Client 1 at Pharmacy D.

He just gave me the medicine after I paid for it. So, I went out as though I was leaving the shop, then I returned and told him that I used to hear about a test for malaria on the radio and that according to the radio broadcast, one is expected to have the test done to be sure he or she is having malaria before taking the

medicines. He then told me that they did not have the test and usually do not conduct it.

–Client 5 at Licensed Chemical Shop 10.

Counselling on antimalarial medications

Dispensers in most of the pharmacy and licensed chemical shops did not give the mystery clients any meaningful counselling on how to use the drugs. Only eight of them spent some time to counsel the clients on how to use the medications. The following quotes summarise the responses of the mystery clients regarding counselling based on antimalarial medications purchased at the pharmacy shops;

Client 2 also reported that;

She told me that I may feel weak or drowsy after taking the medicine and urged me not to be worried when that happens since it was a normal but minor side effect of the drug. She also told me that I may feel like vomiting after taking the drugs as well as experience some minor abdominal pains.

- Client 2 at Pharmacy D.

He said I should take the medicine twice in a day. He told me to take one tablet in the morning and one in the evening. On the box of the medicine, he wrote '10pm 6am' (Figure 2). In case I miss the exact period, he recommended that I took it immediately I remember. There was no mention of whether I should swallow it or insert it anally. He also did not tell me whether I should take the medicines before or after eating.

–Client 4 at Licensed Chemical Shop 31.

Recording of clients' details in the dispensary of antimalarial medications

The study showed that almost all the dispensers did not ask about the malaria history of the mystery clients. The following quotes summarise the responses of the mystery clients in this regard;

There was no book on the counter. He didn't ask if I was ever diagnosed with malaria or the last time I treated it. After paying for the medicine (LONART® - DS), I did not see him record anything. He only gave me the medicine and started attending to the client after me. I thought he would record it after attending to the next person, so I waited for some time, but after serving that client, he moved on to serve the next person.

–Client 6 at Pharmacy J.

Discussion

The study explored the dispensary practices relating to antimalarial medications at the pharmacy and licensed chemical shops in the Cape Coast Metropolis, Ghana. In a country where strict rules and guidelines are least enforced [28] and dispensers are also not adequately informed about the dispensary regime of test required drugs, clients' health is always at high risk. The study revealed that the practices of dispensers resulted in inconsistencies in the dispensary of antimalarial medications as compared to stipulations by the regulatory bodies and existing policies.

The fact that none of the dispensers ran the RDT but dispensed the antimalarial medications means their actions were contradictory to the Guidelines for the Treatment of Malaria [7], Guidelines for Case Management of Malaria in Ghana [29], and the Health Professions Regulatory Bodies Act of 2013 [16].

Also, the study showed found that none of the pharmacy and licensed chemical shops checked the details and history of the mystery clients regarding malaria infection. It shows that antimalarial medications are usually sold to persons may not really need to use them. Such persons may not really be suffering from malaria but only have some symptoms of the disease. This practice

confirms Hussain, Ibrahim and Baber's [30] argument that dispensers hardly ever ask questions regarding symptoms presented by clients before dispensing drugs to them.

Counselling clients on how to use drugs forms a part of the fundamental responsibilities of a dispenser [31, 32]. The failure of most of the dispensers to provide counselling on the dispensed medications is, therefore, likely to result in potential abuse of the medicines. The findings also confirm argument by Sneeringer et al. [33] that often dispensers provide incomplete information to clients. It may be due to inadequate knowledge which has been documented by Hussain et al. [28] in a Tanzanian study.

Conclusion

The dispensing practices regarding antimalarial medications at pharmacy and licensed chemical shops in Cape Coast did not conform to the stipulations by the Guidelines for the Treatment of Malaria, Guidelines for Case Management of Malaria in Ghana, and the Health Professions Regulatory Bodies Act, of 2013. Running of RDTs by the dispensers at the various pharmacy shops was entirely non-existent.

With a continuation of the current practice where antimalarial medications are dispensed without the RDTs, rise in cases and mortality is assured. It may hinder the country's ability to meet her SDG 3 target of eradicating malaria by the year 2030. Therefore, the Pharmacy Council of Ghana should (re)train dispensers at pharmacy and licensed chemical shops particularly on dispensary of antimalarial medications to enable them to do the right thing; conduct RDTs before dispensing antimalarial medications. Using the mystery client approach, the existing regulatory regime concerning appropriate dispensary practices should also be enforced by the Food and Drugs Authority and the Pharmacy Council, with sanctions.

REFERENCES

1. Dalrymple U, Mappin B, Gething PW. Malaria mapping: understanding the global endemicity of falciparum and vivax malaria. *BMC medicine*. 2015;13:140.
2. World Health Organisation (WHO). Malaria, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/> Accessed 08 June 2017.
3. Noordin. M. I. Ethics in pharmaceutical issues, 2012. <http://cdn.intechopen.com/pdfs/31746.pdf> Accessed 06 June 2017
4. Ansah EK, Narh-Bana S, Affran-Bonful H, Bart-Plange C, Cundill B, Gyapong M, Whitty CJ. The impact of providing rapid diagnostic malaria tests on fever management in the private retail sector in Ghana: a cluster randomized trial. *BMJ*. 2015;350:h1019.
5. Saana SBBM, Fosu SA, Sebiawu GE, Nuhu A. Assessing the quality of pharmacy practices in Wa Municipality, Upper West Region, Ghana. *Der Pharmacia Sinica*. 2014;5(3):52–60.
6. Medscape. Malaria medication. 2016. <http://emedicine.medscape.com/article/221134-medication>. Accessed 05 May, 2017.
7. World Health Organization (WHO). Guidelines for the treatment of malaria. Geneva; World Health Organization; 2006.
8. World Health Organization (WHO). Guidelines for the treatment of Malaria. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. Faust C, Zelner J, Brasseur P, Vaillant M, Badiane M, Cisse M, Grenfell B, Olliaro P. Assessing drivers of full adoption of test and treat policy for malaria in Senegal. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2015;93(1):159–67.
10. Counihan H, Harvey SA, Sekeseke-Chinyama M, Hamainza B, Banda R, Malambo T, Masaninga F, Bell D. Community

health workers use malaria rapid diagnostic tests (RDTs) safely and accurately: results of a longitudinal study in Zambia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2012;87(1):57–63.

11. Visser BJ, Meerveld-Gerrits J, Kroon D, Mougoula J, Vingerling R, Bache E, et al. Assessing the quality of anti-malarial drugs from Gabonese pharmacies using the MiniLab®: a field study. *Malaria Journal*. 2015;14(1):273.
12. Amu H, Nyarko SH. Preparedness of health care professionals in preventing maternal mortality at a public health facility in Ghana: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2016;6:252.
13. Council for International Development (CID). Sustainable development goals: Changing the world in 17 steps – interactive, 2015. <http://www.cid.org.nz/news-old/sustainable-development-goals-changing-the-world-in-17-steps-interactive/> Accessed 19 June 2017.
14. Medshadow. Drug classifications, schedule I, II, III, IV, V. 2016. <http://medshadow.org/resource/drug-classifications-schedule-ii-iii-iv-v/> Accessed 23 June 2017.
15. Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS), and ICF International. Ghana demographic and health survey: Key indicators report. Maryland: GSS, GHS, and ICF; 2015.
16. Pharmacy Council, Ghana. Health Professions Regulatory Bodies Act 857. Accra: Pharmacy Council; 2013.
17. Food and Drugs Authority, Ghana. Food and drugs act. 199 P.N.D.C.L. 3058 food and drugs act, 1992. 2016.<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/gh/gh022en.pdf> Accessed 15 June 2017.
18. Marfo AF, Owusu-Daaku FT, Kyerewaa-Akromah E. Patient knowledge of medicines dispensed from Ghanaian

- community pharmacies. *Pharmacy Practice*. 2013;11(2):66–70.
19. Damalie FJ, Dassah ET, Morhe ES, Nakua EK, Tagbor HK, Opare-Addo HS. Severe morbidities associated with induced abortions among misoprostol users and non-users in a tertiary public hospital in Ghana. *BMC Women's Health*. 2014;14:90.
 20. Poyer S, Shewchuk T, Tougher S, Ye Y, Mann AG, Willey BA, et al. Availability and price of malaria rapid diagnostic tests in the public and private health sectors in 2011: results from 10 nationally representative cross-sectional retail surveys. *Tropical Medicine & International Health*. 2015;20(6):744–56.
 21. Kwansa-Bentum B, Ayi I, Suzuki T, Otchere J, Kumagai T, Anyan WK, et al. Administrative practices of health professionals and use of artesunate–amodiaquine by community members for treating uncomplicated malaria in southern Ghana: implications for artemisinin-based combination therapy deployment. *Tropical Medicine & International Health*. 2011;16(10):1215–24.
 22. Littrell M, Gatakaa H, Evance I, Poyer S, Njogu J, Solomon T, et al. Monitoring fever treatment behaviour and equitable access to effective medicines in the context of initiatives to improve ACT access: baseline results and implications for programming in six African countries. *Malaria Journal*. 2011;10(1):327.
 23. Asiedu K, Kyei S, Agyeman FO, Gyamfi KM. Self-medication with over-the-counter topical ophthalmic medications: a study of undergraduates in Ghana. *Indo Global Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2016;6:34–7.
 24. United Nations Children's Fund (UNICEF). Promoting rational use of drugs and correct case management in basic health services. 2000. https://www.unicef.org/prescriber/eng_p18.pdf Accessed 16 June 2017.

25. Goodman C, Brieger W, Unwin A, Mills A, Meek S, Greer G. Medicine sellers and malaria treatment in sub-Saharan Africa: what do they do and how can their practice be improved? *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007;77(6):203–18.
26. Ghana Statistical Service, (GSS). 2010 Population and Housing Census: District analytical report: Cape Coast Municipality. Accra:GSS;2014.
27. Fitzpatrick A, Tumlinson K. Strategies for optimal implementation of simulated clients for measuring quality of care in Low-and Middle-Income Countries. *Global Health: Science and Practice*. 2017;5(1):108–14.
28. Ameyaw C, Mensah S, Osei-Tutu E. Public procurement in Ghana: The implementation challenges to the public procurement law 2003 (Act 663). *International Journal of Construction Supply Chain Management*. 2012;2(2):55–65.
29. Ministry of Health, Ghana. Guidelines for case management of malaria in Ghana. 3rd ed. Accra: Ministry of Health;2014.
30. Hussain A, Ibrahim MI, Baber ZU. Using the potentials of community pharmacies to promote rational drug use in Pakistan: An opportunity exists or lost? *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2012;62(11):1217–22.
31. Kamuhabwa AR, Ignace AM. Dispensing practice of prescribed medicines in the private pharmacies in urban areas of Tanzania. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2015;77(5):542.
32. Tang J, Kapp N, Dragoman M, De Souza JP. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;121(2):186–9.
33. Sneeringer RK, Billings DL, Ganatra B, Baird TL. Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical

abortion in developing countries: a review of the literature.
Journal of Public Health Policy. 2012;33(2):218–29.

The Contribution of the External causes of Death in the Dynamics of the Life Expectancy in the Republic of Moldova

Stirba Vitalie

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

vitalie.stirba@gmail.com

In less than a century, the current territory of the Republic of Moldova has experienced radical changes in reducing mortality, which in turn has led to a relatively rapid increase in life expectancy. These changes were largely obtained through the development of medicine, the improvement of the national health system, mass immunizations, industrialization progress and many other factors. These changes have taken place in all developed countries and are at the last stage in developing countries and can be characterized as a universal path for all societies in term of changes in mortality.

The epidemic revolution, described by Omran, presents these changes as moving from the predominance of infectious diseases to degenerative diseases and systematizes it in three stages: the infectious disease and hunger period, the period of pandemic reduction, and the period of degenerative and man-made diseases. Thus, during the abovementioned stages, life expectancy at birth increased from 20-40 to over 50 years [1, 2]. Following the reduction in mortality from cardiovascular diseases, life expectancy at birth has also seen a drastic increase, and states that have recurred from this "cardiovascular revolution" are facing a significant contribution from deaths caused by malignant tumors [3].

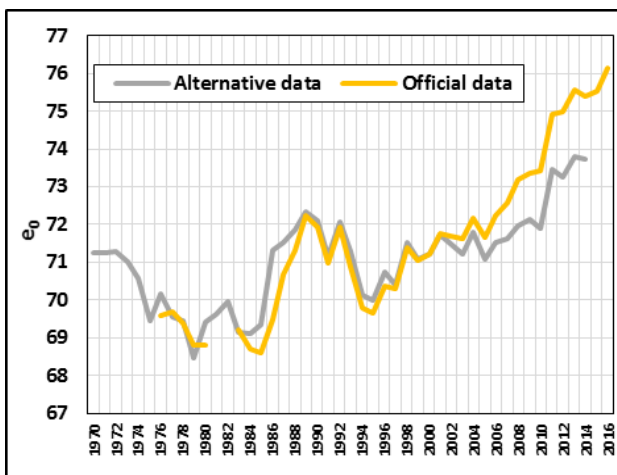
Today, when mankind has practically defeated "natural mortality", which besides infectious diseases was also fueled by famine, major epidemics or wars, mortality caused by external causes of death is

a major challenge to contemporary society and can be regarded as a major resource for reducing mortality and increasing life expectancy at birth.

External causes of death such as accidents and violence, include environmental events, circumstances and conditions as the cause of injury, poisoning, and other adverse effects [4]. Deaths from external causes are not caused by certain diseases, but rather by some external factors that physically influence the human body through mechanical, chemical, thermal and radiation afflictions that go beyond the physiological defense threshold of the body or by depriving it of some vital elements [5]. Thus, the quality of the infrastructure, the political and economic situation, the environment, the professional activities of the population, but also other factors, play a special role in the intensity of mortality on these causes. In the ICD-10 classifier, external causes of death include the range of V01-Y98 codes [5].

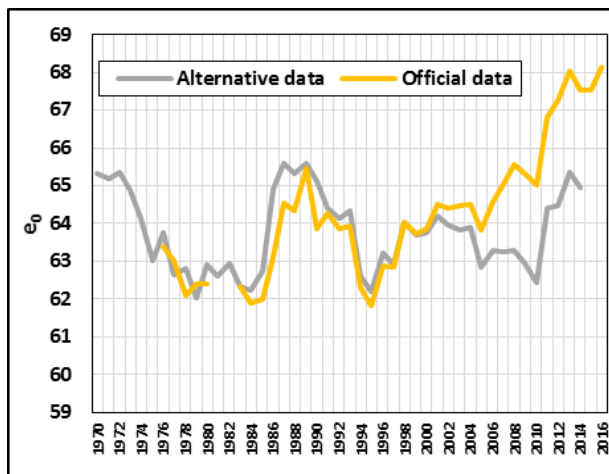
The following data sources were used for this study: The Human Cause of Death Database – which provides information on the number of deaths by age, sex and cause of death; Estimates of mortality in the Republic of Moldova in the context of distorted population statistics – which gives information on life expectancy at exact age and distribution of the intensity of mortality by age and gender. The official data of the National Bureau of Statistics were ignored in the favor of the prevalence of data quality in the mentioned sources, where the deaths of the reported period were reevaluated, but also the recalculation of the denominator by excluding the absent population for more than 12 months in the context of an emigration pronounced.

Figure 1. Evolution of life expectancy in Moldova, female, 1970 – 2016



Source: National Bureau of Statistics and [6]

Figure 2. Evolution of life expectancy in Moldova, male, 1970 – 2016

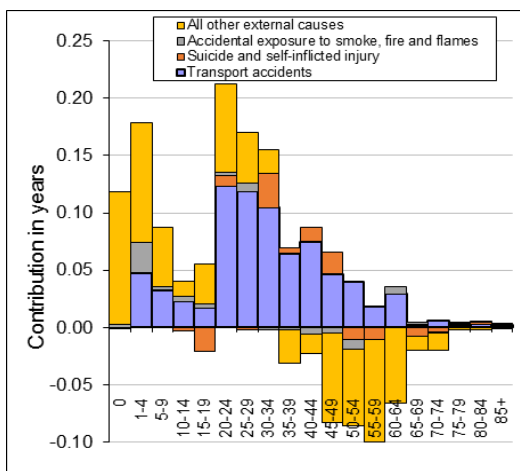


Source: National Bureau of Statistics and [6]

External causes of death in Moldova have an important contribution to total deaths, and are the most pronounced of all premature deaths. This discrepancy in the intensity of mortality between the Republic of Moldova and other developed countries is quite pronounced, especially in the early years of life and the working age. At the same time, the pattern of mortality intensity in Moldova, after external causes of death, is more specific to the Eastern European area or to the post-Soviet states, but it also somehow reveals a differentiation between them. Over the past 25 years, the contribution of external causes of death ranged between 5-9% for men and 2-5% for women, which is considered a relatively high proportion in total number of deaths compared to the Western European countries. Respectively, more detailed information would allow us to quantify the resources we have available to reduce the intensity of mortality on external causes by applying appropriate policies.

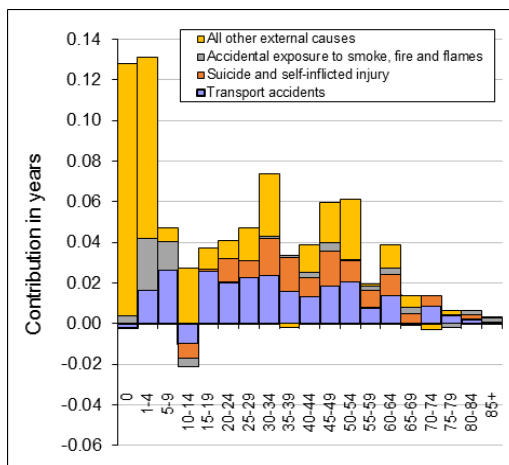
The evolution of life expectancy has made some changes over time for both men and women, but here we can see contradictory results for comparability between the data calculated from official and alternative sources (the issue of the denominator in Moldova has been mentioned many times in scientific literature). The most visible differences in life expectancy can be noticed since 2000, when the intensity of international migration has seen a significant increase. Respectively, there is a steady increase in life expectancy of women, although in 1994 life expectancy has fallen almost a year below the level recorded in 1970. This decline has influenced by many factors, including the countervailing effect of anti-alcohol policy that began in the mid-1980s, as well as changing the newborn registration methodology.

Figure 3. Contribution of the external causes of death to life expectancy, Moldova, male, 1980-2014



Source: The Human Cause-of-Death Database

Figure 4. Contribution of the external causes of death to life expectancy, Moldova, female, 1980-2014

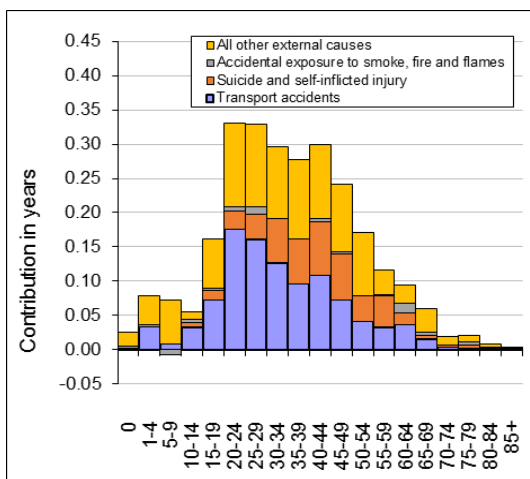


Source: The Human Cause-of-Death Database

Since 1994, there has been a steady increase in life expectancy from 70 years to 74 years in 2014, which is 2 years less than the official statistics. Life expectancy of men during 1970-1916 had fluctuations other than that of women; the effects of the above-mentioned anti-alcohol campaign can also be seen here. Even though, in the last four years, according to the alternative data, life expectancy has increased by over 2 years, we can say that male life expectancy today is at the level of '70s. However, the main arguments for "stagnation" in raising men's life expectancy are related to health management and to the selectivity of international migrants.

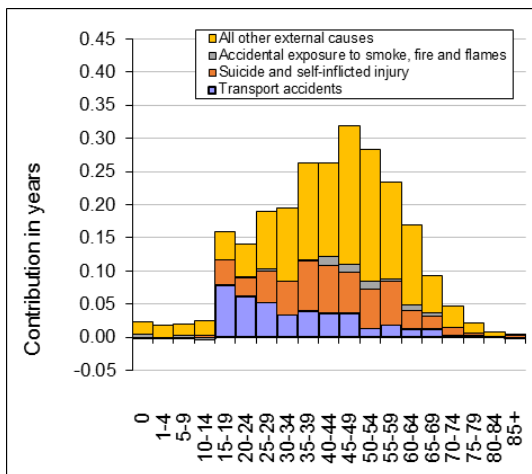
Even though today's annual life expectancy is about 0.2 years annually, circulatory system diseases are the leading causes of death limiting the rise in life expectancy of women and men in Western European countries. Thus reducing the intensity of heart disease can make a significant contribution to decreasing mortality, which influences the increase in life expectancy. The increase in life expectancy of women, which was mentioned above, was achieved by a reduction in mortality, both for external causes of death and other causes. Thus, over the years 1975-2014, these fluctuations have balanced 16-21 deaths per 1000 inhabitants, where the lowest value was recorded in 1989, and the highest in 1995. However, compared to men, women have a positive tendency of decreasing mortality rates.

Figure 5. Contribution of the external causes of death to life expectancy, Moldova, male - female, 1980



Source: The Human Cause-of-Death Database

Figure 6. Contribution of the external causes of death to life expectancy, Moldova, male - female, 2014



Source: The Human Cause-of-Death Database

The trend of decreasing male mortality rates has been noticed over a relatively small period - starting from 2011; in 2014 there were about 27 deaths per 1000 inhabitants. The main causes of death that make the greatest contribution to mortality are circulatory system diseases and malignant tumors, which is specific to countries where the same life expectancy (largely characteristic of Eastern European states and those of the former socialist bloc) is observed.

The highest contribution in total deaths from external causes, for both sexes, are road accidents (V01 - V99 according to ICD-10 classifier), suicides (X60-X84), fire exposure (X00-X09), but also other external causes, including violent deaths. Their intensity differs between the sexes but also the ages, which are largely defined by their exposure to the risk of death on certain causes. Actually, men are predominantly participants in road traffic and involved in economic activities that may be life-threatening.

The analysis of the time contribution of external causes of death to life expectancy of men and women reveals a considerable difference by almost 2 years in life expectancy for the 1965, 1980 and 2014 calendar years. In 2014, road accidents had a difference of 0.4 years, suicides 0.56 years, exposure to flames and smoke 0.07 years, and 1.43 years for the rest of the external causes; in 1980 they accounted for: 1.04 years for road accidents, 0.47 years for suicides, 0.05 years for exposure to flames and 1.01 years for the rest of the external causes.

The same differentiation can be observed from the comparability of the contribution of deaths to external causes over time, when comparing 1980 to 2014 with men, an increase in life expectancy has been observed due to a reduction in the contribution of deaths by external causes by approximately one year.

Analyzed data allows us to conclude that mortality in the Republic of Moldova because of external causes of death is clearly higher than in developed countries, which can serve as significant contribution to the study of longevity. What is more, reducing of intensity of mortality by external causes would make it possible for

a significant increase in life expectancy. Nowadays policies involved in reducing mortality from external causes of death have a very slow pace and have small significance in increasing life expectancy.

Road accidents put the greatest contribution to mortality due to external causes of death, which in turn is generated by a very low pace of road infrastructure rehabilitation, increased number of car owners, and the failure of the authorities responsible for infrastructure to carry out robust road accident analyzes (including pre-accident situations).

The contribution of suicide also has a significant intensity in mortality followed by external causes of death. To this end, the authorities are welcome to implement a special program to reduce suicide cases, which are more common to males in young and working ages.

REFERENCES:

1. Omran A. R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. URL: <http://ocw.uci.edu/upload/files/v79n2a11.pdf> (03.31.2018).
2. Caselli G., Meslé F., Vallin J., Epidemiologic transition theory exceptions. URL: https://www.demogr.mpg.de/Papers/workshops/020619_paper40.pdf (03.31.2018).
3. Olshansky J., Ault B., The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases, The Milbank Quarterly, vol. 64, n° 3, 1986, p. 355- 391.
4. Eurostat Statistics Explained, Glossary: External cause of death. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:External_cause_of_death

5. Вишнеvский А. Г., Смерть от внешних причин в России с середины XX века, Издательский дом Высшей школы экономики, Москва, 2017, p. 14-18.
6. Penina, O., Jdanov, D. A., Grigoriev, P., Producing reliable mortality estimates in the context of distorted population statistics: the case of Moldova, MPIDR Working Paper. URL:https://www.demogr.mpg.de/en/projects_publications/publications_1904/mpidr_working_papers/producing_reliable_mortality_estimates_in_the_context_of_distorted_population_statistics_the_case_5498.htm
7. The Human Cause-of-Death Database. URL: <https://www.causesofdeath.org/cgi-bin/main.php>

The Impact of HIV and AIDS on the Development of Ghana

Swatson Geoffrey Kwesi

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

kayswat@gmail.com

Owusu Ansah Yaw

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

owusuansahyaw.yoa@gmail.com

Penni Christoph Wallace

1st year master's student, "Population and Development" program,
Higher School of Economics, Moscow

wachrisk@gmail.com

Various literature has established the importance of good health on a country's economy, prompting the international community to include it into almost all their developmental programming. Over the past 2 to 3 decades, one of such health issues which has been a global priority is HIV and AIDS. Even though huge progress has been made in the fight of this global health issue, there still remains more to be done necessitating its inclusion into the currently running Strategic Development Goals; SDG 3.3 - "By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases."

According to WHO Progress report 2016, Ghana happens to be amongst thirty-five countries that account for over 90 percent of new HIV infections therefore falling under the category of Fast-Track countries; these countries have been marked as needing

reinforced strategies and action. This paper looks at impact of HIV and AIDS of the socio-economic development of Ghana.

HIV prevalence amongst the general population stands at 1.6% for the second year running after dropping continuously since reaching a peak of 4.5% in 1997 and 1998. However, it is worth mentioning that there exist variations in prevalence among various groups especially the key populations, notably the female sex workers and men who sleep with men. UN estimates that there are about 52,000 female sex workers in Ghana, and this group have a prevalence of 6.9% as at 2016. For men who sleep with men, some 31,000 people were estimated and believed to have a prevalence of 17.5%. 45% of the estimated people living with HIV knew their status, and out of this, 77% were estimated to be on antiretroviral treatment. AIDS related death, which have been reducing over the years since the existing of antiretroviral drugs was estimated to be at 15,000 in 2016.

HIV and AIDS has a wide range of impacts on a country like Ghana's development such as effects on government's expenditure, human capital

The treat all campaign that Ghana is signed on to and has already started to implement in order to achieve the 2020 target of 90-90-90 which means "By 2020, 90% of all people living with HIV will know their HIV status. By 2020, 90% of all people with diagnosed HIV infection will receive sustained antiretroviral therapy. By 2020, 90% of all people receiving antiretroviral therapy will have viral suppression" requires the government and relevant stakeholders to fast track their activities to diagnose, enroll and ensure that viral load suppression is achieved. This calls for ready supply of tests kits and other logistics for the Ghana AIDS Commission, and the National AIDS Control Program, and other local Civil Society Organizations in order to perform their function of coordinating to reach the undiagnosed people living with HIV (PLHIV). To prevent diagnosed and enrolled PLHIV from defaulting, antiretroviral drugs has to be available at the centers at all times, as well as viral load equipment to complete the treatment. All these, come at a cost to the government and because the

infection is not curable, this cost is not going to be eliminated in the nearest future, adding pressure to an already burdened economy.

The infection also affects the human capital greatly. Even with the decrease in AIDS related death due to good programming in identifying PLHIV and also the existence of antiretroviral drugs, deaths are still recorded, with the majority of them falling under the category of active labour force for the economy reducing the labour supply of the economy. Working hours are also spent at hospitals and other ART centers to receive treatment further reducing productivity time. Although treatment effort have improved over the years, attention should also be given to preventive measures in order to prevent further exacerbation of the phenomena.

Comparative Analysis of Health Status Indicators of the Urals Population

Titova Darya Olegovna

3rd year student, Management faculty,
South Ural State University

A health of the population is very important. It can be different, because every region has its own climate conditions and, of course, different level of medical assistance. We have examined three Ural regions: Chelyabinsk region, Kurgan region and Sverdlovsk region. We are interested in few indicators such as: the overall morbidity of the population, birth rate and child mortality rate.

We have decided to begin with the overall morbidity analysis.

The overall morbidity of Kurgan region in 2016 has increased by 2,5%, reaching 1774,6 cases per 1000 inhabitants. The equivalent figure in 2015 has reached 1731,9 cases per 1000 inhabitants, so we can say that the situation in Kurgan region has worsened.

The level of the overall morbidity of the population in Chelyabinsk region in 2016 has increased by 2,8% compared to 2015, reaching 1772,8 cases per 1000 inhabitants. And the equivalent figure in this period in Sverdlovsk region has risen by 3,3%. It has reached 752,1 cases per 1000 inhabitants in 2016.

Over the past two years the level of the overall morbidity has risen in these three regions. The lowest level of this indicator was detected in Sverdlovsk region in 2016, reaching 752,1 cases per 1000 inhabitants. The situation in Kurgan and Chelyabinsk regions is a little bit worse than in Sverdlovsk region. The level of the overall morbidity in these two regions has reached 1731,9 and 1772,8 cases per 1000 inhabitants respectively. It represents an increase of more than 1000 cases compared to Sverdlovsk region. Chelyabinsk region is the leader in this indicator. It could be due to

a bad situation with the climate conditions in the region. Of course, it has a very negative impact on the health of population.

We have made a rating of main diseases of the Urals population.

There are 6 types of diseases with the big probability of happening in Ural region. According to this rating of diseases, the first place in Kurgan region belongs to diseases of respiratory system (23,1%), the second place belongs to diseases of circulatory system (13,2%), the third place belongs to diseases of the eye and its appendages (8%), the fourth place belongs to diseases of the digestive system (6,9%), the fifth place belongs to injuries and poisoning (6,7%), the sixth place belongs to problems of the skeleton muscular apparatus and connective tissue (6,6%) and the last place belongs to the infections of the genitourinary system (6,0%).

Diseases of the respiratory system (28,5%) and diseases of the circulatory system (11,6%) are on the first and second places of the disease rating in Chelyabinsk region, but the third place of the rating belongs to injuries, intoxications and other external causes (7,1%), on the fourth place are diseases of the digestive system (7,1%), on the fifth place are problems of the skeleton muscular apparatus and connective tissue (6,5%), and on the last place are infections of the genitourinary system (6,0%).

Also on the first place on the same rating in Sverdlovsk region are diseases of the respiratory system (43,3%), on the second place are other external causes (12,2%), on the third place are infections of the genitourinary system (5,7%), on the fourth place are diseases of the digestive system (5,2%), on the fifth place are skin and subcutaneous tissue diseases (4,8%) and on the last place are diseases of the eye and its appendages (4,1%).

From the analysis of morbidity pattern, we can see that on the first place in all investigated regions are diseases of respiratory system. For example, in Sverdlovsk region the rate of this type of diseases (43,3%) is 15,8% higher than in Chelyabinsk region. The lowest level of the morbidity has examined in Kurgan region (23,1%). The second place of the disease rating in all investigated regions

belongs to diseases of circulatory system, but specifically in Sverdlovsk region on this place we can see external causes (12,2%). On the third place in all examined regions there are different types of diseases.

It can be concluded that the situation with the range of diseases in all regions is very different.

In terms of the dynamic of pattern morbidity changing, people in Kurgan region have begun to suffer less from the diseases of the eye and its appendages, problems of the skeleton-muscular apparatus and connective tissue, infections of the genitourinary system, skin and subcutaneous tissue diseases, infectious and parasitic diseases e. t. c. In Chelyabinsk region to this list adds the positive decreasing dynamics of psychological and behavioral disorders and diseases of the ear and mastoid. In Sverdlovsk region to this list adds a decreasing dynamic of the number of neoplasms and complications during pregnancy, birth and the post-natal period.

Based on the objective indicators, we can notice that the level of the overall morbidity of the population in Kurgan region (1774,6) is a little bit higher than in Chelyabinsk region (1772,8), but the dynamics of increasing in Kurgan region is lower. The lowest level of the overall morbidity was examined in Sverdlovsk region, reaching 752,1 cases per 1000 inhabitants.

Let's move to the analysis of the birth rate and child mortality rate indicators.

We have decided to begin from the birth rate research. In Kurgan region between 2015 and 2016 the number of newborns has decreased by 8% (from 11568 to 10666 persons).

Also, the dynamics of the birth rate decreasing we can see in Chelyabinsk and Sverdlovsk regions in 2016, reaching 3,7% and 3,8% significantly.

We can make a conclusion that in all investigated regions between 2015 and 2016 was detected a birth rate decreasing.

Now we can research the child mortality rate (between 0 and 18 years old). For example, in Kurgan region this indicator has decreased by 15% in 2016 compared to 2015.

There were few main causes of the children death in Kurgan region in 2016:

- 1) External causes – 40 cases (31%),
- 2) Perinatal causes – 31 cases (23%),
- 3) Nervous and sensory system diseases – 14 cases (11%).

There were not a lot of changes in the structure of the child mortality rate between 0 and 18 years old in the period of time from 2015 to 2016:

- 4) Some stages, occurred in the perinatal period (31,2% in 2015 and 29,2% in 2016),
- 5) Injuries, intoxications and other external causes (24,9% in 2015 and 27,1% in 2016),
- 6) Congenital anomalies and developmental defects (11,3% in 2015 and 14,2% in 2016).

The child mortality rate in Chelyabinsk region reduced by 7% between 2015 and 2016 (from 559 to 520 cases), because of the decreasing of the infant mortality rate and the mortality rate of the children from 15 to 18 years old.

The number of children who died under the age of 18 years old has increased from 340 to 644 cases between 2015 and 2016. The child mortality rate from 0 to 18 years old reached 70,8 cases per 100 000 population in 2016.

The structure of the causes of the child mortality in Sverdlovsk region became a little bit worse in 2016 compared to 2015:

- 1) Some stages, occurred in the perinatal period (41,2% in 2015 and 44,4% in 2016),
- 2) Congenital anomalies and developmental defects (12,7% in 2015 and 17% in 2016),
- 3) Injuries and intoxications (15,8% in 2015 and 15,1% in 2016).

Also according to the publications in the mass media, the child mortality rate as a result of road accidents in the Sverdlovsk region in 2016 doubled (from 12 to 25 cases). It definitely effects on the increasing rating of this indicator.

Analyzing the birth rate and the child mortality rate indicators in all examined regions, we can say that the situation in Kurgan region is a little bit better than in other regions. There is not only the decreasing of the newborns amount (from 11568 to 10666 cases), we can also notice there reducing of the child mortality rate (from 154 to 133 cases). In Chelyabinsk region, there is also positive dynamic of the child mortality decreasing (from 559 to 520 cases), but unfortunately the number of newborns declines. The worst situation we can see in Sverdlovsk region. There is a positive dynamic of newborns amount increasing, but the child mortality from 0 to 18 years old is doubled. This is not only because of the children's vulnerability to diseases, but also because of the high rating of the road accidents in this region (it doubled in 2016).

Comparing the level of morbidity with the health-care system financing in all examined regions, we can see that the level of budget spending on the health of population in Chelyabinsk and Kurgan regions is different. In Chelyabinsk region, it amounts 13670 rubles per one person, in Kurgan region – 13278 rubles. But the highest level of this spending was detected in Sverdlovsk region (14975 rubles per one person). The level of the overall morbidity in Sverdlovsk region is lower than in others. In Kurgan and Chelyabinsk regions the level of financing is lower and the overall morbidity is higher.

In the end, we can make a conclusion that the authorities of examined regions have to improve a quality of the services provided in the health-care system. And they also have to hold preventive measures among the population. This particularly applies to Kurgan region, because the level of the overall morbidity in this region is worse than in other regions and the level of the budget spending is lower. In Chelyabinsk region is the most dangerous ecological situation in the country, that's why the health care monitoring in this region is required. An amount of healthy

people in Sverdlovsk region is more than in other researched regions, but this region is the leader in the number of the people infected with HIV in non-official data sources. So, we can say that in Sverdlovsk region it is necessary to focus on improving the road situation and working with children to prevent road accidents.

State management impact on healthcare issues: strategic HR dimension

Yambars Alexandr

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

yambars8@yandex.ru

While the planet population grows and ages, governments all over the world are being under strong pressure as they meet a rather serious challenge in this regard – that is provision of citizens with access to high-quality healthcare at reasonable costs. In particular, the authorities are often forced to issue operational guidance in order to ensure respect for the human rights in the field of health.

I strongly believe that robust public administrative system is always based upon the idea of partnership between the relevant sectors of society. We live in Russia that has unique traditions of public administration with regard to the country's history as well as multicultural specifics of its regions and the geographical position that Russia enjoys being a certain "bridge" connecting western and eastern parts of the Eurasian continent. Our healthcare system is represented throughout the whole country providing services for people of different political, economic, social and cultural codes. But we have to face the fact that public patrimony that we have to deal with nowadays relies on bureaucratic public administration together with a strong system of protection. It probably used to be an advantageous approach in the past but current status at the political and economic agenda requires a totally different policy. And it is in this sense that I consider the management challenges as the biggest healthcare challenges with regard to establishing access to barrier-free high-quality healthcare in Russia.

The main goal for any national healthcare system is to improve access to and the quality of health services for everyone and especially for the most vulnerable. Within the general challenge of converting the typical “ministerial” approach of Russian public healthcare into modern social model, that would meet the demands of the citizens, there’s a number of problems that arise from HR challenges. Appropriate management of human resources is determinative in ensuring a high quality of healthcare services. In order to develop new efficient policy it's crucial to focus on HR management and study it with regard to healthcare. Viable human resources management strategies are noticeably required to achieve better outcomes from and access to healthcare around the world and in Russia in particular. While researching healthcare systems and policies in the global context, a number of general human resources issues and questions arise.

The change of number, allocation and staff composition within the country's healthcare workforce is an important matter. For instance, the quantity of currently active health employees within the country is the basic index of that country's capacity to ensure delivery and interventions during it. It means that HR factor influences the birth and mortality indicators and therefore should be taken into account by public authorities while exercising healthcare policies. Factors to examine when defining the demand for health services in particular regions include cultural, social, demographic and economic features.

Another important issue here is the workforce training. It is essential that the officials in power consider the composition of health workforce in terms of both skill ranks and training grades. We need to start considering medical personnel as a crucial business unit that will make the system work more efficient. We obviously need a gradual transformation since our public authorities have always been rather slow and cumbersome bodies. But I do believe that it’s possible to reach huge progress in managing healthcare sector in a rather short time by means of reevaluation of current procedures and giving the professionals a chance to prove that they can be strong transformational leaders

with a bit of accelerator. To accomplish this task the governmental structures need to keep in mind the “ability-motivation-opportunity model” of strategic HR management in order to find and bet on highly competent and responsible professionals open to new knowledge and constant self-development. That is in line with the idea that an important function of the modern leader is talent management. The role of the leader shifts from making specific decisions to creating mechanisms for providing the appropriate climate within the system of employees' selection and education.

Medical workers serving in public sector are often lacking motivation – both for their own job and for working with younger generations which is an essential part of any sound state. It's clear as daylight that young generation and its' active involvement in the performance of operational and strategic tasks of the country will benefit us in the near future. This issue could be solved by introducing new methods of material and non-material motivation of mentors, that, apart from financial perspective, would increase their prestige and importance in perception of Russian society. Furthermore, changes can be introduced to assessment procedures in terms of working with the younger generation: whereas nowadays the evaluation tools for mentor's performance are not defined, the updated system could provide them by the method of 180 degrees feedback (from supervisor, young medical worker under adaptation and the mentor him(her)self).

Socio-demographic issues such as age distribution of the population also have an important role in healthcare management of any country. An ageing population causes growth of demand for health services and health personnel. An ageing population within the healthcare system itself also has important implications: additional training of younger professionals will be required to fill the positions of the large number of retiring healthcare workers.

Another challenge that should be considered is relocation of healthcare workers. Healthcare professionals seek to move to urban areas just like other employees representing different professional spheres. This internal migration trend is common to all countries, not just Russia. This workforce mobility within healthcare sector

may produce additional imbalances that require more intense HR planning that includes the issues of payment, rewards, working conditions, work-life balance etc.

One more issue that needs to be mentioned with regard to global healthcare systems is the country's level of economic development. It's obvious that there's a certain correlation between the country's level of economic development and the size of the healthcare workforce. It means that countries with larger gross domestic product (GDP) per capita spend more on health care than those having more modest GDP levels and tend to hold larger amount of health staff.

It is also crucial to take into account cultural and geographical factors. Climate and topography problems can seriously impact the ability to deliver health services while cultural and ethnical values of particular regions can also affect the demand and supply of human resources for health. It is important to mention that people's social background in general influences the quality of their health and healthcare. The abovementioned issues are just some of many other questions that must be considered by state officials when planning healthcare programs and executing them since the society's culture and social structure also affect the system of healthcare.

And it is HR decision-makers that play a crucial role in development of any public sector with regard to effective recruitment, assessment and adaptation of personnel, which has a direct impact on capitalization of healthcare and other spheres considering employees as a key asset and a guarantee of success.

Another management challenge related to state provision of healthcare is related to the immigrant issue. When it comes to promoting human rights, the UN activists always underline that while providing access to healthcare governments should place emphasis on marginalized groups. Responsibility for ensuring access to health care for immigrants, members of ethnic minorities and asylum-seekers lay with public authorities, but unfortunately this task is not always considered with the proper understanding of

its importance. A large number of immigrants lack adequate access to healthcare since they are uninsured and don't have the documents permitting them to apply for healthcare services. It is the global negative trend and Russia is no exception here. It's very important for the state to include this category of people into consideration in order to stop the possible spread of disease and criminalization of healthcare service by means of bribing for access to it. It's quite common for people belonging to marginalized groups to seek treatment at facilities that would never lead to problems with immigration officials. That's why some immigrants choose the so-called "black-market sources" of healthcare. It's time to stop avoiding the problem and to start seeking for a certain solution that would be appropriate for both sides.

The main feature of today is the constant change. And the main challenge is, in my opinion, the speed of these changes and speed of taking management decisions in respond to these changes. If the system is changing more slowly than the environment, it won't survive. And this backlog builds up very quickly. In this regard, if we start clearing the backlog that had been forming for decades and even centuries right now – we should still be on time. It is obvious that good health and effective healthcare system are essential for any society's ability to function. To achieve the brighter future with access to barrier-free high-quality healthcare, public administration and healthcare system participants must educate themselves to be the drivers of costs and outcomes including social determinants of health. I believe that in terms of conducting healthcare reforms such an approach could be of interest both to our contemporaries and future generations of policymakers and public administrators.

Статьи на русском / Articles in Russian

Избыточный вес населения и его связь с социально-экономическими факторами в России

Александрова Юлия Дмитриевна

студентка аспирантуры, Департамент прикладной экономики,
НИУ Высшая школа экономики, Москва

yulya_aleksandrova_00@mail.ru

В течение нескольких последних десятилетий в большинстве стран мира наблюдается положительная динамика доли населения с избыточным весом. Для разделения населения по весовым группам используют показатель «индекс массы тела» (ИМТ)¹. Согласно Всемирной организации здравоохранения, диагноз «избыточный вес» у взрослых ставится, когда ИМТ больше или равен 25, а «ожирение» - когда индекс массы тела больше или равен 30 кг/м².

Проблема избыточного веса активно освещается в зарубежных исследованиях. Ряд экономистов и социологов занимаются изучением причин роста ИМТ населения, а также его влияния не только на отдельного индивида, но и на общество в целом и различные сферы его жизни. Описанные в зарубежной литературе последствия можно разделить на три группы в соответствии с агентом, которого эти последствия затрагивают: индивид, его работодатель и государство. Все три агента связаны между собой и могут влиять друг на друга.

Одним из наиболее значимых последствий избыточного веса индивида является плохое здоровье, а значит, необходимость

¹ Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах (кг/м²) (ВОЗ)

более частого посещения врача, что ведет к увеличению затрат индивида на медицинское обслуживание (Rappange, Brouwer, 2009), а также рост затрат его работодателя на выплачиваемые больничные пособия (Nuys et al., 2014). Для государства это сказывается на повышении общих прямых затрат на медицинское обслуживание населения (Withrow, Alter, 2010). Следующее важное последствие высокого ИМТ индивида – это снижение эффективности на работе, которое сопровождается снижением уровня заработной платы у работника (Lehnert et al., 2013), потерей производительности и, как следствие, выручки у работодателя (Murphy, 2015), а также недопроизводством ВВП в масштабе страны (Trogdon et al., 2008). Низкая конкурентоспособность на рынке труда и дискриминация также являются следствиями избыточного веса для индивида (Flint et al., 2016). В свою очередь из-за большой доли нездоровых кандидатов работодатели сталкиваются с дефицитом квалифицированных профессионалов, которых они не готовы брать на работу, что в последствии может привести к росту уровня безработицы в стране. Кроме того, избыточный вес может стать причиной бесплодия индивида, что негативно скажется на благополучии индивида при выходе на пенсию из-за отсутствия возможной финансовой помощи со стороны детей (Подзолкова, Колода, Подзолков, 2012). В долгосрочном периоде это может стать причиной дефицита выбора рабочей силы и дополнительных затрат на поиск квалифицированных работников для работодателей, а также привести к таким проблемам на уровне государства как низкая рождаемость, демографическое старение населения, высокая демографическая нагрузка на работоспособное население. Существуют также и косвенные последствия роста ИМТ населения. Наиболее часто рассматриваемый в литературе – это повышение транспортных расходов на личный и общественный транспорт для индивида (Dor et al., 2010), дополнительные затраты при наличии корпоративного транспорта для работодателя и повышенный расход топлива в масштабах страны (Adams, 2012).

Для предотвращения таких последствий необходимо понять, с помощью каких факторов можно повлиять на динамику ИМТ населения. Часть исследований посвящена выявлению связи между уровнем ИМТ и индивидуальными социальными характеристиками людей. Наиболее часто среди них рассматриваются возраст (Grujić et al., 2017; Schienkiewitz, 2017), образование (Bockerman et al., 2017; Sánchez, 2017; Webbink et al., 2016) и семейное положение (The et al., 2009; Wilson, 2016).

Несмотря на довольно широкое освещение проблемы распространения избыточного веса населения в современных научных работах зарубежных исследователей, в России связь между индексом массы тела и прочими социально-экономическими показателями не изучалась, поэтому целью данного исследования является выявление и описание такой связи.

Были использованы данные двух репрезентативных опросов населения России, проведенных аналитическим центром «Левада-Центр» по заказу НИУ ВШЭ, за 2011 год и 2017 год. Опросы проводились на основе многоступенчатой стратифицированной вероятностной выборки, репрезентирующей взрослое население 64 регионов РФ в возрасте от 15 лет и старше в 2011 году и от 16 лет и старше в 2017 году. Сбор данных осуществлялся методом формализованного интервью. Респондентам предлагалось ответить на вопросы анкеты, которая включала в себя вопросы о физической активности, питании, вредных привычках, состоянии здоровья, пользовании медицинскими услугами и условиях труда. Выборка, на основании которой проводилось данное исследование включает в себя только тех респондентов, которые смогли дать ответы о своем росте и весе, поскольку это необходимые данные для вычисления ИМТ.

Респонденты были поделены на весовые группы внутри каждой из гендерных групп. После этого рассчитывалась доля мужчин и женщин, соответствующих определенному показателю, в каждой группе. В качестве таких показателей использовались социальные признаки индивида - возраст, семейное положение, уровень образования, характеристики образа его жизни - занятия спортом и качество питания, условия труда - уровень дохода, продолжительность рабочей недели, наличие на рабочем месте спортивных сооружений и мест питания, и некоторые очевидные последствия – состояние здоровья, затраты на медицинские услуги, отсутствие на рабочем месте по причине болезни. Для проверки значимости различий между полученными результатами для разных групп респондентов поводилось два теста: z-тест для сравнения долевых показателей и t-тест для сравнения средних значений.

Проведенный дескриптивный анализ использовался как способ выделения факторов, оказывающих влияние на рост индекса массы тела населения. Понимание основных причин, способствующих увеличению доли людей с избыточным весом, может быть использовано для составления рекомендаций по сдерживанию данной динамики и предотвращению негативных последствий.

Литература

Adams C. (2012) Transportation costs of obesity // Connect Savannah. – April. - <http://www.connectsavannah.com>

Bockerman P., Viinikainen J. (2017). Does higher education protect against obesity? Evidence using Mendelian randomization // Preventive Medicine. - V. 101. – p. 195-198.

Dor A. et al. (2010). A Heavy Burden: The Individual Costs of Being Overweight and Obese in the United States // Research

Report, Department of Health Policy, George Washington University. - September 2010.

Flint S.W. et al. (2016). Obesity Discrimination in the recruitment process: “You’re not hired!”// *Frontiers in Psychology*. - V.7. - <http://eprints.leedsbeckett.ac.uk>

Grujić V. et al. (2017). Predictors of overweight and obesity among adults aged 50 years and above: Serbian national health survey // *Vojnosanit Pregl*. - V. 74(1). – p. 38–45.

Lehnert Th. et al. (2013). Economic costs of overweight and obesity // *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. - V.27. – p. 105-115.

Murphy N. (2015). The True cost of obesity in the workplace are becoming clear // *The Cheat Sheet*. - April 26, 2015 - <http://www.cheatsheet.com>

Nuys VK. et al. (2014). The association between employee obesity and employer costs: evidence from a panel of U.S. employers.// *American Journal of Health Promotion*, Vol. 28: 277-285

Rappange DR. and Brouwer WB. (2009). Healthcare costs and obesity prevention: drug costs and other sector-specific consequences // *US National Library of Medicine NCBI*. – V. 27(12). – p. 1031-1044.

Sánchez et al. (2017). Relationship between level of education and overweight in outpatients. A transversal study // *Medicina (B Aires)*. - V. 77(4). – p. 291-296.

Schienkiewitz A. et al. (2017). Overweight and obesity among adults in Germany // *Journal of Health Monitoring*, Robert Koch Institute, Berlin. - V. 2(2). – p. 20-26.

The N. et al. (2009). Entry into Romantic Partnership is Associated with Obesity // *Obesity*. - V.17(7). – p. 1441–1447.

Trogdon JG. et al. (2008) Indirect costs of obesity: a review of the current literature // *Obesity Reviews*. - V. 9(5). – p. 489–500.

Webbink D. et al. (2016) Does education reduce the probability of being overweight? //Journal of Health Economics. - V. 29. – p. 29-38.

Wilson (2016) Marriage and Obesity: Clinical and Public Health Considerations //Journal of Family Medicine & Community Health. - V. 3(5). – p.1095.

Withrow D., Alter DA. (2010). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity //Obesity reviews 2010. - V.12(2). – p. 131-141.

Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Подзолков А.В. (2012). Терапия бесплодия у пациенток с ожирением: современный взгляд на проблему // Проблемы репродукции. - № 3. - С. 37–41.

Влияние реформы последипломного образования на кадровое обеспечение системы здравоохранения (на модели выпускников лечебного факультета медицинских ВУЗов г. Москвы).

Алексеев Антон Андреевич

студент 3 курса, психолого-социальный факультет, специальность «Социальная работа»

ФГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

alekseev.anton2009@yandex.ru

Введение

В последнее время, в городских поликлиниках практически отсутствуют молодые специалисты (врачи общей практики). Должность врачей-терапевтов занимают пожилые люди, которые готовятся к выходу на пенсию, а специалистов, которые должны будут их заменить, не хватает (В. Стародубов). Главная цель реформы системы последипломного образования – обеспечение кадрами первичного звена, так заявил Министр здравоохранения российской Федерации В. Скворцова.

В рамках реформы системы последипломного образования Минздравом РФ выпущен приказ №212н от 11.05.2017 года, вводящий новые госстандарты - выпускники ВУЗов медицинского профиля должны быть готовы начать работу врачами общей практики в городских поликлиниках.

Реформа критикуется специалистами в сфере здравоохранения, а также и самими врачами. А. Коган заявил, что невозможно, чтобы вчерашний выпускник был готов к реальной работе сразу после окончания университета. С.

Новичихина считает, что в будущем данная инновация приведет к сокращению числа узких специалистов. П. Воробьев полагает, что врач, не имевший до этого реальной практики, скорее навредит, чем поможет пациентам.

Вопрос о том, насколько реформа последипломного образования позволяет повысить обеспеченность кадрами первичного звена здравоохранения, а также вопрос о негативных эффектах реформы практически не изучены.

Цель исследования – изучить влияние реформы на кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Были выдвинуты гипотезы о том, что:

1. реформа привела к изменению структуры путей получения последипломного образования: массовому поступлению выпускников на работу в поликлиники на должность врачей общей практики, повышению долей выпускников, получающих платное последипломное образование и отказывающихся от обучения или работы в системе здравоохранения;
2. в результате реформы повысилась доля выпускников, поступивших на обучение на другую специальность, в другое учебное заведение и другой город, чем планировали;
3. выпускники негативно воспринимают реформу последипломного образования.

Материал и методы

Основную группу составили 149 выпускника медицинских ВУЗов г. Москвы 2017 г., которые были опрошены на тему “Реформа последипломного медицинского образования (снижение доступности ординатуры, исчезновение интернатуры, "возможность работать участковым врачом в поликлинике)”

Контрольную группу представили 149 выпускника медицинских ВУЗов Москвы 2016 г. Эта группа опрашивалась на тему “Специализация выпускников Лечебного дела 2016 г”

В ходе исследования было опрошено 149 человека из основной группы, из них 97 (65,1%) женщин; в контрольной группе было опрошено также 149 человек, из них 113 (75,8%) женщин.

Таблица 1. Число выпускников московских университетов в 2016 и 2017 гг.

	2016 (n=149)		2017 (n=149)	
	абс.	%	абс.	%
МГМУ им. И.М. Сеченова	100	67,1	97	65,1
РНИМУ им. Н.И. Пирогова	36	24,2	33	22,1
МГМСУ им. А.И. Евдокимова	13	8,7	19	12,8

С целью повышения однородности выборки исследование проводилось на модели выпускников лечебного факультета. Из исследования были исключены студенты, пошедшие обучаться в целевую ординатуру, поскольку реформа их не затронула.

Сбор данных проводился путем интернет-опроса. Рекрут респондентов осуществлялся в социальной сети Вконтакте на основании данных об обучении в ВУЗе. Для сбора данных была разработана анкета, включавшая вопросы о получаемом последипломном образовании и отношении к реформе системы последипломного образования.

Результаты:

На фоне реформы доля выпускников, получающих бесплатное образование, снизилась с 55% до 38,3% в 2017 по сравнению 2016 г. ($p=0,004$), что отражает снижение доступности бюджетных мест в ординатуре. Также несколько увеличилась доля выпускников, получающих платное образование с 42,9% до 48,9% по сравнению с 2016 г. Однако эта динамика не достигала уровня статистической значимости ($p=0,164$), что может быть связано со снижением доступности платного обучения за счет роста цен на обучение в ординатуре. Также выросла доля выпускников, отказавшихся от получения последипломного медицинского образования и ушедших из системы здравоохранения (с 2% до 6,7%, $p=0,047$) (таблица 2).

Лишь небольшая доля выпускников (4%) поступили на работу врачами общей практики в поликлиники, что указывает на низкое достижение министерством здравоохранения цели по повышению кадрового обеспечения первичного звена системы здравоохранения. При этом из 6 выпускников, пошедших работать врачом общей практики, 3 планируют поступать в ординатуру, 1 не определился с будущим, еще 2 не дали ответа на вопрос о планах после прохождения 3-летнего периода работы в поликлинике.

Таким образом, комплектация первичного звена здравоохранения врачами общей практики достигнута путем повышения доли выпускников, отказавшихся от работы в системе здравоохранения. При этом вопрос об удержании выпускников, работающих врачами общей практики, в этой медицинской специальности остается открытым и нуждается в дополнительном изучении.

Таблица 2. Распределение выпускников по варианту получения последипломного образования в 2016 и 2017 гг.

	2016 (n=149)		2017 (n=149)		Статистический анализ
	абс.	%	абс.	%	
Обучение на бюджетной основе (ординатура, интернатура*)	82	55	57	38,3	p=0,004
Платное обучение (ординатура, интернатура*)	64	43	76	51	p=0,164
Работа врачом общей практики	-	-	6	4	
Ушли из медицины	3	2	10	6,7	p=0,047

* обучение в интернатуре было доступно только в 2016 г.

В то же время реформа последипломного образования привела к двукратному увеличению доли выпускников, которые поступили на обучение на другую специальность, чем планировали (с 7,5% в 2016 г. до 15,6% в 2017 г., $p=0,038$), что создает риски ухода этих выпускников из системы здравоохранения в будущем в случае неудовлетворенности работой по полученной медицинской специальности. Также в 2 раза увеличилась доля выпускников, поступивших в иное учебное заведение, чем планировали (с 14,4% до 27%, $p=0,01$), однако предположительно, это не создает существенных рисков ухода из системы здравоохранения (таблица 3).

Таблица 3. Отклонение характеристик обучения выпускников ВУЗа от планировавшегося обучения

	2016 (n=149)		2017 (n=134*)		статистический анализ
	абс.	%	абс.	%	
Поступили на обучение на другую специальность, чем планировали	11	7,5	19	15,6	p=0,038
Пошли на обучение в другое учебное заведение, чем планировали	21	14,4	33	27	p=0,01
Поступили на обучение в иной город, чем планировали	4	2,7	5	4,1	0,539

** в анализ включались респонденты, ответившие на все вопросы опросника*

Из 10 ушедших из медицины выпускников 8 в качестве причины ухода назвали реформу последипломного образования (из них 6 заявили недоступности ординатуры и нежелании работать врачом общей практики) и лишь 2 отметили, что это было их в планах. Вопрос о том, насколько ценными для системы здравоохранения являлись выпускники, отказавшиеся от дальнейшего получения медицинского образования, не мог быть изучен в данной работе, однако лишь 15,7% выпускников, поступивших в ординатуру, считает систему конкурса на бюджетные места справедливой. В качестве причин недовольства системой конкурса отмечают, что присутствует коррупция и завышенные баллы за трудовой стаж и красный диплом при отсутствии оценки знаний по специальности.

Респонденты ответили, какие изменения можно внести в программу конкурса. Большинство отметило, что необходимо вернуть экзамен по специальности 44,1% либо систему конкурса следует доработать 37,3% (изменить критерии баллов за индивидуальные достижения, отделить от общего конкурса выпускников по целевому направлению, ограничить число подачи заявлений на те или иные направления).

Выпускники, которые пошли работать врачами общей практики, столкнулись с такими сложностями как большой поток людей, документооборот, моральная неподготовленность, недостаток знаний, отсутствие доступности анализов, специалистов, редких исследований, трудности общения с пациентами, отсутствие возможности получать дополнительное обучения.

Выводы:

1. Реформа последиplomного образования привела к снижению доли выпускников, поступающих на бюджетные места в ординатуру, что сопровождается повышением доли выпускников, отказавшихся от работы или продолжения получения образования в системе здравоохранения. Доля выпускников, поступивших на работу врачами общей практики, незначительна
2. В результате реформы повысилась доля выпускников, поступивших на обучение на другую специальность, чем планировали, что создает риск их ухода из системы здравоохранения в будущем
3. Подавляющее большинство выпускников считают систему конкурса в ординатуру несправедливой и считают, что ее нужно изменить, в т.ч. путем возврата вступительного экзамена по специальности.

Образ жизни и здоровья студентов

Биячуева Л.А.

Гаджиев С.Р.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
ФГБОУ ВО Дагестанский ГМУ Минздрава России, г.
Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н., доцент Л.С. Агаларова

Актуальность.

Отношение к здоровью - одно из центральных понятий социологии здоровья и одно из фундаментальных оснований системы ценностей личности, комплекс мотивов, связывающих личность с обществом, культурой. Мы определяем его как сложившуюся на основе имеющихся у индивида знаний оценку собственного здоровья, осознание его значения, а также как действия, направленные на изменение его состояния.

Цель исследования: изучение образа жизни и здоровья студентов медицинского университета с целью совершенствования организации профилактической помощи.

Материал и методы: Объектом исследования явились студенты-медики, разделенные по объективным критериям на три контрастные группы. Критериями разделения стали медико-демографические, социально-гигиенические показатели; а также элементы условий и образа жизни.

Исследование проводилось на базе Дагестанского государственного медицинского университета в 2017 году. В нашем исследовании обследованию было подвергнуто 345 студентов 4-5 курсов, в возрасте от 20 до 23 лет. В исследовании были использованы ряд методов: социологический; статистический; системного анализа. Для

сбора информации были разработаны: анкета, специальные статистические карты согласно плану и программе исследования.

Для исследования условий жизни студентов рассматривались показатели: место постоянного жительства и место проживания, санитарно-гигиенические условия жизни, образ жизни. Изучались также субъективные мнения о собственном здоровье и медицинская активность студентов.

Сбор и обработка соответствующих данных производились с использованием программ WINDOWS (EXCEL, WORD), а также STATISTICA. При проведении обработки данных информация в таблицах представлена в абсолютных, средних величинах и относительных показателях.

Результаты:

Нами было проведено исследование здоровья студентов медицинского университета. В исследуемой группе большую часть составили девушки (215 человек), а юноши - 130 человек. Из данного контингента имеют семью 21,9% (76) студентов.

Исследование показало, что более трети (32,5%) студентов не используют каких-либо мер оздоровления. Среди опрошенных респондентов 23,7% ссылаются на отсутствие времени, 12,4% - возможности, 4,8% на отсутствие желания. Студенты считают, что наиболее доступным из оздоровительных мер для молодежи являются пробежки или прогулки на свежем воздухе, их включают в свой режим 47,1% студентов, при этом не все регулярно это выполняют. Некоторые студенты (39,8%) отметили, что они 2-3 раза в неделю посещают спортзал, 12,9 - бассейн, 9,1% занимаются шейпингом, танцами.

Немаловажное значение для здоровья имеет правильный режим. Многие студенты отмечали о нарушениях режима сна, питания, двигательной активности. Исследование показало,

что 59,8% студентов регулярно не высыпаются, 51,4% нерегулярно питаются, 24,7% отмечают ограничение двигательной активности. Что касается питания, то многие студенты (43,1%) считают его нерегулярным. Достаточность питания отмечают 75,1% студентов, 3,4% – его избыточность, разнообразие в питании отмечают 47,6% студентов, считают питание качественным –48,3%. В своем исследовании мы изучили показатели медицинской активности студентов. Эти данные показали, что посещаемость в лечебно-профилактические учреждения среди студентов составляет 37,1%.

Изучение состояния здоровья респондентов показало наличие значимых различий во мнениях студентов о своем здоровье, которое варьируется в пределах от 95,4% до 98,6%. Наибольшее расхождение во мнении о здоровье с его реальными показателями оказались в группе студентов, ведущих в основном гиподинамический образ жизни, при утверждении 96% респондентов, указанной контрастной группы о своем практическом здоровье, оказалось, что у 40,5% из них имеются хронические заболевания. При этом у студентов, которые занимаются спортом или активно посещают физкультуру, количество хронических заболеваний меньше на 12,6%.

Заключение: на здоровье студентов влияет совокупность факторов, входящих, как в условия, так и образ жизни; существует негативная тенденция ухудшения уровня здоровья и, как следствие, увеличения количества хронических заболеваний при переходе к старшему курсу.

Литература

1. Агаларова Л.С. Изучение условий и образа жизни населения, обслуживаемого врачами общей практики и участковыми

терапевтами в сельской местности. Актуальные проблемы демографической политики и состояние здоровья населения Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 90-летию Астраханской государственной медицинской академии. – Астрахань, 2009. – С. 19-20.

2. Кича Д. И. Комплексное социально-гигиеническое исследование студентов УДН им. П. Лумумбы: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1982.

3. Щепин О.П., Линденбрaten А.Л. Основные направления обеспечения качества медицинской помощи. // Бюл. НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко. - М.: 1998. - С.13 - 17.

Структура мотивации медицинских представителей при построении системы оплаты труда: зарубежный и российский опыт

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

Научный руководитель: Тарасенко Елена Анатольевна

Фармацевтическая промышленность является одним из важнейших показателей социально-экономического состояния государства. «Согласно данным международной аналитической компании IMS Health Consulting, в 2013 году объём мирового фармацевтического рынка достиг уровня 971 млрд.долларов с ростом в денежном выражении 3,3% по отношению в прошлом году». По прогнозам экспертов ежегодный прирост составит 3-4%, так, к 2020 году объём мирового рынка составит 1,5 трлн.долларов. Эти данные убедительно демонстрируют важность работы персонала фармацевтических компаний. В данных тезисах будет рассмотрена структура мотивации медицинских представителей как значимой составляющей фармацевтических компаний.

Актуальность проводимого исследования обусловлена отсутствием достаточной проработки вопроса мотивации именно медицинских представителей в фармацевтических компаниях, к ним применяются общие стандартные методики менеджмента.

Проблема структуры мотивации сотрудника для увеличения эффективности и результативности его работы, а также всего коллектива в целом, в последние годы занимались многие эксперты, анализируя данный вопрос с теоретической и эмпирической точки зрения.¹²³⁴ С чем это связано?

Основной тенденцией фармацевтического рынка на сегодняшний день является переход от рынка продуктов к рынку впечатлений и эмоций. Безусловно, цифровые технологии позволяют быстрее достучаться до разума клиента, но побеждает тот, кто завоюет его сердце. В работе медицинского представителя становится важно обсудить не просто продукт, а именно акцентировать на том, что он меняет в жизни человека. Таким образом, происходит эволюция модели взаимодействия с клиентом от ключевых сообщений к эмоциональным продажам. Эмоциональная продажа может

¹ Воробьев А.А. "Совершенствование кадровой политики предприятия" 2010г. [Электронный ресурс] URL: <http://masters.donntu.org/2010/iem/vorobyov/diss/index.htm> (дата обращения: 12.12.2017)

² Артёмова А.В. «Совершенствование принятия управленческих решений в фармацевтическом кадровом менеджменте» 2013г. [Электронный ресурс] URL: <http://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-prinyatiya-upravlencheskikh-reshenii-v-farmatsevticheskom-kadrovom-menedz#ixzz53WJ29oKj> (дата обращения: 22.11.2017)

³ Прохорова М.В., Баранова А.А. «Роль денежной мотивации в потребностной сфере работников фармацевтического бизнеса» 2014г. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-denezhnoy-motivatsii-v-potrebnostnoy-sfere-rabotnikov-farmatsevticheskogo-biznesa> (дата обращения: 06.01.2018)

⁴ Минеева А.В. «Мотивация работников фармацевтических предприятий» г. Самара 2017г. [Электронный ресурс] URL: https://revolution.allbest.ru/management/00767806_0.html (дата обращения: 14.01.2018)

кардинально повернуть дискуссию, направить её в нужное русло и повысить вовлечённость клиента. Так, дискуссия приведёт к увеличению продаж.

Для полноценного изучения структуры мотивации медицинских представителей при построении системы оплаты труда было проведено качественное исследование методом глубинного интервью, опрошено 8 медицинских представителей из 4 фармацевтических компаний, из них 2 фармацевтические компании российские, 2 - зарубежные. В интервью приняли участие (старшие) медицинские представители таких зарубежных компаний как Bayer, Abbott, а также таких российских компаний как Петровакс, ОтисиФарм. Полученные данные позволили проанализировать сходства и различия системы мотивации медицинских представителей в российских и зарубежных компаниях, оценить плюсы и минусы. Целью данного исследования является сравнительный анализ мотивации медицинских представителей при построении системы оплаты труда в зарубежных и российских фармацевтических компаниях.

Рассмотрим общий профиль респондентов. Участники опроса были в возрастной категории от 23 до 42 лет, имели общий стаж работы в должности (старшего) медицинского представителя от 2,5 до 9 лет, при этом стаж на последнем месте работы составил от 8 месяцев до 2,5 лет. 60% опрошенных имеют фармацевтическое образование высшее либо неоконченное высшее, 20% имеют высшее врачебное образование и 20% имеют высшее образование, не связанное с фармацевтикой или медициной. При этом, некоторые из опрошенных имеют дополнительное образование или курсы в сфере экономики или менеджмента. Исследование проводилось среди медицинских представителей города Москвы. Все опрошенные до начала работы медицинским представителем работали по специальности (фармацевт, провизор, врач). При смене фармацевтической компании как места работы наиболее часто встречающимся определяющим

фактором стала рекомендация знакомых наряду с перспективой развития и карьерного роста.

На вопрос «Какие характеристики Вы больше всего цените в своей нынешней работе?» с просьбой проранжировать характеристики в порядке приоритетности в ответах медицинских представителей в тройку лидеров вошли следующие параметры: отношения в коллективе, перспективы карьерного роста, достойная заработная плата. Обращаю внимание на тот факт, что заработная плата стоит только на третьем месте после других характеристик, то есть размер оплаты труда не является ключевым требованием для удовлетворённости сотрудника.

Однако, уровень вознаграждения на данном месте работы 90% медицинских представителей считают недостаточным: «Приложенные мной усилия несоразмерны с получаемой зарплатой», «Я затрачиваю гораздо больше своих ресурсов, чем потом получаю материально». Поэтому закономерным желанием сотрудников становится желание получать «достойную», «справедливую» заработную плату за проделанную работу и за полученный результат.

На вопрос «Будет ли, по Вашему мнению, бонусная программа стимулировать медицинских представителей к повышению качества и эффективности работы?» 50% опрошенных однозначно ответили «нет». Вторая половина респондентов ответили «да, но при условии...». Так, обобщая полученные ответы эти 50% заявили: «Зависит от индивидуальных потребностей МП: если замотивирован на деньги, то будет, если другие ценности - то нет». Зачастую, обоснование данных ответов крылось в системе премирования сотрудников в фармацевтических компаниях: «Такое ощущение, что руководство делает всё, чтобы мы НЕ получали премию. Создают такие условия, в которых невозможно работать, либо выставляют требования, которые невозможно достичь». Больше всего такая система развита в российских фармацевтических компаниях, где также часто встречаются варианты недобросовестного выставления критериев для

достижения КРІ: анонсируется одни условия, а в итоге премию сотрудник получает совсем по другим правилам. Поэтому при оценке сотрудниками работы руководства приобретает важность такой критерий как: «Слова моего руководителя не расходятся с делом».

Всем опрошенным медицинским представителям наиболее интересным и важным показался следующий вопрос: «Что ещё должен включать в себя КРІ, кроме уже имеющихся критериев (выполнение плана продаж, кратность визитов)?». Ответ на этот вопрос был единогласным – все медицинские представители считают необходимым дополнение КРІ оценкой их коммуникативных компетенций. Удивительно, что сами медицинские представители видят необходимость оценки коммуникативных навыков, несмотря на то, что они вряд ли обладают знаниями о современных данных с конференций последних лет (переход от «рынка продуктов» к рынку «впечатлений и эмоций»). При этом руководство фармацевтических компаний, которому следовало бы следить за последними тенденциями в фармацевтическом маркетинге, данный параметр не планирует включать в оценку работы представителей. Складывается впечатление, что либо руководители компаний не осведомлены о том, что побеждает тот, кто завоёвывает сердце врача, либо они недооценивают значимость личных взаимоотношений врач-представитель. В любом случае, медицинский представитель чувствует себя недооцененным, когда он, вкладывая душу в каждого клиента, выполняет и перевыполняет план продаж, однако, эти заслуги остаются незамеченными.

Стоит отметить, что при оценке визитов существует форма двойных визитов, где, среди прочих критериев, присутствует оценка вербальных и невербальных навыков представителей. Но для полноценной оценки коммуникативных навыков сотрудника этого крайне недостаточно, и современная ситуация требует включения дополнительных критериев для оценки коммуникативных компетенций.

В результате беседы с медицинскими представителями было выявлено, что одним из самых демотивирующих факторов выступает чрезмерный контроль. «Когда мне разрешали допускать ошибки, я их почти не делала, а когда чувствуешь жёсткий контроль, то начинаешь ошибаться чаще. Чем сильнее контроль, тем чаще совершаешь ошибки». Действительно, контроль в некоторых фармацевтических компаниях как российских, так и зарубежных порой переходит все границы. Например, в условиях несовершенной программы для определения геопозиции отклонение буквально на 100 метров повлечёт за собой штрафы и написание объяснительных. «Я чувствую, что мне не доверяют.», «Такая слежка говорит о недоверии – это обидно.», «Тотальный контроль за каждым движением провоцирует искать способы, как его обойти. Неприятно.» - так комментируют медицинские представители ситуацию с излишним контролем. «Я хочу ходить работу с удовольствием каждый день. Но, когда чувствуется такое недоверие, то вообще отпадает всё желание работать». В этом аспекте мнение представителей российских и зарубежных фармацевтических компаний снова сошлись.

Основная ценность для медицинских представителей – это осознание важности и ценности их работы для врачей и пациентов, осознание пользы того, что они делают. Для них важно осознавать собственную ценность для медицинского сообщества, быть компетентным партнёром врача. Почти каждый из опрошенных испытывает неприятные чувства из-за непризнанности профессии медицинского представителя, они отмечают отсутствие как таковой «профессии».

Действительно, специальности «медицинский представитель» не существует – нет специального образования, к тому же в законодательстве РФ отсутствуют статьи, регламентирующие деятельность медицинских представителей. Помимо этого в медицинском сообществе и в обществе в целом отсутствует чёткое понимание роли и предназначения медицинского представителя. Со стороны врачей наблюдается тенденция

роста мнений о том, что фармацевтические компании стремятся к росту собственной прибыли, независимо от качества выпускаемой продукции. Часть докторов считает, что беседа с медицинским представителем – это пустая трата времени.

Здесь возникает несколько вопросов: почему человек выбирает профессию медицинский представитель, какова профессиональная роль медицинского представителя, почему врачи недооценивают работу медицинского представителя.

Все 100% опрошенных медицинских представителей беспокоятся о статусе данной профессии в медицинском/фармацевтическом сообществе и в обществе в целом. «Некоторые медпреды ненавидят свою работу, но всё равно работают. Они считают, что быть медпредом – это, мягко говоря, не престижно и даже позорно. Нужно поднимать статус нашей профессии в обществе». Этот факт свидетельствует о потребности в самореализации и признании. При удовлетворении вышеуказанных потребностей мотивация представителей значительно повысится, улучшится отношение к ним врачей, появится уважение со стороны сотрудников других сфер.

В то же время, все опрошенные представители считают себя частью единой команды в своей фармацевтической компании, воспринимают успехи компании как свои собственные, принимают ценности и следуют миссии компании, что свидетельствует о высокой вовлечённости опрошенных сотрудников.

К слову о том, что могло бы мотивировать представителя работать лучше: «Я буду делать свою работу хорошо, чтобы не подвести своего руководителя.» Таким образом, при условии хороших отношений между представителем и менеджером, комфортной обстановки в коллективе сотрудник готов работать больше и лучше. А это означает, что завоевать сердце представителя не менее важно, чем завоевать сердце доктора. Более того, такому вовлечённому сотруднику будет

проще и приятнее коммуницировать с врачом, что в конечном счёте, приведёт к повышению продаж промотируемых препаратов.

В количественном исследовании, представленном на конференции PharmaBrand, обращает на себя внимание, что в таких вопросах как: «Что заставляет каждое утро вставать и идти на работу?», «Что заставляет делать свою работу качественно каждый день?», «В чём основная ценность работы медпредставителя?» - такой фактор как материальная компенсация либо присутствовал на последних местах по рейтингу либо не фигурировал вообще.

К тому же, сопоставляя данные проведённого качественного исследования с результатами количественного исследования, большая часть итогов совпадает. Различия были отмечены в мотивации на качество работы: в отличие от данных количественного исследования, где лидировал критерий «справедливое вознаграждение», в качественном исследовании первые позиции заняла комфортная обстановка в коллективе. «Я ищу место работы, где мне будет комфортно.» - Люди ищут комфорт в работе, эмоциональное благополучие и стабильно спокойная обстановка в коллективе крайне важна.

На основании полученных данных в результате проведённого исследования можно разработать следующие рекомендации для фармацевтических компаний с целью повышения мотивации и вовлечённости медицинских представителей и, как следствие, увеличения продаж компании:

- Достойная справедливая система материальной мотивации (бонус за продажи)
- Процесс материальной компенсации должен быть прозрачен и понятен каждому сотруднику
- Совершенствование КРІ путём включения пункта оценки коммуникативных компетенций
- Поощрение творчества и предоставление возможностей при работе с брендом

- Признание важности ежедневной рутинной работы МП для врача и пациента
- Помощь в развитии компетенций
- Признание успехов, обсуждение перспектив
- Разумный подход к методам контроля
- Процесс постановки целей и результатов продаж должен быть понятен, прозрачен и принят всеми в команде МП
- Комфортная психологическая атмосфера в коллективе
- Повышение статуса МП в обществе.

На основе проведенного исследования можно сделать вывод, что переход от «рынка продуктов» к «рынку впечатлений и эмоций», как следствие, получение результата и справедливого вознаграждения приводят к значимому повышению мотивации медицинских представителей в фармацевтических компаниях, и в результате, к повышению эффективности их работы.

Литература:

1. Дривольская Н.А. «Совершенствование кадровой политики организации на основе активизации мотивационных механизмов» [Электронный ресурс] URL: https://www.swsu.ru/structura/aup/upiakvk/ods/Drivolskaya_avto_ref.pdf (дата обращения: 18.11.2017)
2. Воробьев А.А. "Совершенствование кадровой политики предприятия» 2010г. . [Электронный ресурс] URL: <http://masters.donntu.org/2010/iem/vorobyov/diss/index.htm> (дата обращения: 12.12.2017)
3. Жданова М.Г. «Формирование кадровой политики на основе процессного подхода» [Электронный ресурс] URL: http://emsu.ru/face/dissert/avtoreferat_zhdanovamg.pdf (дата обращения: 20.10.2017)
4. Артёмова А.В. «Совершенствование принятия управленческих решений в фармацевтическом кадровом менеджменте» 2013г. [Электронный ресурс] URL:

<http://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-prinyatiya-upravlencheskikh-reshenii-v-farmatsevticheskom-kadrovom-menedz#ixzz53WJ29oKj> (дата обращения: 22.11.2017)

5. Минеева А.В. «Мотивация работников фармацевтических предприятий» г. Самара 2017г. [Электронный ресурс] URL: https://revolution.allbest.ru/management/00767806_0.html (дата обращения: 14.01.2018)

6. Сухова Т.Н. «Взаимоотношения врачей и представителей фармацевтического бизнеса в современном обществе» [Электронный ресурс] URL: <http://www.dissercat.com/content/vzaimootnosheniya-vrachei-i-predstavitelei-farmatsevticheskogo-biznesa-v-sovremennom-obshche> (дата обращения: 28.03.2017)

7. Прохорова М.В., Баранова А.А. «Роль денежной мотивации в потребностной сфере работников фармацевтического бизнеса» 2014г. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-denezhnoy-motivatsii-v-potrebnostnoy-sfere-rabotnikov-farmatsevticheskogo-biznesa> (дата обращения: 06.01.2018)

8. Бахлол Мохаммед Мостафа Хосни Абделаиз, Лагуткина Т.П. «Анализ деятельности медицинских представителей в Египте» // ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 2016 Том 9, вып. 1 стр. 16-23

9. Hussin Jose Hejase, Ali El Dirani, Bassam Hamdar, Bassima Hazimeh «Employee Retention in the Pharmaceutical Companies: Case of Lebanon» // IOSR Journal of Business and Management PP 58-75

10. Huyen Le Thu «EXPLORING MEDICAL REPRESENTATIVES' STRATEGIES TO INFLUENCE DOCTORS' PRESCRIBING DECISIONS IN VIETNAM» 2012, Supervisor: Isabel Goicolea, MD PhD Department of Public Health and Clinical Medicine // Epidemiology and Global health [Электронный ресурс] URL: http://www.phmed.umu.se/digitalAssets/104/104566_huyen-le-thu.pdf (дата обращения: 21.04.2017)

11. Abdolreza Gilavand «An investigation of the personnel's satisfaction with the virtual in-service training courses» 2017 [Электронный ресурс] URL: <http://iajps.com/pdf/december2017/81.IAJPS81122017.pdf> (дата обращения: 16.05.2017)

Влияние проведенной комплексной терапии на состояние фетоплацентарного комплекса, течение раннего неонатального периода у новорожденных

Вафоева Мадина

студентка 7 курса лечебного факультета,
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Чориева Гулчехра Зулфикаровна

руководитель, ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
№2

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан
gulchehra1505@mail.ru

Проблема гемолитической болезни (ГБ) плода и новорожденных остается актуальной в нашей стране, так как отсутствует программа обязательной профилактики резус и АВО-изоиммунизации женщин репродуктивного возраста. Несвоевременная диагностика и неадекватная терапия приводит к инвалидизации ребенка, обусловленной неврологическими нарушениями, соматическими расстройствами, изменениями иммунологической реактивности. Возможна внутриутробная гибель плода [8, 33, 110, 178].

ГБ является причиной антенатальной гибели плода в различные сроки гестации, а также повышенной заболеваемости и смертности детей не только в постнатальном периоде, но и в последующие годы жизни. Доля ГБ в перинатальной смертности составляет от 2 до 6-7% [143].

Учитывая осложненное течение периода гестации, родов и послеродового периода, а также определенный процент сенсибилизации и связанную с ним перинатальную

заболеваемость, и смертность, сопровождающиеся значительными изменениями биохимических показателей у женщин с АВО конфликтом, нам представилось целесообразным и необходимым проведение курсов лечебно-профилактических мероприятий с включением препарата, обладающего антигипоксическим и ангиопротекторным свойствами кокарнит. Кокарнит назначали на фоне традиционной терапии по следующей схеме: начиная с 16 недель гестации – по 2,0 мл ежедневно внутримышечно 10 дней трижды за период наблюдения.

Для выполнения поставленных задач исследования под нашим наблюдением находилось 92 беременных с АВО конфликтом со сроком беременности от 16 до 38 недель.

Из 31 беременной с АВО конфликтом, получивших в комплексе традиционного лечения кокарнит у 9 (29,0%) выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод, родились новорожденные с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте – 2 (6,4%), а у 7 (22,6%) новорожденных оценка по шкале Апгар на 5 минуте была выше 7 баллов. В группе беременных без нарушения кровотока в фетоплацентарной системе из 22 (71,0%) в 2(6,4%) случаев родился новорожденный с оценкой по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте, а в 20 (64,5%) случаях – с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте.

Из 7 беременных с нарушениями фетоплацентарного кровотока I степени у 2 (6,4%) родились дети с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте, у 5 (16,2%) родились дети с оценкой по шкале Апгар на 5 минуте выше 7 баллов.

При нарушении маточно-плацентарного кровотока II степени - 2 (6,4%) во всех случаях родились новорожденные с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте.

Из доплерометрических данных выявлено, что после проведенного курса комплексного лечения с кокарнитом нарушение МППК снизилось на 32,3%, из них нарушение МППК I степени снизилось в 1,4 раза, II степени в 4,5 раз

сравнительно с группой до лечения. Не имели нарушений МППК в 3 группе после лечения на 32,3 % чаще, чем в группе до лечения.

Включение в комплексную терапию препарата кокарнит позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода, улучшить состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с АВО конфликтом, что проявлялось повышением оценки по шкале Апгар, отсутствием тяжелых гипоксических поражений плода.

При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар установлено, что в данной группе показатель среднего балла в 1,2 раза выше, чем во 2 группе.

Анализ состояния новорожденных показал, что в 3 группе асфиксии тяжелой степени не наблюдались. Это указывает на то, что включение кокарнита в комплекс традиционной терапии оказалось эффективным по улучшению состояния новорожденных, поддержания компенсаторных механизмов и рождения здоровых детей. В данной группе родились 30 новорожденных в срок и 1 с перенашиванием.

После включения в комплекс традиционной терапии кокарнит в группе частота асфиксии новорожденных снизилась в 2,8 раза, внутриматочное инфицирование плода в 2,6 раза. МГВП, недоношенность, кардиореспираторный синдром и синдром угнетения ЦНС в этой группе не встречались.

Так, число детей с легким течением ГБ, родившихся от женщин, получавших кокарнит в комплексном лечении, по сравнению с 2 группой увеличилось в 1,6 раз, тогда как со среднетяжелым течением этот показатель уменьшился в 3,3 раз, а тяжелой формы заболевания вообще не наблюдалось.

Об эффективности проведенного лечения, свидетельствует также увеличение числа новорожденных с легкой и среднетяжелой формами и отсутствие тяжелой формы ГБН у матерей, роды которых во время предшествующей

беременности закончились мертворождением или гибелью новорожденного от ГБ.

В 3 группе родились 15 (48,4%) здоровых и 16 (51,6%) больных детей с ГБН, из них с желтушной формой заболевания родились 5 (31,3%) детей, это в 2,4 раза реже, анемичная форма заболевания встречалась в 3,3 раз чаще, чем во 2 группе, а с отечной формой заболевания рождение детей в 3 группе не наблюдалась.

Консервативное лечение ГБН проведено в 15 (93,7%) случаях, а ЗПК однократно в 1 (6,3%) случае.

В первые сутки после рождения к груди приложены 93,5% новорожденных. Во 2 группе это происходило в 2 раза позже, чем в 3 группе, что проявлялось нарушением течения периода адаптации и имеющейся патологией периода новорожденности.

Назначение в комплексную терапию препарата кокарнит позволил предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода у беременных с АВО конфликтом, что проявлялось снижением частоты ГБН, нормализацией итоговой оценки БФПП, повышением оценки по шкале Апгара, у детей 3 группы.

В группе женщин, получавших в комплексе традиционного лечения кокарнит летальность новорожденных от гемолитической болезни, не наблюдалась, но от других причин, среди которых доминирует внутриутробное инфицирование, были 2 (6,1%) случая самопроизвольного выкидыша.

У всех новорожденных гемолитическая болезнь закончилась выздоровлением, среднее пребывание на койке составило 5,4 суток.

Изучение биохимических показателей крови беременных данной группы показало, что содержание общего билирубина в сыворотке крови беременных, по сравнению с беременными, не получавших лечение, снизилось на 12,9%

при проведении 1-2 курса лечения и на 16,7% при 3 курсах лечения.

При исследовании фракций билирубина выявлено, что в данной группе отмечается улучшение конъюгационной способности печени, которое проявляется в снижении несвязанной (прямой) фракции билирубина как по отношению к группе сравнения, так и исходного уровня.

При исследовании биохимических показателей пуповинной крови у новорожденных от беременных, получавших в комплексной терапии кокарнит, установлено снижение содержания общего билирубина и его фракций в группе новорожденных с легкой степенью в 1и со средней тяжестью ГБ в 1,9 раза. Тяжелой формы ГБ не отмечалось, что свидетельствует о повышении конъюгационной способности печени новорожденных, матери которых получили кокарнит.

АСТ и АЛТ в пуповинной крови новорожденных снижается только при легкой форме ГБ в 1,4 и 1,1 раза соответственно. Эти результаты показывают, что у новорожденных исследуемой группы отмечалось улучшение конъюгационной и функциональной способности печени, даже при среднетяжелой форме ГБ, что научно обосновывает возможность и необходимость применения кокарнита во время беременности при АВО конфликте.

Таким образом, результаты проведенных исследований показывают, что в группе беременных получавших в комплексной терапии кокарнит, наблюдалось снижение частоты асфиксии новорожденных, в частности, тяжелых форм, не развивалась тяжелая форма ГБ, чаще обуславливающая постнатальную смертность.

Литература:

1. Альмяшева Г. А., Пешев С. Л., Ключкова Е. А., Пешева О. Н., Щукина Л. П. Диагностика эндогенной интоксикации

при акушерско-гинеколо-гической патологии// Казанский медицинский журнал. - 2007. - Том 88, № 4. - С. 322-324.

2. Володин Н. Н., и соав. Отдаленные наблюдения детей с неонатальными судорогами// Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. - №2. – С. 13-16.

3. Савельева Г. М., Курцер М. А., Шалина Р. И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов// Акушерство и гинекология. – 2000. - №5. – С. 3-8.

4. Харченко М. В., Заболотских Т. В., Жданова Г. П., Коломиец О. Е. Результаты использования иммуноглобулина человеческого в лечении гемолитической болезни новорожденного// Вопросы современной педиатрии. - 2006. - №5. – С. 613.

5. Crowther C. A. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review)// The Cochrane library. Chichester: John Wiley and Sons, 2004. Issue 2.

Основные мотивирующие и демотивирующие факторы, влияющие на удовлетворенность трудом медицинских представителей фармацевтической компании: мнение медицинских представителей фармацевтических компаний.

Воробьева Анна Владимировна

студентка 1 курса магистратуры, программа «Управление и экономика здравоохранения», НИУ Высшая школа экономики, Москва;

территориальный менеджер в АО «БАЙЕР»

Vorobievaanna2010@yandex.ru

Научный руководитель: Тарасенко Елена Анатольевна, к.с.н., доцент, заместитель заведующего кафедрой управления и экономики здравоохранения

Тематика выявления основных мотивирующих и демотивирующих факторов, влияющих на удовлетворенность трудом медицинских представителей фармацевтических компаний весьма актуальна, позволяет руководителям компаний в сфере фарминдустрии побудить медицинских представителей к добросовестному и эффективному труду, что, несомненно, повлечет за собой продуктивность деятельности и процветание фармацевтической компаний.

Цель исследования: определить степень удовлетворённости сотрудников проводимой системой мотивационных мероприятий в организации, стимулирующих персонал (медицинских представителей) к труду.

Эмпирическая база и методы исследования. 14 глубинных интервью с медицинскими представителями 7-ми отечественных и зарубежных фармацевтических компаний

(Эбот, Новартис, Доктор Редис, Байер, Биннофарм, Пфайзер, проведенных в период ноябрь 2017-март 2018.

Возраст респондентов превалирует в диапазоне 31 – 40 лет (43%), следом 20-30 лет (36%) и тот, кому больше 40 лет (21%)(Рис.1). Если оценивать профессиональную подготовку, то основной сегмент данной вакансии (медицинский представитель) занят людьми с высшим медицинским или фармацевтическим образованием. (Рис.2).



Рис. 1.

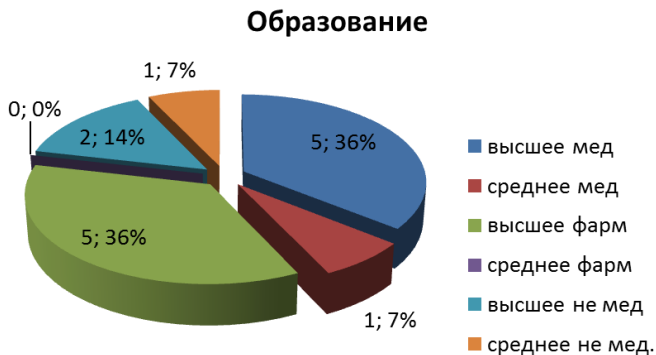


Рис.2

Стаж медицинских представителей в пуле респондентов соответствует 64% в категории 5 – 10 лет. (Рис.3).

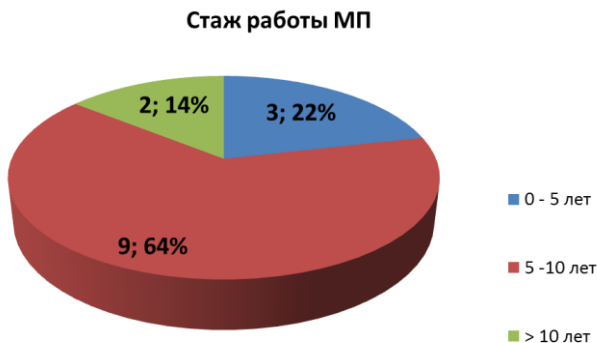


Рис.3

Актуальность проблемы мотивации не оспаривается ни наукой, ни практикой, так как от четкой разработки эффективной системы мотивации зависит не только повышение социальной и творческой активности фармацевтических работников (медицинских представителей), но и конечные результаты деятельности

самой компании. У каждого руководителя встает рано или поздно вопрос: Что делать с тем или иным сотрудником для получения максимальной эффективности деятельности самого сотрудника, чем его мотивировать.

К управлению персоналом применимы философские подходы. Предлагаю рассмотреть основные: первая основана на теории организации, вторая – на теории промышленного инжиниринга, а третья на науке о поведении. Сторонники теории организации считают, что иррациональность человеческих потребностей и их различия всегда зависят от конкретно-определенной ситуации. Главная идея этой теории по их мнению заключается, что основная задача управления персоналом – быть настолько прагматичными, насколько этого требует ситуация. Они думают, что если работа организована должным образом, то работник автоматически становится максимально эффективным, что влечет за собой удовлетворенность самого сотрудника к выполняемой работе.

Последователи теории промышленного инжиниринга уверены, что поведение человека по природе своей механистично, человечество движимо экономическими факторами, а потребности людей можно удовлетворить наилучшим образом, если индивидуум будет встроен максимально эффективный рабочий процесс. Таким образом, целью управления персоналом становится создание наиболее подходящей системы стимулирования и особых условий труда, чтобы максимально эффективно использовать человеческий «механизм». Сторонники теории промышленного инжиниринга верят, структурируя рабочие места, можно оптимально организовать работу и сформировать соответствующее отношение к ней.

Внимание бихевиористов сфокусировано на настроениях в группе, отношении отдельных сотрудников, социальном и психологическом климате в компании. В этом подходе является важным наличие одной (или больше) потребностей из числа мотиваторов или факторов гигиены. Именно этот подход к управлению персоналом подчеркивает важность

любых форм обучения управлению персоналом в надежде сформировать у сотрудников здоровое отношение к работе, их удовлетворенность на занимаемой должности, создать в рабочей группе, организации в целом климат, соответствующий общечеловеческим ценностям. В основе данного подхода лежит вера, что должное отношение позволит создать эффективную рабочую и организационную структуру, что сформирует у сотрудника четкую удовлетворенность в работе.

В рамках данного исследования для оценки мотивирующих и демотивирующих факторов, влияющих на удовлетворенность трудом медицинскими представителями, их ответы были сопоставлены с классическими моделями мотивации. Наиболее распространенными содержательными теориями являются теории Маслоу, МакКлелланда, Герцберга – именно эти теории приняты к рассмотрению в рамках анализа полученных ответов.

Согласно сущности теории Абрахама Маслоу основой мотивации является иерархия потребностей человека (физиологические потребности, потребности в безопасности и уверенности в будущем, социальные потребности, потребность в уважении, потребность самовыражения). Рис.4 показывает распределение мнений медицинских представителей по потребностям пирамиды Маслоу.

Вопрос: Что важно при выборе фарм.компании?

Пирамида Маслоу



Ответ	МП	
3		21%
4		29%
2		14%
3		21%
1		7%

Рис.4

Если рассматривать сопоставимость ответов медицинских представителей с потребностями более высоких уровней (стремление к успеху, стремление к власти, стремление к сопричастности) согласно теории Дэвида МакКлелланда результаты отражены на Рис.5. Управлять такими потребностями, зная их от каждого своего сотрудника, руководитель может, подготавливая работников к последующему переходу по иерархии на соответствующие должности, предварительно составив программу повышения квалификации с последующей аттестацией. Следует обратить внимание, что 36% респондентов рассматривают себя в рамках профессионального развития в горизонтальном направлении, т.е. в текущей должности медицинского представителя.

Вопрос: Какие перспективы карьерного роста существуют в вашей фарм.компании?

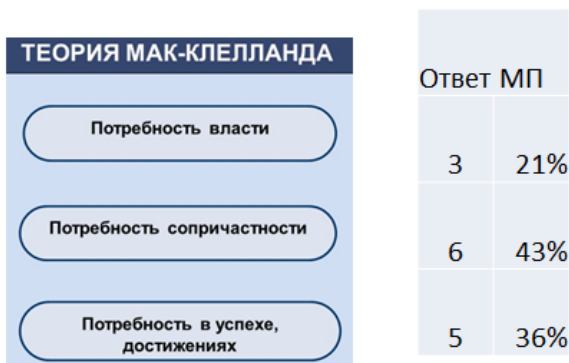


Рис.5

Удовлетворенность работой медицинского представителя можно выяснить с помощью двухфакторной теории Фредерика Герцберга, которая отражает влияние материальных и нематериальных факторов на мотивацию сотрудника. Факторы, вызывающие удовлетворенность работой, могут вызвать только мотивационные факторы, положительное развитие которых однозначно повышает мотивацию и удовлетворенность от нейтрального состояния до «плюса» в мотивированности. Факторы, вызывающие удовлетворенность работой, не являются противоположностью в одном и том же измерении, т.к. каждый из них находится как бы в собственной шкале измерений, где один действует в диапазоне от минуса до нуля, а второй – от нуля до плюса. Следовательно, противоположностью неудовлетворенности работой является не удовлетворение работой, а отсутствие неудовлетворенности.

Вопрос: Чувствуете вы лично удовлетворенность от своей работы в компании?

Двухфакторная модель Герцберга

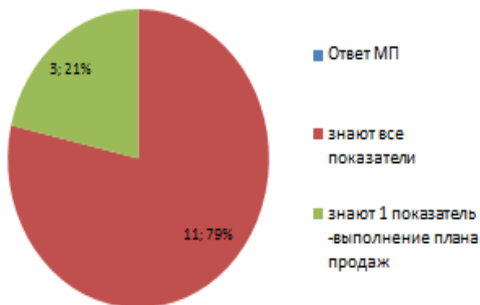


Ответ МП		
да	9	64%
нет	5	36%

Рис.6

Методы трудовой мотивации, влияющие на удовлетворенность работой медицинского представителя ранжируются в следующем порядке по степени значимости для респондентов: организационные методы, морально-психологические, материальные. Наиболее распространенной формой (методом) материального мотивирования является индивидуальная премия. Удовлетворенность материальным вознаграждением, его «справедливым» уровнем формирует у сотрудников приверженность к организации. Согласно проведенному опросу в каждой фармацевтической компании существуют программы бонусирования медицинских сотрудников. Однако ключевые показатели эффективности, по которым оценивается эффективность труда медицинского представителя, в каждой компании отличны друг от друга, кроме одного – выполнение плана продаж. Все участники опроса знают, что достижение показателей эффективности – получение квартальной премии. Следует отметить, что 21% опрошенных знает только о выполнении плана продаж.

Вопрос: Достижение каких показателей в этой программе обеспечивает премирование МП?



Итак, эффективность премирования во многом определяется правильностью выбора показателей, их дифференциацией в зависимости от роли и характера подразделений, уровня должностей, ориентацией на реальный вклад и конечные результаты, гибкостью критериев оценки достижений медицинского представителя.

Достижение оптимального распределения рабочего времени работников с учетом баланса «интересы предприятия/интересы человека» - важный аспект в жизнедеятельности медицинского представителя. Каждый медицинский представитель четко понимает, что атмосфера рабочего режима с соблюдением баланса рабочего и личного времени не приведет к выгоранию сотрудника и будет четко обеспечивать его работоспособность в часы труда с 9:00 до 18:00. Конечно, единичные запросы сверхнормы могут быть проработаны в личное время, но при повторной регулярной загруженности сотрудника результат деятельности будет не максимальным. Грамотный руководитель организует работу сотрудников так, распределяя нагрузку в течение рабочего времени, чтобы поставленные задачи были выполнены в срок и к выгоранию сотрудника не приводило.

Основная причина текучести - неудовлетворенность медицинских представителей своим положением. Текучесть кадров связана не только с социальной и бытовой неустроенностью, но и со сложностями самореализации или самоутверждения.

Удовлетворенность медицинскими представителями своей работой в условиях современного конкурентного фармацевтического рынка выходит на первый план. Мотивация сотрудников «полевых сил» является одним из ключевых элементов в поддержании конкурентоспособности участников фармацевтического рынка. Крайне важно руководителю понимать своих работников, ориентироваться на мнение каждого сотрудника для дальнейшей корректировки в рамках рабочего процесса согласно стратегическому курсу компании для получения максимального положительного результата для всей компании в целом от трудовой деятельности сотрудника.

Поведём итог опроса медицинских представителей в удовлетворенности своей работой в фармацевтической компании: Удовлетворенность – 64% (9МП) и Неудовлетворенность – 36% (5 МП). Факторы, влияющие на удовлетворенность по степени значимости в порядке убывания: условия организации труда, карьерные ожидания, баланс рабочего и личного времени, зарплата, атмосфера внутри коллектива, программа бонусирования.

Основные рекомендации руководству фармацевтических компаний: создание условий, способствующих формированию профессиональной гордости, личной ответственности за работу (наличие известной доли риска, возможность добиться успеха); присутствие вызова, обеспечение возможностей выразить себя в труде; признание (личное и публичное), атмосфера взаимного уважения и доверия в коллективе. Когда работодатель, со своей стороны, обеспечивает высокий уровень организации труда и управления, а также побуждает людей к саморазвитию и самосовершенствованию, тогда возникает ощущение

удовлетворенности. Процесс мотивации упрощенно может быть разбит на следующие этапы: выявление потребностей, формирование и развитие мотивов, управление ими с целью изменения поведения людей, необходимого для реализации целей, корректировка мотивационного процесса в зависимости от степени достижения результатов. Мотивационные программы эффективны тогда, когда работодатель, со своей стороны, обеспечивает высокий уровень организации труда и управления.

Литература:

1. Бакирова Г. Х. Психология развития и мотивации персонала; Юнити-Дана - Москва, 2013. - 440 с.;
2. Ветлужских Елена Мотивация и оплата труда; Альпина Паблшер - Москва, 2013. - 273 с.;
3. Егоршин А. П., Зайцев А. К. Организация труда персонала; Инфра-М - , 2013. - 320 с;
4. Литвинюк А. А. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности. Теория и практика. Учебник; Юрайт - Москва, 2014. - 398 с..
5. Управление человеческими ресурсами. Энциклопедия / под. ред. Пула М., Уорнера М. СПб.: «Питер», 2004

Внедрение интегрированной системы менеджмента качества в деятельность медицинской организации: реалии и возможности.

Габуня Нино Юрьевна

студент магистратуры, программа «Управление и экономика здравоохранения»,

НИУ Высшая школа экономики

nino.gabuniya@gmail.com

Изменения Российского законодательства в сфере здравоохранения предъявляют новые требования к системам управления медицинскими организациями, определяя переход от моносистем управления только качеством медицинской помощи к интегрированным системам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в целом (рис. 1), на основе международных стандартов, в большинстве имеющих статус ГОСТ Р – национальных стандартов России [1, 5].



Рисунок 1. Основные направления деятельности медицинской организации (стационар).

Как обеспечить повышение качества деятельности в условиях постоянно растущих требований к качеству и безопасности медицинской деятельности с одной стороны, и дефицита ресурсов, с другой? [2]

В мировой практике существуют различные подходы к построению систем на соответствие: модели Национальных премий по качеству (модель Премии Деминга в Японии, модель делового совершенства EFQM, премия М. Болдрижа в США, модель Премии Правительства РФ в области качества), модели менеджмента на соответствие требованиям стандартов семейства ИСО серии 9000. Все вышеперечисленные системы зарекомендовали себя как эффективные, однако, носят надотраслевой характер, трудно применимый в сфере здравоохранения без привлечения специалиста в области менеджмента качества. Отраслевые же стандарты, например, аккредитации больниц по безопасности (JCI) не направлены на обеспечение эффективного управления деятельностью МО [6].

В России базовые требования к системе контроля качества и безопасности деятельности нашли отражения в Предложениях (практических рекомендациях) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре, поликлинике) Росздравнадзора (2015 г.), которые можно рассматривать как формирующий национальный подход к разработке интегрированных систем менеджмента в медицинских организациях [3].

По итогам проводимого автором научного исследования в рамках внедрения интегрированной системы менеджмента (ИСМ) в деятельность медицинской организации предлагается обоснование внедрения ИСМ, что позволит существенно повысить экономическую, медицинскую и социальную эффективность, а также на практике:

- повысить качество и безопасность оказываемой помощи пациентам;
- оптимизировать сам процесс оказания медицинской помощи организации, деятельность которой, связана с каждодневным риском;
- выйти на передовые позиции по ключевым показателям деятельности в сравнении с другими медицинскими организациями;
- обеспечить рост доверия пациентов к медицинскому персоналу и организации в целом;
- повысить конкурентоспособность и устойчивость развития;
- повысить степень удовлетворенности персонала с объективной оценкой положительных тенденций;
- увеличить доходы организации.

Главное отличие подхода при построении ИСМ и ее уникальность заключается в том, что построение ИСМ, осуществляется в параллельном режиме, а не последовательно. Такой подход интенсивнее, значительно короче по времени, дешевле и гораздо эффективнее.

Возможная модель ИСМ, которая отвечает современным мировым требованиям к обеспечению качества и безопасности деятельности медицинской организации представлена на рисунке 2.



Рисунок 2. Интегрированная система менеджмента

ИСМ – это адаптированный международный опыт лучших организаций в мире. В ИСМ входят стандарты, обеспечивающие высокие показатели качества и безопасности по всем направлениям деятельности организации: определение требований к системе менеджмента качества, безопасности пищевой продукции, системе экологического менеджмента в организации, обеспечения информационной безопасности, требования к системе безопасности труда и охраны здоровья, современные требования к качеству и компетентности медицинских лабораторий и т.д.

Центральное место в ИСМ занимает стандарт ИСО 9001, доказавший надежность и успешность внедрения во всем мире, а также, такие Критерии Премии Правительства РФ в области качества, как лидирующая роль руководства, персонал, политика и стратегия организации в области качества, партнерство и ресурсы, процессы, осуществляемые организацией, удовлетворенность персонала, удовлетворенность потребителей качеством продукции

(услуг), влияние организации на общество, результаты работы организации. В основе модели Премии Правительства РФ в области качества – технология самооценки, которая используется для определения исходного состояния по всем разделам медицинской деятельности по принципу «как есть» и последующего управления деятельностью медицинской организации. Анализ полученных данных, определение проблем, разработка детального плана с описанием мероприятий, с указанием ответственных лиц и сроками исполнения, а также формирование понимания «как должно быть», позволяет сформулировать, а затем реализовать поставленные задачи и предъявляет высокие требования к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, к уровню ее зрелости и результативности.

Одновременно необходимо развиваться в фарватере новых требований отрасли и выстраивать систему контроля качества и безопасности медицинской деятельности на соответствие требованиям Рекомендаций Росздравнадзора.

Опираясь на лучший международный опыт, необходимо включать в ИСМ элементы стандарта в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности JCI. JCI – это «золотой стандарт» для медицинских организаций, свидетельствующий о безукоризненном менеджменте, высочайшем качестве и безопасности оказываемых услуг. В зависимости от специфики медицинской организации возможно расширение ИСМ за счет таких стандартов, как CARF (медицинская реабилитация) или OECI (онкология).

Основными проблемами, требующими решения, являются: очевидная смена подходов к управлению в медицинских организациях от «реактивного» к «проактивному», от атмосферы страха и наказания к выявлению проблем, от контроля к обеспечению качества на уровне национальной системы здравоохранения.

В заключении хотелось бы привести цитату из доклада М.А. Мурашко (Руководитель Федеральной службы по надзору в

сфере здравоохранения) на Международной конференции «Медицина и качество – 2017». «Считаю, что настала пора поставить качество во главу угла деятельности всех без исключения медицинских организаций ...те организации, которые сегодня не закладывают в свой стратегический план внедрение интегрированной системы менеджмента, завтра окажутся попросту нежизнеспособными». [4]

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», утв. Правительством РФ № 294 от 15.04.2014;
2. ГОСТ Р ИСО 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
3. Предложения (Практические Рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре, поликлинике) ЦМИКЭЭ Росздравнадзора (2015 г.);
4. Мурашко М. Доклад «Качество медицинской помощи. Пора меняться» - конференция «Медицина и качество», 2016;
5. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций, ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 312 с.;
6. Accreditation Standards for Hospitals, 6 Edition, Joint Commission International;

Продвижение безрецептурных препаратов в социальных сетях (на примере бренда «Арбидол» фармацевтической компании «ФАРМСТАНДАРТ»)

Дудкина Алёна Владимировна

выпускница Бизнес-школы РГГУ «Управление маркетингом»
qatara@inbox.ru

Актуальность выбранной темы – Российские социальные сети как интернет-площадки предоставляют отличные возможности для успешного продвижения товаров не только в сегменте FMCG, но и товаров из Pharma сегмента. Однако, большинство крупных брендов лекарственных средств слабо позиционируются в социальных сетях и, как правило, делают упор на продвижении продуктов на ТВ и по средствам полиграфии. Таким образом, упускается большая часть потребительской аудитории. Отсюда следует необходимость актуализации стратегического маркетингового планирования в социальных сетях с учетом особенности рынка Pharma на территории РФ.

Объект исследования – репрезентация препарата «Арбидол» фармацевтической компании «Фармстандарт» на торговых площадях социальных сетей «Instagram» и «Вконтакте».

Предмет исследования – стратегия продвижение с помощью маркетинговых коммуникаций безрецептурного противовирусного средства «Арбидол» фармацевтической компании «Фармстандарт» в социальных сетях «Instagram» и «Вконтакте».

Цель исследования – выработать эффективные рекомендации для планирования стратегии продвижения уже сложившегося бренда, используя новейшие интернет-маркетинговые средства коммуникации, для укрепления и роста позиционирования продукта в рейтинге лидеров фармацевтического рынка.

Для достижения поставленной цели, были сформулированы следующие задачи:

- Изучить особенности маркетингового продвижения безрецептурных лекарственных средств на рынке Pharma на территории РФ;
- Исследовать мотивы потребительского выбора на рынке лекарственных средств;
- Выявить особенности продвижения лекарственных средств на площадях социальных сетей «Instagram» и «Вконтакте»;
- Изучить организационно-экономическую характеристику фармацевтической компании «Фармстандарт»;
- Определить особенности репрезентации бренда «Арбидол» в восприятии целевой аудитории;
- Изучить конкурентную среду безрецептурных средств выстраивающих маркетинговую коммуникацию в социальных сетях;

В работе использовались методы анализа, компаративный метод, метод научного обобщения, систематизация материала, а также качественные методы маркетинговых исследований, включающие:

- 6 глубинных интервью с ЦА бренда «Арбидол»;
- Кабинетное исследование в социальных сетях «Instagram» и «Вконтакте».

3 основных цели, которые может предполагать продвижение бизнеса в социальных сетях:

1. Увеличение количества продаж товара или услуги. Это основная, но не единственная цель. В данном случае оптимальным методом продвижения будут рекламные компании в соцсетях, продвигающие определенные товары и услуги. Здесь не обязательно

даже заводить собственный аккаунт или сообщество – люди, кликающие по рекламе, могут переходить непосредственно на сайт компании и там совершать покупки или обращаться по контактной информации.

2. Продвижение бренда товара или услуги. Это уже другая задача, которая требует и другого подхода. С этой целью лучше всего создать тематическую страницу или сообщество и наращивать количество ее подписчиков/участников. Например, путем проведения конкурсов, стимулирующих репосты записей, приглашение друзей в сообщество и т.д.

3. Повышение лояльности клиентов к компании. Это наиболее сложная задача, требующая самой кропотливой работы. Здесь потребуются качественно оформленные аккаунты/сообщества с постоянной публикацией новостей, ответами на жалобы и вопросы подписчиков, возможностью разрешить конфликтные ситуации. То есть, для такой работы потребуется отдельный компетентный сотрудник компании (для крупных компаний – даже несколько таких сотрудников). Однако возможность прямого диалога потребителя с представителем бренда всегда является неоспоримым конкурентным преимуществом.

Достижение второй и третьей цели оказывает косвенное влияние и на главную задачу – увеличение объема продаж.

Для создания желаемого образа бренда необходимо наладить крепкую связь с целевой аудиторией. Главная цель при организации отношений между брендом и потребителями – удовлетворить желаемый положительный результат покупателя после покупки товара. Если характеристики бренда «неотягивают» до ожиданий, потребитель начинает выбирать другие марки. Этому может быть несколько причин:

- Неоправданное повышение цен;
- Снижение качества;

- Длительное отсутствие товара в продаже;
- Низкий уровень обслуживания и т.п.

При построении отношений между брендом и потребителем важной характеристикой бренда является его активность. Постоянные контакты потребителя с торговой маркой усиливают зависимость покупателя от бренда и укрепляют отношения. Активность может выражаться в расширении ассортимента товаров сезонными новинками, проведении распродаж, акций, усовершенствовании качества продукции и т.п.

Укрепление отношений между брендом и покупателем способствует повышению лояльности покупателей. Это позволяет легче «пережить» изменения на рынке или усиление конкуренции. Обычно у сильного бренда около 10% покупателей или клиентов с высокой степенью лояльности. Как раз они приносят более 50% прибыли.

Были выявлены психологические особенности потребительского поведения, на котором основывается выбор лекарственных средств. Был определен ряд слабых сторон потребителей, которые можно объединить в несколько групп, согласно психотипу. Группируя потребителей согласно психологическим особенностям, можно определить более узконаправленную целевую аудиторию для продвижения бренда, а значит продать товар с более высокой эффективностью.

В качестве основной ЦА бренда «Арбидол» было определено две группы рецензентов: молодые мамочки с детьми до 3-х лет и успешные незамужние женщины. Две группы опрошенных женщин относятся к молодежи в возрасте 25– 30 лет. Глубинное интервью с данными группами опрошенных выявила слабые стороны в психологии женщин, на которые можно воздействовать маркетинговыми методами, для более эффективного продвижения иммуномодулирующего средства «Арбидол».

Первая группа опрошенных женщин является замужними – это важно для исследования, поскольку молодые мамочки полностью зависят от финансовых возможностей своих мужей, следовательно, финальное решение о покупке всегда принимает мужчина. Вторая же группа молодых женщин – ни от кого не зависит и вправе делать свой собственный выбор на основе устоявшихся ценностей, принципов жизни и веянья моды. Все респонденты являются молодыми женщинами в возрасте 25–29 лет с высшим

Подводя итоги проведенного интервью необходимо заметить, что две группы опрошенных женщин негативно относятся к врачам, фармацевтам и медикаментозному вмешательству. Все женщины так или иначе стараются придерживаться активного и здорового образа жизни. Однако, все опрошенные единогласно признались, что использовали иммуномодулирующие средства при простуде. Так же все женщины знакомы с препаратом «Арбидол», но почему-то выбирают его конкурентов.

Стратегия «Фармстандарт» слабо использует интернет, как канал эффективного продвижения безрецептурных препаратов, таким образом сокращается охват целевой аудитории. Выработка рекомендация по продвижению препарата в пространстве интернета, позволит овладеть компании рядом преимуществ, которые позволят выгодно отличаться на рынке от своих прямых конкурентов.

Для социальных сетей очень важно генерировать качественный контент. Важным при работе с сетями является умение продавать ненавязчиво и завуалированно. Для достижения этой цели необходимо правильно определить целевую аудиторию и хорошо осознавать ее слабые и сильные стороны. Выбирая несколько групп опрашиваемых женщин, как исследователь, я руководствовалась определением актуальной целевой аудитории «Арбидола». Если правильно позиционировать товар на рынке, то и молодые мамочки и молодые успешные незамужние женщины, при перечислении иммуномодулирующих средств в приоритет будут ставить

«Арбидол». Следует, прежде всего, переопределить ряд ценностей, которые формируют бренд. Необходимо сделать упор на «экологичности», «натуральности», «безопасности» и «эффективности».

Для современного человека Интернет заменил медицинские энциклопедии или обращение к знакомым, имеющим хотя бы отдаленное отношение к медицине. Люди ищут в сети информацию о том, как самостоятельно избавиться от недуга или как лучше организовать его профилактику. В результате запросы по медицинской тематике стабильно входят в пятерку самых популярных в Интернете, уступая лишь погоде, музыке, видео и развлечениям.

Присутствие в Интернете сегодня очень важно для компаний-производителей медицинских препаратов. При этом Интернет интересен фармацевтическим компаниям не только и не столько как канал прямого (открытого) продвижения. В силу специфики медицинских продуктов, многие из них открыто продвигать неуместно или даже запрещено законодательством. Поэтому игроки фармацевтического рынка осваивают и активно используют методы скрытой рекламы и PR в Интернете. Успех в каждом конкретном случае зависит от многих факторов, в первую очередь, от правильного выбора площадок для продвижения, качественной стратегии и грамотного исполнения.

Занудные описания преимуществ препарата или нравоучения о здоровом образе жизни – людям неинтересны. Поэтому, для продвижения препарата в социальных сетях, нужно искать нестандартные приемы. Пример удачного продвижения – страница успокоительного препарата «Валериановна». В данном случае, основой коммуникации с пользователями стали коты, которые, как известно, равнодушны к валериане лекарственной – действующему веществу препарата «Валериановна».

На страничке под названием «Коты против стресса» публикуются забавные фотографии котов и веселые истории

из кошачьей жизни. Аватар, обложка страницы и часть постов брендированы.

Так же помимо разработки креативного контента, как конкурентного преимущества лекарственного препарата, будет являться важным работа с возражениями в режиме онлайн в социальных сетях. Помимо этого, важно включить в стратегию продвижение написание ненавязчивых комментариев в различных целевых группах социальных сетей. Это позволит привлечь на себя внимание тех людей, которые не искали бренд по запросу, но вступив в диалог – непременно перейдут в группу компании и возможно станут ее подписчиком. Работа с комментариями и отзывами может позволить повысить лояльность потребителей к бренду.

Создавая креативный контент для бренда, который не будет напрямую навязывать аудитории продажу лекарственного средства, стоит обратить внимание на использование инструмента вирусного маркетинга. Смысл вирусных публикаций не в том, что вы можете публиковать их в качестве потенциально популярного контента для вашего сообщества, а в том, что, используя вирусные записи, вы можете продвинуть любую услугу или товар. Преимущество вирусного маркетинга в том, что он не требует постоянных денежных вливаний и способен приносить пользу на протяжении длительного времени.

Чтобы материал стал вирусным, нужно, чтобы он заметно привлек внимание аудитории. Когда пост начинается выделяться на фоне других, его замечают администраторы других площадок (как крупных развлекательных сайтов, так и сообществ), и он начинает тиражироваться, видоизменяться (меняются формулировки, порядок и иногда немного содержание) и входить в бесконечный цикл распространения. Как показал анализ, у вирусных постов проявленная активность (лайки, комментарии и прочее) обычно на 100–200% выше, чем у обычных. Также их выделяет продолжительный жизненный цикл: вирусные тексты могут жить от трех месяцев до нескольких лет.

Интернет пространство позволяет использовать креативные методы скрытой рекламы и PR, что является наиболее эффективным способом выстраивания долгосрочной коммуникации с целевой аудиторией.

Обобщенное доверие и субъективные характеристики здоровья экономически активного населения России

Елисеева Софья Юрьевна

магистрант 1 года обучения направления подготовки
«Социология», ПГНИУ

sonia.eliseeva@bk.ru

Влияние различных компонентов социального капитала (в том числе, доверия) на индивидуальное и популяционное здоровье сегодня можно считать традиционной тематикой зарубежных исследований. Почти 20 лет назад профессор Гарвардского университета И. Кавачи обозначил возможную зависимость состояния здоровья (health status) жителей различных территорий от уровня межличностного доверия, норм реципрокности и взаимопомощи [1]. Позднее влияние доверия на самооценку здоровья и качество жизни было показано на примере ряда стран и социальных групп [2, 3, 4].

Для отечественной социологии анализ связи социального капитала (доверия, включенности в социальные сети, неформальных норм) и «ответов» со стороны здоровья является достаточно новой тематикой. При этом актуальность формирования целостной картины обусловленности соматического и психического здоровья россиян уровнем группового и индивидуального социального капитала крайне высока. Особенно, в контексте поставленных стратегических задач накопления и сохранения человеческого потенциала, для различных подгрупп экономически активного населения страны.

Цель исследования – охарактеризовать связь обобщенного доверия и самооценки здоровья различных подгрупп экономически активного населения России.

Эмпирической базой исследования выступили данные Российского мониторинга экономического положения и

здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) за 2016 г. [5]. Из общего массива для анализа была сформирована подвыборка экономически активного населения ($n=5962$). Из них 87% – работающие граждане, 3,1% – респонденты, находящиеся в отпуске (в том числе декретном, по уходу за ребенком до 3 лет и пр.), и 10% – неработающие, но зарегистрированные в качестве безработных в государственной службе занятости и иные находящиеся в поисках работы. Среди экономически активного населения 52% составляют женщины, а 48% мужчины. При этом среди работающих и ищущих работу больше мужчин, а среди находящихся в отпуске – больше женщин.

Состояние здоровья экономически активного населения измерялось на основе самооценки здоровья. Использовался закрытый вопрос: «Как Вы оцениваете Ваше здоровье. Оно у Вас?», с вариантами ответа: «очень хорошее», «хорошее», «среднее, не плохое, но и не хорошее», «плохое» и «совсем плохое».

Доверие измерялось с помощью вопроса об обобщенном доверии: «Считаете ли Вы, что большинству людей можно доверять или что в отношениях с людьми всегда надо быть осторожным?», с вариантами ответа: «большинству людей можно доверять», «и то, и другое, в зависимости от человека и условий» и «в отношениях с людьми всегда надо быть осторожными».

По результатам исследования было выявлено, что в целом экономически активное население оценивает свое здоровье высоко. Более 95% указали, что их здоровье очень хорошее (2%), хорошее (44%) и среднее (50%). На самооценку здоровья оказывает влияние пол (связь установлена с помощью коэффициента хи-квадрат). Мужчины оценивают свое здоровье выше, чем женщины. Так, почти половина (49%) среди опрошенных мужчин отметили, что у них здоровье «хорошее», женщины чаще (в 55% случаев) давали среднюю оценку своему здоровью. Так же самооценка здоровья зависит от возраста. Коэффициент Гамма показал умеренную

статистически значимую связь между этими переменными: чем старше респондент, тем ниже он оценивает свое здоровье.

Выявлена на достоверном уровне связь (коэффициент Лямбда) между статусом занятости экономически активного населения и самооценкой здоровья. Наиболее высокая самооценка здоровья была выявлена у тех, кто находится в отпуске. Немного выше оценивают свое здоровье неработающие граждане. Они чаще выбирали ответы «очень хорошее» (5%) и «хорошее» (52%) здоровье, в сравнении с работающими, которые выбирали «хорошее» (43%) и «среднее» (52%). Такое различие можно обосновать влиянием на эту связь иных факторов (в том числе – производственных). Например, работающие чаще испытывают «какие-либо проблемы со здоровьем» (в качестве меры связанности использовался коэффициент Тау Гудмена и Краскала).

Уровень обобщенного доверия экономически активного населения достаточно низкий. Среди опрошенных 43% придерживаются мнения, что в отношениях с другими людьми всегда нужно быть осторожными. Лишь 16% отметили, что большинству людей можно доверять. Остальные выбрали промежуточный (серединный) вариант ответа. При этом мужчины оказались немного доверчивее, чем женщины. Коэффициент Гамма демонстрирует наличие связи уровня доверия с возрастом на достоверном значимом уровне. С увеличением возраста уровень доверия уменьшается.

С помощью коэффициента Тау Гудмена и Краскала было установлено, что доверие влияет на статус занятости. Неработающие граждане, находящиеся в поиске работы и зарегистрированные как безработные, в большей степени (в 30% случаев) придерживаются мнения, что большинству людей можно доверять, чем работающие (15%). Наиболее недоверчивыми оказались респонденты, находящиеся в отпуске.

В результате исследования было определено, что доверие влияет на здоровье. Коэффициент d Сомерса показал наличие

статистически значимой связи между этими переменными. Причем у неработающих граждан сравнительно выше уровень доверия, поэтому выше самооценка здоровья. Данная связь не прослеживается только в группе находящихся в отпуске.

В группе безработных, зарегистрированных в службах занятости населения и активно ищущих работу, сравнительно высокий уровень доверия. Это обусловлено тем, что неработающие респонденты проявляют доверие в качестве основания для доступа к ресурсам социальных сетей, в которых они состоят. Данная социальная группа наиболее открыта для различных сообществ в виду заинтересованности в решении вопроса о трудоустройстве. Например, неработающие гораздо чаще обращались и обращаются к друзьям, родственникам или к иным социальным структурам для помощи в поисках работы. Такая активность в решении вопроса позволяет им чаще (систематически) поддерживаться контакт с социальными сетями, которые важны для здоровья индивида [6].

Связь доверия и здоровья для работающего населения проявляется по-другому. Доверие в основном выступает для них в роли основания для избегания стрессовых ситуаций в работе. Т.е. доверие помогает работникам успешнее интегрироваться в профессиональное сообщество, быстрее проходить адаптационный период и приспосабливаться к окружающей рабочей среде [7, 8]. Все это минимизирует влияние психологических нагрузок на индивида, что положительно сказывается на его самочувствии.

Таким образом, значимость доверия для здоровья исследованных субгрупп различна. В ходе анализа было установлено, что доверие оказывает влияние на субъективные показатели здоровья экономически активного населения России. Однако для работающих индивидов доверие выступает в большей степени как механизм минимизации психологических нагрузок, для неработающих – как механизм поддержания активных социальных сетей. Такие формы доверия оказываются различными по силе влияния на

здоровье. Поэтому здоровье работающего населения (учитывая влияния иных факторов) немного ниже, чем здоровье неработающих граждан. Люди, находящиеся в декрете, являются в некотором смысле «закрытой» сетью, поэтому связи доверия и здоровья в данном случае не наблюдается.

Примечание. Тезисы подготовлены при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – докторов наук (проект МД-281.2017.6).

Список литературы

1. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. February. №896. P. 120–130.
2. Feng Z., Vlachantoni A., Liu X., Jones K. Social trust, interpersonal trust and self-rated health in China: a multi-level study // *International Journal for Equity in Health*. 2016. Vol. 15. P. 1–11.
3. Yuasa M., Ikeno T., Ukawa S. Relationship of general trust with individual health and life related factors among frail elderly residents at home in Hokkaido rural areas in Japan // *Health*. 2012. June. Vol. 4. P. 372–333.
4. Миронова А.А. Доверие, социальный капитал и субъективное благополучие индивида // *Общественные науки и современность*. 2014. №3. С. 44–52.
5. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН. (Сайты обследования

RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)

6. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. №3. С. 112–133.
7. Abbott S., Freeth D. Social Capital and Health: Starting to Make Sense of the Role of Generalized Trust and Reciprocity // Journal of Health Psychology. 2008. №13(7). P. 874–883.
8. Campos-Matos I., Subramanian S.V., Kawachi I. The “Dark Side” of Social Capital: Trust and Self-rated Health in European Countries // European Journal of Public Health. 2016. № 26. P. 90–95.

Особенности правового режима орфанных лекарственных средств

Жемчугов Никита Сергеевич

студент 3 курса, Факультет Права,
НИУ Высшая школа экономики
nikzhem@gmail.com

В настоящее время в связи с ускорением развития медицины, увеличением объема теоретических знаний в области генетики, биотехнологий стал острее ощущаться разрыв между теоретическим объемом знаний в передовых сферах и практическим использованием этих знаний. Особенно ярко данная тенденция прослеживается на примере орфанных лекарственных средств, предназначенных для лечения орфанных заболеваний. Важность рассмотрения темы также обусловлена тем, что в результате рассмотрения могут быть сделаны выводы о реализации конституционного принципа обеспечения государственных гарантий охраны здоровья граждан.

Орфанные заболевания - хронические, зачастую жизнеугрожающие заболевания или состояния, распространенность которых составляет от 0,65 до 1 промилле на тысячу жителей. На сегодняшний день известны более 7 000 типов редких заболеваний¹. В связи со спецификой данных заболеваний, существуют определенные особенности правового регулирования лекарственных препаратов, предназначенных для лечения таких заболеваний. Этот вопрос актуален и может быть интересен по причине относительной молодости сферы в рамках российской действительности, комплексности рассмотрения правовых и финансовых

¹ Rare Disease Facts and Statistics // A Report on Orphan Drugs in the Pipeline. 2013. P. 7. URL: <http://phrma-docs.phrma.org>.

показателей рынка орфанных лекарственных средств. Целью данной работы является выделение основных характерных черт регулирования орфанных лекарственных средств, поиск механизмов влияния правового регулирования непосредственно на рынок лекарственных препаратов, выявление проблемных зон как в правовом регулировании, так в сфере обращения на рынке.

Рассмотрим нормативное закрепление вопроса в Российской Федерации. В соответствии с законодательством РФ, а именно ст. 44 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения. В РФ существует специальный Перечень таких заболеваний, утверждаемый Правительством Российской Федерации и размещаемый на соответствующем сайте в сети «Интернет». Кроме перечня самих заболеваний предусмотрен Федеральный регистр лиц, страдающих орфанными заболеваниями, данный регистр предназначен для обеспечения граждан, страдающих заболеваниями, включенными в перечень, лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания. Такая необходимость в обеспечении граждан, в свою очередь, обусловлена тем, что лечение редких заболеваний, как правило, требует вложения огромного количества денежных средств, поскольку как сами лекарственные препараты, так и предоставляемые курсы лечения являются крайне дорогостоящими. По информации, содержащейся на официальном сайте, на ноябрь 2017 г. в Перечне закреплено 223 заболевания¹. Важно обратить внимание на то, что существует отдельный Перечень² для заболеваний, которые

¹ URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>.

² Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 N 403 "О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими

обладают признаками жизнеугрожающих и хронических прогрессирующие заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или к его инвалидности, в данный Перечень включено 24 заболевания. К сожалению, на данный момент в Российской Федерации не установлены стандарты оказания медицинской помощи для части заболеваний, включенных в последний Перечень, что создает определенный правовой и методологический вакуум в данном вопросе¹.

Однако это не единственная проблема, сложившаяся в рамках регулирования обращения орфанных лекарственных средств. С нашей точки зрения, центральной является проблема, касающаяся обеспечения финансирования лечения орфанных заболеваний (т.н. нефинансируемый мандат). В соответствии с п. 10 ч.1 ст. 16 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" лекарственным обеспечением лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания лиц, страдающих орфанными заболеваниями, занимаются субъекты Российской Федерации. И действительно, субъектами принимаются меры, направленные на реализацию указанного полномочия, однако таких мер зачастую бывает недостаточно, в особенности проблемным является вопрос организации закупки лекарственных препаратов – субъектам фактически не хватает денежных средств для организации закупок надлежащего объема, которые могли бы обеспечить всех лиц, включенных в регистры, необходимым количеством лекарственных

(орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента"

¹ Н.В. Путило, Н.С. Волкова, Ф.В. Цомартова и др. "Право граждан на лекарственное обеспечение: Монография" "Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ", "КОНТРАКТ", 2017

препаратов, что подтверждается и фактом наличия обращений властей субъектов РФ к Правительству с просьбами об оказании помощи в организации процесса закупки и обеспечения необходимого уровня финансирования. Бывают ситуации, когда фактически субъекты отказываются от исполнения, возложенных на них обязательств по обеспечению лиц необходимыми лекарственными средствами, обуславливая свои действия ограниченностью бюджетных средств субъекта. На данный счет даже существует Определение Конституционного Суда РФ¹, в котором Суд указывает на неправомерность неисполнения данных полномочий по указанной причине, а также предлагает субъектам чаще обращаться к федеральным органам власти за финансовой помощью по данному вопросу. Такая практика складывается, предоставляются межбюджетные трансферты, однако, очевидно это не может решить проблему. Субъекты просто не могут вечно обращаться к федеральным органам власти за деньгами.

Кроме этого, открытой остается проблема обеспечения ранней диагностики и реабилитации данной группы пациентов, фактически в Российской Федерации очень часто просто отсутствует необходимое медицинское оборудование, которое способно обеспечить раннюю диагностику, а средств для его закупки, как обычно, не хватает в бюджете.

Экспертный совет Совета Федерации² видит проблему не только в материальном обеспечении, но и в недостаточности

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 02.07.2013 N 1054-О "Об отказе в принятии к рассмотрению запросов Кабинета Министров Республики Татарстан и Вахитовского районного суда города Казани о проверке конституционности пункта 10 части 1 статьи 16 и части 9 статьи 83 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

² Проект Решения заседания Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Актуальные вопросы и перспективы

правового регулирования отдельных вопросов данной проблемы, например, в необходимости принятия нормативных правовых актов, предусматривающих обеспечение граждан, страдающих орфанными заболеваниями, социальной помощью и тп. Также необходимо доработать недостающие на данный момент стандарты лечения таких заболеваний, внедрить критерии инновационности для лекарственных препаратов и проч. Вопрос действенности данных мер остается все еще открытым, делать определенные выводы будет возможно только после внедрения данных мер, а также анализа оказанного ими эффекта.

Однако нам представляется, что введение дополнительных критериев разграничения, инновационности, «порогов готовности платить» и т.д. может лишь усложнить и замедлить существующий на данный момент порядок, возможно нужны дополнительные меры иного порядка. Так, например, существуют международные договоры между рядом государств о взаимном сотрудничестве в сфере закупок орфанных лекарственных средств для нужд граждан стран-участниц таких соглашений. Более того, такие меры могут казаться изменением или пересмотра стандартов GCP в отношении орфанных лекарственных средств, поскольку зачастую, новые лекарственные препараты попросту не попадают на российский рынок ввиду несоответствия установленным критериям.

Стоит обратить отдельное внимание на отсутствие стимулов у довольно ограниченного круга фармацевтических компаний-производителей орфанных препаратов в РФ. Необходимо обеспечить приемлемые условия защиты исключительных прав, а также организовать упрощенную или ускоренную процедуру регистрации препаратов для выпуска в оборот. Собственно, это особенно актуально на фоне существующего

регулирования обращения лекарственных препаратов для больных с редкими (орфанными) заболеваниями» от 28 февраля 2018 г.

зарубежного опыта подобного рыночного стимулирования. Так, в США исключительное право на продажу орфанных лекарственных средств действует в течение семи лет, в ЕС предусмотрен ряд мер, включающих исключительное право на препарат на рынке в течение 10 лет, налоговые льготы, в Японии – государственные субсидии и ускоренная процедура регистрации.

Таким образом, делая выводы, хотелось бы отметить проблемность регулирования оборота орфанных лекарственных средств, вызванную отсутствием комплексной проработки вопроса. Налицо проблемы правового регулирования, вызывающие, в свою очередь, материальные последствия, также нельзя не отметить отсутствие и материально-технической базы, необходимых кадров, комплексных стандартов лечения. Хотелось бы верить в то, что законодатель, федеральные органы исполнительной власти и, в первую очередь, общественность не отложат рассмотрение и разрешение этих и других проблем на неопределенный срок, будут активнее обращаться к существующему позитивному опыту других государств и применять его с учетом особенностей российской среды.

Эффективность использования финансовых ресурсов регионами на лекарственное обеспечение граждан, получающих меры социальной поддержки

Ищенко Анастасия Евгеньевна

Выпускница магистратуры, Кафедра управления и экономики здравоохранения,

НИУ Высшая школа экономики, г. Москва.

nastyaishenko@mail.ru

Расходы на лекарственное обеспечение граждан оказывают все большую нагрузку на здравоохранения в большинстве стран мира. Однако, опыт многих государств доказывает, что сдерживание роста затрат возможно лишь при наличии системы эффективных мер по их использованию. Но, важно понимать, что использование лекарственных препаратов и целесообразность их закупок должны быть эффективными, чтобы в условиях ограниченных ресурсов в здравоохранении, не только оправдать средства, необходимые для их приобретения, но и являться экономическими инвестициями, снижающими возможность применения более дорогостоящих лекарственных препаратов.

Цель исследования. Оценка эффективности использования финансовых ресурсов предназначенных для приобретения лекарственных препаратов, для льготных категорий граждан в ряде регионов Российской Федерации, т.к. в официальных отчетных документах и литературных источниках, вопрос эффективного использования финансовых ресурсов практически не затрагивался.

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили данные, полученные при анализе состоявшихся закупок лекарственных препаратов в Свердловской области, в республиках Татарстан и Башкортостан.

Результаты. В ходе анализа были установлены суммы закупок лекарственных препаратов для льготных категорий граждан в различных регионах в 2016 и 2017 годах. В 2016 году суммы затраченные на закупку лекарственных препаратов в двух регионах были больше, чем суммы в 2017 г. В Республике Башкортостан в 2016 году суммы затрат были меньше в 1,04 раза по сравнению с 2017 г., в Республике Татарстан в 2016 г. в 2,7 раза больше, по сравнению с 2017 г, в Свердловской области в 1,2 раза меньше в 2016 г. по сравнению с 2017 г. Кроме того был проведен анализ наиболее затратных лекарственных препаратов в данных регионах и оценка их эффективности с точки зрения ABC/VEN анализа. В ходе анализа выявлено наличие малоэффективных лекарственных препаратов с точки зрения доказательной медицины. В Башкирии в 2016 г. удельный вес данных лекарственных препаратов составил 1,87%; 2017 г. – 1,58%; В Свердловской области в 2016 г. – 0,04%; 2017 г. -0,13%, Республике Татарстан в 2016 г. -0,26%; 2017 г. – 0,51%.

Выводы. В ходе исследования выделены положительные факторы, что в число наиболее затратных, по финансовым ресурсам лекарственных препаратов, входят лекарственные препараты, во всех трех регионах, имеющие доказанную эффективность. Также имеются и отрицательные моменты, что значительная часть денег тратится и на лекарственные препараты с недоказанной эффективностью. Данные проведенного исследования можно использовать для оптимизации процесса принятия решений в области льготного лекарственного обеспечения и в процессе корректировки перечня лекарственных препаратов для льготных категорий граждан, для улучшения качества оказания медицинской помощи и оптимизации расходов здравоохранения на лекарственное обеспечение.

Телемедицинские технологии как новый виток в оказании медицинских услуг: перспективы и проблемы правового регулирования

Колобова Карина Александровна

студентка 3 курса бакалавриата, Факультет Права,

НИУ Высшая школа экономики

kkolobova@hse.ru

С комплексным развитием современного общества все большая и большая часть нашей жизни становится облечена в цифровую оболочку или доступна в сети Интернет. С недавнего прошлого и оказание пусть и ограниченного спектра медицинских услуг не является исключением из повсеместно распространяющегося тренда. С 1 января 2018 года на территории Российской Федерации вступил в силу Федеральный закон от 29.07.2017 N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья" (далее-242-ФЗ), который иными словами лаконично называют «Законом о телемедицине». Действительно, данный закон вносит изменения в ряд актов и делает легальным применение на территории РФ практики оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий. Такая практика уже довольно давно и успешно существует за рубежом, в особенности активно, например, в США, что значительно экономит финансовые, человеческие и временные ресурсы в сфере здравоохранения. Положительная зарубежная практика в данной области, безусловно, сыграла свою роль в катализации процесса легализации использования телемедицинских технологий и на территории РФ. Однако будет ли принесенная извне конструкция чувствовать себя в российской правовой и общественной действительности также комфортно и действенно - вопрос нетривиальный и

требующий отдельного анализа, чему и будет посвящена настоящая статья.

Интересно, что единой официально закрепленной (не доктринальной) дефиниции термина «телемедицина» или «телемедицинские технологии» до недавнего времени не было. В 2012 году Всемирная организация здравоохранения предприняла попытку дать официальное толкование данному термину и определило телемедицину как «предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья населения и развития местных сообществ»¹. Сегодня Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее – «323-ФЗ») с учетом изменений, внесённых в него 242-ФЗ, определяет телемедицинские технологии как информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Законодатель, тем самым, устанавливает два канала общения, по которым в ходе осуществления медицинской деятельности

¹ Доклад о результатах второго глобального обследования в области электронного здравоохранения. Электронный источник. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44497/9789244564141_rus.pdf;jsessionid=19F6ABA451D95C33DD50034F2EACD0A0?sequence=4 (дата обращения 23.04.2018 г.)

возможно использование телемедицинских технологий: это непосредственно общение врача и пациента (и/или его законного представителя), а также общение представителей медицинского сообщества между собой. Второй вариант взаимодействия возможен, в рамках получения заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, установления прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации или медицинской эвакуации, а также получения протокола соответствующего консилиума врачей. В рамках настоящей статьи внимание будет уделено преимущественно первому варианту взаимодействия с возможностью использования телемедицинских технологий. Это вызвано наибольшей значимостью именно первого типа взаимодействия ввиду наличия прямой зависимости состояния здоровья пациента и порядком оказания таких услуг дистанционным образом.

Помимо пакета изменений в большое количество законодательных актов 242-ФЗ, 21 января 2018 года на территории РФ вступил в силу также Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (далее – «Порядок»), который более детально описывает процедуру оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, в том числе, виды и формы оказания такой помощи. Так, например, п. 12 Порядка устанавливает, что телемедицинские технологии могут использоваться при оказании первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе, высокотехнологической, медицинской помощи; скорой, в том числе, скорой специализированной медицинской помощи, а также паллиативной медицинской помощи, что означает возможность использования телемедицинских технологий фактически в любом виде

медицинской помощи. Аналогичный вывод можно сделать и о возможных условиях оказания медицинской помощи, согласно п. 13 Порядка (вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре или же стационарно), а также формах оказания помощи (экстренной, неотложной или плановой форме). Тем не менее, осознавая зачаточное состояние данного института в РФ на текущий момент, что вызвано как несовершенством правовой базы, так и недостаточным уровнем технического развития, законодатель очень аккуратно подошел к вопросу определения целей использования телемедицинских технологий при действительном оказании медицинской помощи, ограничившись лишь самыми безобидными видами деятельности, а именно, согласно ч.2 ст. 36.2 323-ФЗ:

- профилактика, сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза, оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;
- принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

Таким образом, на данный момент законодатель не посягает на первичность очной встречи врача и пациента, однако сделал первые шаги в направлении внедрения повсеместно распространяемых инноваций в российскую действительность.

Социальный интерес во внедрении в отечественную систему здравоохранения такой процедуры как использование телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи очевиден, поскольку такая мера отвечает на вызовы современного здравоохранения, изящно решая такие наболевшие вопросы как: 1) полное обеспечение или хотя бы частичное удовлетворение потребностей и уменьшение нужды людей, которые живут в территориально удаленных районах субъектов Российской Федерации в высококвалифицированной медицинской помощи и не имеют

возможности непосредственно приехать на прием ко врачу, особенно, когда речь идет о неоднократных посещениях; 2) Постоянно возможное повышение квалификации медицинских работников, что обеспечивается возможностью непрерывного общения членов медицинского сообщества между собой с помощью телемедицинской, в том числе, платформы, где можно не только делиться с коллегами полезными материалами, но и проводить онлайн-встречи/собрания/конференции и т.д.; 3) избавление от возможных потенциальных финансовых сложностей у пациентов, вызванных высокой стоимостью проезда в специализированные центры для получения высококвалифицированной медицинской помощи. В случае безуспешных результатов первичного приема, такая дорогостоящая поездка может оказаться бесполезной или последующие поездки могут оказаться для пациента непосильными с финансовой точки зрения. Данный аргумент распространим и на медицинское сообщество ввиду отсутствия при онлайн-общении дальнейшей необходимости в оплате поездки врача до места встречи как самим врачом, так и медицинской организацией или фармацевтической компанией; 4) Некоторые авторы¹, высказывающиеся по этому поводу, охотно выделяют среди положительных предпосылок для внедрения телемедицинских технологий также преодоление психологического барьера, так называемого «синдрома белого халата», выражающегося в заведомой неприязни в отношении некоторых больных к типичному, «народно устоявшемуся» образу больницы и врачей как таковых; 5) При перенесении больших массивов информации в цифровой вид и применение к ним

¹ Грухин Ю.А., Ягорлицкий В.В. Телемедицина в России. // Актуальные концепции развития гуманитарных и естественных наук: экономические, социальные, философские, политические, правовые, аспекты материалы международной научно-практической конференции. 2016. С. 135.

автоматизированных способов обработки и обмена¹ возможно в значительной мере сократить сроки принятия важных решений, которые, безусловно, очень часто могут стоить человеческих жизней.

Несмотря на все кажущиеся очевидными плюсы и выгоды от внедрения медицинской помощи, оказываемой с использованием телемедицинских технологий, нельзя не остановить внимание на видимых трудностях применения данной процедуры. В первую очередь бросается в глаза очевидная неготовность России на сегодняшний день обеспечить бесперебойную техническую поддержку сети телемедицинских технологий на территории всего государства. Это связано, помимо неравномерности в техническом оснащении медицинских организаций от региона к региону, хотя бы с тем фактом, что даже самые крупнейшие операторы связи на территории РФ не покрывают наиболее удаленные участки нашей страны государства, которые, казалось бы, как никакие другие нуждаются в предоставлении им медицинской помощи ввиду вышеизложенных социально-окрашенных обстоятельств.

Помимо административно-операционных проблем, которые наличествуют в разработанной системе, нельзя оставить без внимания также и некоторые проблемы правового регулирования. В частности, нерешенными остаются:

- Некоторые регуляторные вопросы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

¹ Sreekanth Rallapalli. Improving Healthcare-Big Data Analytics for Electronic Health Records on Cloud / Sreekanth Rallapalli, Augustin Minalkar, R.R. Gondkar // Journal of Advances in Information Technology. 2016. Vol. 7. No. 1. February. P. 65.

- Вопросы защиты персональных данных пациента, пользующегося услугами с применением телемедицинских технологий;
- Вопросы лицензирования телемедицинской деятельности.

Первая группа вопросов охватывает несовершенство вышеупомянутого Порядка, поскольку из формулировок его положений возникают существенные разночтения, четкого и однозначного ответа на которые невозможно найти при существующем положении дел.

Одним из наиболее животрепещущих таких разночтений является вопрос о возможности или невозможности оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий анонимно. Как устанавливает п.7 Порядка, каждый пациент при получении медицинской помощи от конкретного доктора должен проходить процедуру обязательной аутентификации и идентификации через Единую государственную систему идентификации и аутентификации (далее – ЕСИА). В последующем же любые данные о состоянии здоровья пациента должны вноситься лечащим врачом в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ), которая, при должной доработке, должна «обеспечить оперативный информационный обмен вносимыми в нее данными как внутри системы, так и с внешними пользователями/поставщиками информации»¹ с соблюдением всех требований законодательства о защите персональных данных, а также врачебной тайны. Упомянутая неоднозначность вызвана тем, что необходимость указания сведений о такой аутентификации, установленная п. 46

¹ Журавлев М.С. Правовое обеспечение электронного документооборота в телемедицине // Информационное право. 2017. № 4. С. 12.

Порядка, касается только получения консультации в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Следовательно, остается неясным, что делать в случае использования телемедицинских технологий для оказания платных медицинских услуг, не входящих в данную программу. Если процедура аутентификации и идентификации в этом случае необязательна, то напрашивается вывод о возможности проведения анонимных консультаций. Действительно, п. 46 допускает проведение анонимных консультаций, однако полная анонимизация не только не позволяет должным образом отслеживать качество предоставляемых услуг, что, безусловно, ставит под потенциальную угрозу жизнь и здоровье пациента, но и не позволяет определить ответственного субъекта, в случае наступления оснований для привлечения таковых к ответственности. Поэтому представляется, что анонимизация возможна исключительно после предварительной идентификации и должна проводиться в виде присвоения какого-либо обезличивающего шифра, доступного для раскрытия ограниченному кругу лиц, а полная анонимизация категорически не допускается¹.

Проблема защиты персональных данных связана, в первую очередь, с получением согласия на обработку персональных данных². При оказании медицинских услуг с помощью телемедицинских технологий обработке будут подлежать, в том числе, персональные данные о состоянии здоровья, что в терминологии ст. 10 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ (далее – «152-ФЗ») называется персональными данными специальной категории. Данная статья устанавливает необходимость получения

¹ Столбов А.П. Об определении и классификации телемедицинских услуг / А.П. Столбов // Врач и информационные технологии. 2015. N 2. С. 17.

² Журавлев М.С. Защита персональных данных в телемедицине // Право. Журнал Высшей школы экономики. 2016. № 3. С. 72–84.

согласия субъекта на обработку персональных данных в письменной форме. Представляется, что относительно телемедицинских технологий речь может идти только о письменной форме в виде электронного документа, подписанного электронной подписью¹. Объективная невозможность предоставления бумажной версии согласия в цифровом пространстве во многом усложняет процедуру его получения хотя бы законодательно установленной процедурой получения такой подписи. Более того, определенные слои населения, не обладающие должной степенью правовой и общетехнической грамотности также могут испытывать сложности в использовании подобного механизма, что, конечно же, в конечном итоге, не способствует повышению доступности телемедицинских технологий широким массам населения.

Помимо прочего, сложности в даче согласия на обработку персональных данных при использовании телемедицинских технологий могут быть связаны с конкретизацией перечня, способов и целей обработки, а также указанием лиц, участвующих в обработке. Поскольку обрабатываемые данные циркулируют в цифровом пространстве, невозможна ситуация, когда эти данные будет обрабатывать только врач. Вместе с тем, проследить полную цепочку операторов, включая технических специалистов, не представляется возможным, что создает вынужденные нарушения требований ст. 9 152-ФЗ. Более того, потенциал телемедицинских технологий на данном этапе их развития в ряде случаев не позволяет заранее определить ни перечень данных, которые подвергнутся обработке, ни цели и способы данной обработки, что с формальной точки зрения оправданно поднимает вопрос о необходимости регулярного обновления согласия на обработку данных со всеми усложняющими этот процесс элементами, описанными ранее.

¹ Федеральный закон "Об электронной подписи" от 06.04.2011 N 63-ФЗ

Возникающие вопросы относительно лицензирования касаются в большей мере территориальности оказания услуг. В настоящее время для осуществления телемедицинской деятельности не требуется специальной лицензии помимо общей лицензии на осуществление медицинской деятельности. Однако поскольку телемедицинские платформы могут располагаться за пределами Российской Федерации, и российские пациенты будут пользоваться услугами иностранных врачей, встает вопрос о согласованности лицензионных требований и взаимного признания лицензий различных государств. Это необходимо, в том числе, в целях адекватной оценки пациентом квалификации того или иного врача, оказывающего ему медицинскую помощь на площадке иностранного государства. Представляется, что в целях охраны здоровья граждан перспективным направлением работы могло бы стать унифицирование требований к лицензированию специалистов из разных стран, а также формирование системы взаимного признания лицензий¹.

Помимо проблем в правовом регулировании, возможность оказания на рынке медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий может повлечь за собой некоторые более фундаментальные негативные последствия, касающиеся принципа доверия пациента к врачу. Речь идет, в первую очередь, о феномене так называемого «e-patient» («и-пациента»)². Поскольку на данном этапе развития общества доступ к технологиям носит чрезвычайно широкий характер, практически каждый человек сегодня является участником или потенциальным участником глобальной информационной

¹ Овчинников В.В. Телемедицина: проблемы правового регулирования. // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. №3. С. 12-15.

² Гуляева С.Е., Овчинников А.В., Гуляев С.А. Телемедицина в интенсивной терапии: развитие новых технологий. // Тихоокеанский медицинский журнал. 2012. № 3. С. 24.

сети. Неизбежная связанная с этим интеграция влечет к тому, что пациенты могут беспрепятственно общаться, обсуждая поставленные диагнозы и методы лечения. «И-пациент» отличается особенной активностью в собственном процессе лечения, хорошо осведомлен о своем заболевании, и заинтересован в применении в своем лечении самых современных методик. Такой пациент может создавать отдельные группы с другими пациентами, где получает информацию от пациентов с аналогичным заболеванием о том, какие из методик являются действенными, а какие бесполезными. Соответственно, у пациента складывается собственная картина о должном лечении, которая не всегда совпадает с видением его лечащего врача. Все это может порождать потенциальные конфликты между пациентом и врачом и влечет к подрыву одного из базовых медицинских принципов – доверия пациента к врачу, что, в свою очередь, влечет к увеличению доли самолечения среди пациентов со всеми вытекающими из этого неблагоприятными последствиями как для жизни и здоровья каждого такого пациента в отдельности, так и для населения в целом.

Таким образом, телемедицина, безусловно, является прогрессивным шагом развития рынка медицинских услуг. Тем не менее, предстоит еще большая и кропотливая работа над нормативной базой и техническим оснащением огромного количества медицинских организаций в данном секторе, прежде чем предоставление медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий будет обеспечивать должную меру охраны жизни и здоровья пациентов и начнет функционировать в том виде, в каком это можно представить наилучшим образом.

Оценки экономических потерь от заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции в России

Косякина Анастасия Игоревна

1-й курс магистратуры, Экономический факультет,
Московский государственный университет им.
М.В.Ломоносова, Москва
kosiakina@mail.ru

Меньших Дарья Александровна

1-й курс магистратуры, Экономический факультет,
Московский государственный университет им.
М.В.Ломоносова, Москва
menshich@gmail.com

По данным Информационного бюллетеня Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на конец 2016 года¹, в мире насчитывалось приблизительно 36,7 млн. человек, инфицированных ВИЧ, в том числе 2,1 млн. детей (из них около 2/3 от числа всех больных проживают в Африке южнее Сахары), при этом, 2,1 млн. заразились ВИЧ в 2016 году, а 1,1 млн. человек умерли от этого вируса.

Первый случай заболевания ВИЧ в России был зарегистрирован в 1987 г. С того момента, по данным Роспотребнадзора на 1 ноября 2017 года², на территории Российской Федерации было зафиксировано около 1 млн. 194 тыс. случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди граждан, из

¹ Информационный бюллетень о ВИЧ/СПИДе / Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

² Данные взяты из формы мониторинга Роспотребнадзора «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ» за 2016 г.

них более 270 тыс. человек умерли, а численность граждан РФ-носителей вируса достигла порядка 925 тыс. человек.

В настоящее время в России наблюдается достаточно стремительный рост числа заболевших СПИДом. Несмотря на не очень большой вклад болезни в показатели смертности по стране, потери общественного благосостояния от данной болезни могут быть очень значительными в том числе, по причине того, что она затрагивает людей в трудоспособном возрасте и длится до самой смерти человека.

В работе была проведена оценка экономических потерь от заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции в России двумя методами:

- 1) Методом, основанном на измерении потерянных лет жизни от заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции;
- 2) Методом, предполагающим оценку прямых и косвенных экономических потерь, связанных с ВИЧ-инфекцией в денежном выражении.

В первом случае наша методология расчета практически полностью повторяет методологию расчета DALY (Disease Adjusted Life Years). Во втором случае мы использовали метод, основанный на измерении прямых и косвенных потерь от заболевания ВИЧ.

Важно отметить, что потери благосостояния возникают не только в результате смерти человека по причине болезни, но и из-за снижения качества жизни. Это особенно важно в контексте такого заболевания, как СПИД, так как оно является неизлечимым, и, хотя при применении соответствующей терапии продолжительность жизни больного может меняться не столь значительно (по сравнению со здоровым состоянием), качество этой жизни существенно падает.

При учете потерь от смерти человека от ВИЧ в определенный год мы учитывали все потерянные будущие годы жизни и затем дисконтировали их, чтобы учесть предпочтительность текущих лет жизни относительно будущих. В случае потерь от

снижения качества жизни мы измеряли только потери, относящиеся к этому году, поэтому их дисконтировать не нужно.

Общественные потери от смертности от ВИЧ-инфекции как для мужчин, так и для женщин за период с 2009 по 2014 гг. возрастают. Если в 2009 году общественные потери лет жизни от смертности для мужчин составляли примерно 245 тысяч лет, то в 2014 году этот показатель составил уже 412 тысяч лет. Для женщин общественные потери от смертности в 2009 году составляли примерно 123 тысячи лет, а в 2014 году - уже 241 тысячу лет.

Суммарные потери производства от ВИЧ в 2014 г. по обоим полам и всем возрастным группам составляли 653 858 лет. Стоит отметить, что основные потери лет жизни приходится на возраста от 25 до 35 лет как для мужчин, так и для женщин, при этом потери лет жизни для мужчин превышают потери лет жизни для женщин даже при учете того, что ожидаемая продолжительность жизни в России для мужчин существенно ниже ожидаемой продолжительности жизни женщин.

Мы также оценили потери общественного благосостояния в денежном выражении. В литературе, посвященной оценке потерь от болезней, выделяют прямые и косвенные потери¹. Прямые потери непосредственно связаны с затратами общества на лечение заболевших, в том числе они включают расходы на лекарства и услуги медицинских учреждений. Косвенные издержки подразумевают потери, связанные с уменьшением рабочей силы и соответствующими потерями производства. Таким образом, для оценки прямых потерь нами был использован метод производственных потерь, а для

¹ Jo, Changik. "Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods." *Clinical and molecular hepatology* 20.4 (2014): 327. И Molinari, Noelle-Angelique M., et al. "The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs." *Vaccine* 25.27 (2007): 5086-5096.

косвенных – метод затрат. Отметим, что в некотором смысле логика второй части исследования повторяет логику первой (связанной с оценкой потерь во временном выражении). Так, косвенные потери (потери производства от смертности, дисконтированные к моменту смерти) отражают потери, связанные со смертью человека (как и *YLL*), а прямые издержки – потери, вызванные ухудшением качества жизни ВИЧ-инфицированного человека (как и *YLD*).

Суммарные потери производства от смерти от ВИЧ в 2014 г. составляли 6 242 746 050,27 руб. Общественные потери от смертности от ВИЧ в 2014 году были рассмотрены в разрезе половозрастных групп. Наибольший вклад в потери вносят мужчины в возрасте 30-39 лет. Вклад женщин значительно меньше (так как число женщин, умерших из-за ВИЧ, меньше), причем пик потерь у женщин приходится на более ранний возраст по сравнению с мужчинами.

При этом общественные потери от смертности населения, вычисленные производственным методом за период с 2009 по 2014 год, возрастали.

Наблюдается значительный рост суммарных потерь от смертности от ВИЧ с 2009 по 2014 гг., причем для обоих полов. Если в 2009 году, общественный потери от ВИЧ-инфекции составляли около 50 млрд. рублей для мужчин и 27,5 млрд. для женщин, в 2014 году потери для мужчин составляли уже примерно 75 млрд. рублей, а для женщин – 47 млрд. руб. Суммарные потери производства от ВИЧ в 2014 г. с учетом как прямых (медицинских), так и косвенных (производственных) потерь составляли свыше 120 млрд. рублей.

Список литературы

Статьи в научных журналах и сборниках

1. Adler, M. D. (2005), QALYs and Policy Evaluation: A New Perspective, University of Pennsylvania Law School, 93p.
2. Bryant, J. H. and Morrow, R. H. (1995), 'Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues', American Journal of Public Health, 85(10). pp. 1356-1360.
3. Hyder, A. A., Prasanthi, P. and Morrow, R. H. (2012), 'Measuring the Health of Populations: Explaining Composite Indicators', Journal of Public Health Research, 1(3). pp. 222-228.
4. Hyder, A. A., Rotllant, G. and Morrow, R. H. (1998), 'Measuring the burden of disease: healthy life-years', American Journal of Public Health, 88(2). pp. 196-202.
5. Mont, D. (2007), 'Measuring health and disability', The World Bank, Washington DC, pp.1658-1663.
6. Nimo, K. P., Agadzi, V., Asante, R., Nelson, K. and Smith, P. G. (1981), 'A quantitative method of assessing the health impact of different diseases in less developed countries', International Journal of Ep-idemiology, 10(1). pp. 73-80.

Статистические сборники

7. Демографический ежегодник России. 2015 [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Москва, 2015. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf (дата обращения - 01.03.2018).
8. Демографический ежегодник России. 2017 [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). – Москва, 2017. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/demo17.pdf (дата обращения - 01.03.2018).
9. Информационный бюллетень о ВИЧ/СПИДе [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). – июль 2017 г. – Режим доступа:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/ru/> (дата обращения – 01.03.2018).

10. Информационные бюллетени «ВИЧ-инфекция» за 1994-2012 гг. [Электронный ресурс] / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru/stat/bulletin.shtml> (дата обращения - 01.03.2018).

11. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г. [Электронный ресурс] / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Москва, 2015. – Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru/files/spravkaHIV2014.pdf> (дата обращения - 01.03.2018).

12. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2016 г. [Электронный ресурс] / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Москва, 2017. – Режим доступа: <http://rylkov-fond.org/files/2017/07/Spravka-VICH-2016-fin-Suzdal-.pdf> (дата обращения - 01.03.2018).

Влияние здоровья на образовательные и трудовые траектории молодежи в России

Лопатина Марина Валерьевна

1 курс аспирантуры, Экономика,
НИУ Высшая школа экономики;
научный сотрудник, Лаборатория исследований рынка труда,
НИУ Высшая школа экономики, Москва;
научный сотрудник, Лаборатория исследований рынка труда
и пенсионных систем,
РАНХИГС, Москва.

Lopatina.marina@mail.ru

Целью данной работы является оценка «вклада» здоровья в образовательные траектории молодежи (выбор «качества» вуза, длительности обучения), а также последующее влияние на положение молодежи на рынке труда.

В ходе работы были решены следующие задачи:

1. Представлено межстрановое сравнение здоровья молодежи за период 2008-2015 годов
2. Изучены основные теоретические и эмпирические исследования по данной тематике
3. С помощью дескриптивного и регрессионного анализа оценено влияние здоровья на выбор «качества» ВУЗа.

Актуальность темы исследования.

В научных работах было показано, что здоровье и образование положительно коррелированы, при этом отмечается как статистическая, так и экономическая взаимосвязь. Тем не

менее, связь между качеством образования и здоровьем индивида не исследована.

Здоровье является важным детерминантом человеческого капитала, влияя на накопление других форм человеческого капитала (образования, специфического капитала). Более здоровая нация обладает большей производительностью труда, что может привести к экономическому росту и процветанию всей страны.

С другой стороны, на экономический рост и социальную стабильность в стране влияет и уровень образованности нации. В научных кругах широко установлен тот факт, что люди с более высоким уровнем образования характеризуются и лучшим здоровьем.

Кроме этого, было показано, что индивиды, столкнувшиеся с проблемой не трудоустройства в раннем возрасте, с большей вероятностью в будущем тоже будут безработными.

При оценке качества выпускников на начальном этапе карьеры (после окончания ВУЗа) работодатель сталкивается с асимметрией информации о производительности работника (она может зависеть от состояния здоровья) из-за отсутствия длительной трудовой истории и опыта работы. Исходя из этого, дифференциацию выпускников «по качеству» работодатель производит на основе наблюдаемых факторов: навыков, приобретенных во время обучения, среднего бала, а также самого ВУЗа, который закончил индивид. Таким образом, различия в заработных платах выпускников менее подвержены различиям в здоровье, а больше качеству полученного образования, которое в свою очередь может быть детерминировано здоровьем.

Итак, важно оценить потенциальное влияние здоровья на качество полученного образования, чтобы при необходимости разработать политику поддержки людей с проблемами со здоровьем.

Краткий обзор основных научных работ, наиболее близких к тематике исследования.

Принимая во внимание социальное наследие, иностранные авторы сосредоточены на исследовании связи длительности образования и здоровья индивида. В качестве показателя здоровья используются различные индикаторы: масса новорожденного ребенка, качество питания, хронические заболевания и инвалидность, самооценка здоровья и прочее.

Было показано, что индивиды, которые характеризуются плохим здоровьем в детстве, обучаются меньшее количество лет, и, скорее всего, будут обладать плохим здоровьем, будучи взрослыми (Grossman, 1975; Perri, 1984; Wolfe, 1985; Wadsworth, 1986). Более низкий уровень образования становится причиной низких заработных плат, осложняет процесс входа на рынок труда. Недостаточная масса тела при рождении также приводит к получению худшего образования (Behrman and Rosenzweig, 2004, Black, Devereux and Salvanes 2005). Кроме этого, дети, которые часто болеют или недоедают, чаще пропускают школу, менее склонны к обучению, что приводит к меньшему количеству лет обучения (Case, Fertig and Paxson 2005). Также дети с хроническими заболеваниями менее образованные, обладают меньшим запасом человеческого капитала и как следствие, худшими навыками, необходимыми на рынке труда (Kuh, Wadsworth 1993; Case, Fertig, 2004).

Образование и здоровье

Кроме этого, стоит отметить и обратное влияние образования на здоровье. В научных кругах широко известно, что индивиды с более высоким уровнем образования характеризуются лучшим здоровьем, чем индивиды с низшими уровнями образованиями.

Например, в работе Культер и Мюней было получено, что существует значимая корреляция между уровнем образования

и смертностью, сердечными приступами, диабетом, количеством пропущенных дней по болезни (Cutler and Lleras-Muney, 2008).

Результаты исследования Дж. Флетчера и Д. Фрисвольда показывают, что окончание колледжа оказывает значимое влияние на решения о принятии мер по сохранению здоровья в старших возрастах. Авторы показали, что главным детерминантом такой корреляции является лучший доступ людей с высшим образованием к услугам системы здравоохранения. При этом семейное положение, наличие страховки, доход или благосостояние семьи не оказывает значимого влияния на вероятность осуществления мер по сохранению здоровья индивидом. Таким образом, авторы пришли к выводу, что увеличение доли людей с высшим образованием в течение последних 40 лет оказало значимое влияние на инвестиции в здоровье, а также состояние здоровья нации.

Более образованные индивиды значительно реже оценивают собственное здоровье, как плохое, жалуются на психические расстройства и депрессию (Cutler, Lleras-Muney, 2006).

Работы по России.

Одной из наиболее релевантной работ по России, является исследование И. Прахова и Д. Сергиенко. Несмотря на то, что авторы не учитывали состояние здоровья абитуриентов, тем не менее, она затрагивает проблему выбора ВУЗа.

Используя данные по московским абитуриентам за 2012-2015 года, оценивается качество мэтчинга между абитуриентами и вузом на основе сопоставления среднего индивидуального балла ЕГЭ и среднего бала приема. Авторы получили, что, несмотря на различные размеры границ «идеального соответствия», средний индивидуальный балл по ЕГЭ положительно влияет на вероятность того, что абитуриент поступит в ВУЗ, который ниже его уровня. Также было

получено, что чем ниже рейтинг школы (то есть и качество образования в 10-11 классах), то тем выше вероятность несоответствия между уровнем абитуриента и ВУЗа.

Тем не менее, в данной работе рассматриваются только московские школьники, что сужает область распространения результатов. Так, например, у иногородних студентов на выбор вуза, то есть на качество мэтчинга, будут оказывать влияние и другие факторы, к примеру, склонность к переезду.

Другим классом работ по России являются исследования, оценивающие, какие факторы определяют выбор ВУЗа. (Рощина, 2005; Лукьянова, 2010; Прахов, 2007). В работе, уделяющей внимание здоровью, было показано, что индивиды, которые отмечали, что проблемы со здоровьем мешали образовательному процессу в школе, реже поступали в ВУЗ, и с большей вероятностью прерывали обучение в ВУЗе (Рощина, 2005)

Межстрановой анализ.

В качестве индикатора здоровья использовалась самооценка здоровья, а также наличие хронических заболеваний.

Основной источник информации – Евростат, РМЭЗ НИУ ВШЭ

Объектом наблюдения выступали индивиды в возрасте 16-24 лет.

Основной вывод межстранового анализа заключается в том, что в России доля людей как среди юношей, так и среди девушек, оценивающая собственное здоровье как хорошее, значительно ниже, чем в Европейских странах. Соответственно, в России выше доля тех, кто считает, что у них здоровье среднее или плохое.

Кроме этого, в России также выше доля людей данной возрастной когорты, страдающая хроническими

заболеваниями. К примеру, в России в 2008 году доля девушек с хроническими заболеваниями составляла 30,2% (в Евросоюзе - 9,3%), а в 2016 году – выросла до 36,6% (против 11,9% в Евросоюзе).

Таким образом, в России наряду с большей вариативностью по образованию наблюдается и большая вариация по здоровью, особенно по маркеру плохого здоровья.

Эконометрический анализ.

Индикатор здоровья – самооценка здоровья

Индикатор качества ВУЗа – средний балл приема по ЕГЭ

Для оценки влияния здоровья на выбор качества ВУЗа была использована объединённая база данных, которая включает волны РМЭЗ НИУ ВШЭ с 2011 по 2013 год и Мониторинг НИУ ВШЭ - Качество приёма в ВУЗы (2011-2013 годы).

Оцениваемая модель:

$$Y_i = \alpha_0 + \beta_1 \cdot H_i + \beta_2 \cdot V_i + \beta_3 \cdot I_i + \beta_4 \cdot F_i + \varepsilon$$

Y_i – средний балл приема в ВУЗ;

H_i – самооценка здоровья (категориальная переменная, изменяющаяся от 1- очень хорошее, 2- хорошее, 3 – среднее, 4 - плохое до 5- очень плохое);

V_i – характеристики ВУЗа (профиль ВУЗа) и место расположения ВУЗа (Москва или регион);

I_i – индивидуальные характеристики (возраст);

F_i – характеристики населенного пункта (федеральный округ).

Метод оценивания – МНК с коррекцией стандартных ошибок на гетероскедастичность.

Согласно, дескриптивному анализу средний балл приема в ВУЗ, который закончил индивид, варьируется и в зависимости от самооценки здоровья. Мужчины, которые оценивают собственное здоровье, как очень хорошее, закончили ВУЗ со

средним баллом приема в 66,3 балла, те, которые оценивают здоровье, как хорошее – со средним баллом в 61,4 балла (на 5 баллов ниже), со средней оценкой собственного здоровья – 62,5 балла. Плохое здоровье приводит к выбору ВУЗа со средним вступительным баллом, равным 60,1 балла. Таким образом, чем лучше мужчина оценивает собственное здоровье, тем более высокий средний вступительный балл ЕГЭ в ВУЗе, который он закончил. Другим словами, чем лучше самооценка здоровья, тем более качественный ВУЗ выбирает респондент. Для женщин однозначной тенденции не наблюдается.

Эконометрический анализ:

Самооценка здоровья мужчин значимо связана с качеством ВУЗа, который они окончили. При ухудшении здоровья с отметки «очень хорошее» до «среднее» средний балл приема в ВУЗ, который закончил абитуриент, снижается в среднем на 4,3 балла при прочих равных. Для женщин статистической значимости не удалось получить.

Вывод.

Таким образом, как согласно дескриптивному анализу, так и регрессионному наблюдается положительная и значимая взаимосвязь между самооценкой здоровья мужчины и «качеством» ВУЗа, который он закончил.

Условия правовой охраны гомеопатических препаратов: уязвимость российских законодательных подходов.

Михайлова Екатерина Сергеевна

2 курс (бакалавриат), Юридический институт,
Российский университет Дружбы народов, Москва
katya19982013@yandex.ru

7 февраля 2017 года прошел Меморандум Комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией исследований РАН, который объявил гомеопатию лженаукой. Краткие итоги таковы, что принцип действия гомеопатии противоречит фундаментальным законам природы, клинических испытаний, доказывающих её эффективность – нет, поэтому нужно выводить гомеопатические средства из обязательных расходов госбюджета. Выводы меморандума были адресованы не только гражданам, но и государственным органам РФ, в первую очередь - Министерству здравоохранения [1].

Законом гомеопатические средства не запрещены. Их состав – это вода, сахар, крахмал. Однако гомеопаты утверждают, что их препараты работают на основе памяти воды, в которой было разведено вещество, способное вылечить болезнь. Гомеопаты в подтверждение законности своей деятельности приводят Приказ Минздрава РФ и Приказ Минздрава РСФСР, опубликованные более 20 лет назад.

Современное законодательство России позволяет гомеопатическим препаратам находить пути их включения в государственные закупки. Этот порядок регулирует ФЗ-44 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». При государственной закупке лекарственных средств не

допускается их закупка по торговым наименованиям, она должна осуществляться по международным непатентованным наименованиям. Однако п. 7 ст. 83 ФЗ-44 допускает покупку лекарственных средств по торговым наименованиям по запросам пациентов, что создает пробел в законе, который позволяет государственным организациям приобретать гомеопатические средства. Они не имеют международных названий, а иногда их указанное действующее вещество не существует в природе: так, в «Оциллококциуме» (гомеопатическое средство для лечения простуды и гриппа) содержится экстракт печени и сердца барбарийской утки, но науке такая птица неизвестна.

Гомеопатические средства повсеместно регистрируются в Роспатенте как лекарственные средства. Несмотря на то, что Административные регламенты по регистрации изобретений и полезных моделей обязывают их соответствовать критериям новизны и эффективности, гомеопатические средства игнорируют пункт о действенности и заносятся в реестр Роспатента. После этого у создателей таких препаратов возникают исключительные права, позволяющие вести продажи плацебо, основанные на авторстве, а не на клинической доказанности работы.

Прямых указаний в законе, что гомеопатическим средствам не нужно доказательств, чтобы стать «лекарством», нет. Но, обратившись в международные документы, увидим: в Решении Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 г. № 78 "О Правилах регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения" указано, что если действующее вещество разведено настолько, что однозначно безопасно, то... *«доказательства терапевтической эффективности для указанных гомеопатических лекарственных препаратов не требуются»*. И государствам-членам Евразийского экономического союза (Россия, Белоруссия, Казахстан, Армения, Киргизия) предписывается привести свое законодательство в соответствие с такими правилами до 2020 года [2]. Таким

образом, несправедливо привилегированное положение гомеопатических средств будет распространяться даже за пределы России.

Итоги меморандума коснулись и других государственных органов. Минобрнауки выдал Антипремию за самый и вредный и лженаучный проект компании «Материя Медика холдинг», которая занимается продажей гомеопатических средств (самое известное из них – «Анаферон»). Показатели к номинации - степень выраженности ложной информации, социальная опасность, *угроза лженаучного влияния на государственные решения*, опасность для науки и образования, коррупционный потенциал, *преподнесение от имени и при поддержке государства*, масштабность освещения и информационного продвижения проекта.

Меморандум поддержала ФАС, заявив, что сможет обеспечить защиту граждан от недостоверной рекламы, в которой говорится о наличии у гомеопатических препаратов лечебных свойств, но только если Минздрав внесет соответствующие поправки в ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [3].

Гомеопаты не раз пытались отстоять свою репутацию, используя правовые средства борьбы. Так, Национальный совет по гомеопатии обращался с жалобой на Меморандум в Генпрокуратуру. Ведомство провело проверку, не обнаружило нарушений и разъяснило, что решение меморандума носит рекомендательный характер [4]. Также этот совет подавал иск в суд на журнал «Вокруг света» с требованием семистраничного опровержения статьи Аси Казанцевой "Растворенная магия". В тексте говорилось, что с помощью гомеопатии невозможно вылечить "хоть сколько-нибудь серьезные заболевания". Иск был отклонён в полном объеме [5].

Но тенденции правового регулирования оборота гомеопатических средств достаточно печальны. С 1 января 2018 вступило в силу Приложение 1 к приказу Минздрава

558н, которое снимает все сомнения в ангажированности министерства гомеопатами. В этом документе – правила проведения экспертизы лекарств – откровенно написано, что гомеопатические продукты могут регистрироваться на основе заявлений гомеопатов и при соблюдении ими тех правил, которые они объявят [6].

Итак, борьба с неэффективными препаратами с бездоказательной или фальсифицированной базой исследований должна продолжаться. Хочется верить, что Россия защитит своих граждан законодательно, приняв во внимание мнения российских и зарубежных учёных, а также сотрудничая с ВОЗ и иностранными медицинскими организациями, которые уже давно вывели гомеопатические препараты из списка лекарств.

Литература

1. Меморандум №2 Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований о лженаучности гомеопатии:
<http://klnran.ru/2017/02/memorandum02-homeopathy/>
2. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 г. № 78 "О Правилах регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения":
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_207379/
3. ФАС поддержала позицию РАН по признанию гомеопатии лженаукой:
<https://www.rbc.ru/rbcfreenews/589858039a79474244211921>
4. Генпрокуратура: использование гомеопатии не противоречит законодательству РФ:
<http://tass.ru/obschestvo/4251940>

5. Российские гомеопаты проиграли суд журналу «Вокруг света»//
<https://www.m24.ru/articles/sud/21122016/125654>

6. Приказ Минздрава России от 24.08.2017 N 558н "Об утверждении Правил проведения экспертизы лекарственных средств для медицинского применения и особенности экспертизы отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения:
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_285813/

Оценка информированности детей разных возрастных групп о понятии здорового образа жизни и его критериях

Мишукова Татьяна Александровна

студентка 4 курса,

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Россия, г. Пермь

manya_tishukova@mail.ru

Актуальность. Проблема здорового образа жизни в современном обществе сегодня является одной из самых актуальных. Она требует к себе особого внимания, особенно если касается детей и подростков. Культура здорового образа жизни выступает как один из основных компонентов общей культуры человека, но в школах этой проблеме уделяется недостаточное внимание. Обучающиеся пропускают уроки физкультуры, с каждым годом все больше и больше детей занимаются в специализированной медицинской группе, а в спортивных секциях занимаются преимущественно те ребята, которые имеют хорошее здоровье и любят спорт [2]. Вот почему вопрос о формировании у подростков ценностного отношения к своему здоровью, здоровью окружающих его людей, получение необходимых знаний о здоровом образе жизни, стремление вести здоровый образ жизни и воспитание в себе негативного отношения к вредным привычкам является не только актуальным, но и одним из самых важных для подрастающего поколения.

Важность формирования здорового образа жизни детей и подростков как наиболее динамично развивающейся социальной группы вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического,

политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья. Здоровье современной российской молодежи вызывает большую тревогу. Так, у 80-85% студентов отмечаются нарушения в состоянии здоровья, около трети поступающих в вузы имеют серьезные хронические заболевания, препятствующие полноценной, активной жизни человека [3]. Такое положение порождает противоречие между растущей потребностью российского общества в здоровых, социально активных гражданах и ухудшающимся здоровьем молодежи.

Необходимость формирования здорового образа жизни молодежи осознана на государственном уровне. В своем послании Парламенту РФ Президент РФ Владимир Путин называет наиболее важным направлением в области укрепления здоровья развитие физической культуры и спорта в молодежной среде [4]. Для решения этой задачи увеличивается количество спортивных зданий и сооружений, вводятся дополнительные часы физической культуры в учебных учреждениях [4].

К сожалению, деятельность по формированию здорового образа жизни молодежи сегодня явно не соответствует масштабам тех проблем, которые накопились в этой сфере. До сих пор не решены многие социальные вопросы, затрагивающие прямо или косвенно состояние здоровья молодых людей, не на должном уровне ведется пропаганда здорового образа жизни, не выстроена система управления его формированием [1,2]. В связи с этим необходима система научно обоснованных мер по формированию здорового образа жизни молодежи, разработка современной модели его развития, существенное продвижение вперед в решении целого ряда важнейших методологических проблем его изучения, создающее возможность для управления данным процессом.

Успешное решение этих задач создаст надежную основу для научной организации формирования и развития здорового образа жизни и позволит целенаправленно формировать

поведение молодых людей, отвечающее требованиям сохранения и укрепления здоровья.

Целью данного исследования явилось определение уровня информированности детей разных возрастных групп о понятии здорового образа жизни и его критериях. Для достижения данной цели были обозначены следующие задачи: разработка полноценной анкеты для детей разных возрастов; непосредственно проведение анонимного анкетирования и последующая обработка результатов.

Материалы и методы. В анкетировании приняли участие 100 человек 10-14 лет и 100 человек 15-18 лет. Разработанная анкета содержала вопросы по нескольким основным блокам для более комплексной оценки понимания детьми здорового образа жизни: питание, личная гигиена, вредные привычки, пребывание на свежем воздухе, занятия спортом, субъективная оценка состояния здоровья. При статистической обработке материала использовалась программа BIOSTAT.

Результаты исследования. Было установлено, что в понятие «здоровый образ жизни» большинство старшеклассников включают отказ от вредных привычек (28%), занятия спортом (20%) и регулярное посещение врача с целью профилактики (12%). Среди школьников среднего звена самыми популярными ответами являются занятия спортом (24%), соблюдение режима дня и питания (20%), соблюдение правил личной гигиены (17%). Так же 4% выпускников школы считают, что отсутствие беспорядочной половой жизни может приравниваться к здоровому образу жизни. 46% и 17% школьников 10-14 лет считают свой образ жизни здоровым или частично здоровым соответственно, а вот среди старших школьников целых 27% не смогли дать точного ответа. Подавляющее большинство (78%) школьников среднего звена считают, что успех в жизни человека зависит от его образа жизни на 80-100%. Однако четверть старшеклассников убеждены, что успех человека никак не связан с его образом жизни.

Следующий комплекс вопросов касался состояния здоровья опрошиваемых. Так, 32% детей 10-14 лет и более половины (56%) старшеклассников отмечают наличие хронических заболеваний, при этом большая часть школьников среднего звена (41%) посещают врача 2-3 раза в год, в то время как 53% старшеклассников – 1 раз в год и 20% детей этой же возрастной группы регулярно употребляют лекарственные препараты. А вот витаминные комплексы в течение года используют лишь 30% обучающихся среднего звена, а 67% старшеклассников и вовсе не принимают или не видят в этом необходимости.

Раздел анкеты, посвященный питанию, закаливанию и личной гигиене демонстрирует следующие результаты: 78% старшеклассников пренебрегают организованным питанием в столовой, однако школьники среднего звена достаточно активно его используют (62%). 48 % старшеклассников считают, что для поддержания здоровья человеку не обязательно проводить процедуры закаливания, а 28% школьников среднего звена не знают ответа на данный вопрос. Невозможно не отметить 15% детей 10-14 лет и 8% детей 15-18 лет, занимающихся закаливанием. Выяснилось, что 48% и 51% детей данных возрастных групп не умеют проводить данные процедуры. Кроме того, в обеих группах нашлись 32% школьников, не считающих важным в поддержании здоровья соблюдение правил личной гигиены. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном уровне осведомленности школьников о влиянии закаливания и соблюдения правил личной гигиены на собственное здоровье. Регулярно занимаются спортом 43% школьников среднего звена и лишь 15% старшеклассников. Среди детей 10-14 лет самыми популярными являются игровые виды спорта (22%), единоборства (15%) и атлетика (12%), а среди старшеклассников практически 90% респондентов предпочитают заниматься в тренажерном зале.

Проанализированные результаты части анкеты, содержащей вопросы о вредных привычках, оказались крайне

озадачивающими. На сегодняшний день 17% старшеклассников регулярно курят, 15% курили, но бросили, 21 % курят изредка, 45% не пробовали никогда. В группе детей 10-14 лет суммарно (постоянно и изредка) курят 8%, а 4% уже успели бросить. К счастью, 62% детей никогда не пробовали сигареты и курительные смеси. При этом одинаковое количество детей в обеих группах (по 20%) затрудняются ответить, влияет ли курение на состояние здоровья, а 22% считают, что никак не влияет. Что касается «пассивного» курения – 47% детей в обеих группах не знают о его пагубном влиянии, а 35% убеждены, что оно не может быть вредным для окружающих. Алкогольные напитки не пробовали 66% детей 10-14 лет и 42% детей 15-18 лет, «за компанию» употребляют 16% старшеклассников и 2% школьников среднего звена, «по праздникам» - 36% детей от 15 лет и 5% детей до 14 лет. Кроме того, были обнаружены 3% старшеклассников, употребляющих спиртные напитки 1 раз в неделю. Что касается употребления наркотических веществ – здесь ситуация также неоднозначная: 5% школьников среднего звена и 14% старшеклассников уже когда-либо пробовали наркотики. Мы решили выяснить ведущие, по мнению школьников, причины, по которым люди употребляют все вышеизложенные вещества. Дети в возрасте 10-14 лет считают, что это влияние семьи (22%), помогает чувствовать себя взрослым и независимым (20%) и навязывается с помощью кино и рекламы (12%). Старшеклассники же полагают, что это успокаивает нервы (20%), поднимает настроение и приносит удовольствие (18%) и помогает не отличаться от других (10%). Можно заметить, что выводы старшеклассников, по-видимому, основаны на собственном опыте, в то время как школьники среднего звена лишь выдвигают предположения.

Немаловажным аспектом сохранения и поддержания здорового образа жизни является эмоциональный фон, психологический климат. 68% школьников среднего звена обсуждают с родителями свои проблемы, однако 7% не могут высказать все и 13% сталкиваются с непониманием родителей.

А вот среди старшеклассников лишь 40% детей пытаются обсуждать проблемы с родителями и 38% стесняются или встречают родительское непонимание. Возможно, именно поэтому треть старшеклассников и вовсе не стремятся делиться своими проблемами с родителями. Кроме того, чувство стресса, напряженности или сильной подавленности часто и очень часто отмечают 61% старшеклассников (и лишь 24% учащихся среднего звена, среди них самый популярный ответ «иногда» - 35%). Никогда не испытывают стресс 21% детей 10-14 лет и 10% детей 15-18 лет. Главными причинами, вызывающими стресс, среди старшеклассников являются личные проблемы (24%), финансы и одиночество (по 15%), среди школьников среднего звена – учеба (29%), семья (19%) и коллектив (13%), что вполне объяснимо социальным функционированием детей разных возрастных групп. Для снятия усталости дети старшей возрастной группы предпочитают сон (14%), принятие ванны (13%) и использование телевидения или музыки (8%). Дети средней возрастной группы используют телевидение и музыку (28%), общение и чтение (9 и 8% соответственно). К сожалению, 7% старшеклассников допускают использование алкоголя и лекарственных веществ в качестве средства избавления от стресса, а по 20% детей из обеих групп ничего не предпринимают, создавая тем самым предпосылки для хронизации стрессовых реакций. При этом 38% детей 10-14 лет проводят на свежем воздухе 2 часа в день, а 32% детей 15-18 лет – менее одного часа в день.

Наконец, были установлены основные источники информации о здоровом образе жизни. Дети 10-14 лет отмечают поступление информации от родителей (41%), занятий в школе (20%) и из Интернета (10%). Респонденты в возрасте 15-18 лет получают информацию из Интернета (38%), родителей (22%) и специальной литературы (16%). СМИ в качестве источника информации находится на последнем месте, получив 5% и 8% ответов.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о крайне низкой информированности детей разных возрастных групп по многим аспектам сохранения и поддержания здорового образа жизни (пагубное влияние вредных привычек, роль процедур закаливания и поддержания личной гигиены). Кроме того, снижение физической активности школьников, времени пребывания на свежем воздухе, постоянное воздействие стрессовых факторов, неумение справляться со стрессом, конфликт поколений могут объяснить рост и раннее приобщение детей к вредным привычкам. Совокупность всех исследуемых критериев, вероятно, приводит и к увеличению числа хронических заболеваний.

Рекомендации. Проведение Уроков Здоровья в образовательных учреждениях, организация конкурса проектов по данной теме; беседы с родителями о духовном воспитании детей, подключение педагогов. Популяризация здорового образа жизни во всех средствах массовой информации для создания комплексного информационного поля формирующейся личности.

Список литературы

1. Варламова С.Н. Здоровый образ жизни - шаг вперед, два назад / С.Н. Варламова // Социс: Социологические исследования. — М., 2010. — № 4. — С. 75-88.
2. Журавлева И.В. Здоровье подростка: социологический анализ / И.В. Журавлева. — М.: Издательство института социологии РАН, 2002. — 240 с.
3. Петров А.В. Ценностные предпочтения молодежи: диагностика и тенденции изменений / А.В. Петров // Социс: Социологические исследования. — М., 2008. — № 2. — С. 83-91.
4. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 12.12.2013 «Послание Президента РФ Владимиру Путину Федеральному Собранию».

Возможность использования дыхательных тренировок с гиперкапническими газовыми смесями для улучшения функциональных показателей организма

Мишустина Варвара Юрьевна

Громова Дарья Сергеевна

ООО НПП «Самоздрав»

gromova@samozdrav.ru

Ключевые слова: дыхательные тренировки, Самоздрав, гиперкапническая смесь, болезнь, адаптация

Предложен новый метод лечения и профилактики ряда патологий, в основе которого лежит воздействие на организм гиперкапнической смеси, формирующейся в процессе дыхательных тренировок на ТФИ «Самоздрав».

Современная лекарственная терапия в первую очередь направлена на лечение и восстановление нормального функционирования одного конкретного органа. Однако, многие заболевания являются системными и возникают в результате нарушений в функционировании регуляторных механизмов. Именно по этой причине многие лекарственные препараты лишь временно снимают симптоматику заболевания, но не борются с его причинами и последствиями. Вот почему в современных условиях нужен принципиально иной подход к рассмотрению причин патологий и их лечения.

С точки зрения адаптологии, любая болезнь возникнет в результате недостаточности адаптации к факторам среды. При воздействии на организм средовых факторов, интенсивность которых превышает ресурсы адаптации организма, происходит истощение и формируется ряд дизадаптационных изменений, носящих характер предпатологических и

патологических явлений (Авцын, 1974). Несмотря на конкретную анато-морфологическую локализацию, болезнь является реакцией целостного организма, поскольку сопровождается включением процессов компенсации нарушенных функций на всех уровнях: молекулярном, клеточном, тканевом, органном, системном, организменном (Кузьмина В.Е., Беляков В.И., 2011).

По этой причине усиление компенсаторных механизмов организма будет снижать риск развития патологий. Именно на это и направлено большинство профилактических мероприятий. Для людей уже страдающих тем или иным заболеванием (особенно в состоянии предболезни, которое является обратимым) также необходим поиск средств, которые в первую очередь будут направлены на активацию механизмов, обеспечивающих процесс адаптации.

Многолетние исследования показывают, что одним из наиболее эффективных средств для повышения резистентности организма являются дыхательные упражнения, способствующие восстановлению концентрации углекислого газа в крови. В генезе многих болезней немалую роль играет нарушение углекислотного и кислородного режима организма, приводящего к нарушению общего гомеостаза и системной патологии (Н.А. Агаджанян с соавт., 1972, 1986, 1995, 2001, 2003).

Нами предложен аппаратный метод, в основе которого лежат дыхательные тренировки гиперкапническими газовыми смесями на основе атмосферного воздуха при неизменном по азоту составе, которые формируются с помощью дыхательного тренажёра «Самоздрав».

ТФИ «Самоздрав» является запатентованным (Патент РФ № 2133629 от 03.04.1998 г. и Патент РФ № 2187341 от 07.07.2000 г.) тренажёром, который прошёл все необходимые испытания и соответствует всем требованиям, предъявляемым к подобным приборам. Дыхательный тренажёр уже более 20 лет используется для лечения таких заболеваний, как

гипертоническая болезнь, ишемия сердца, стенокардия, хронический бронхит и сахарный диабет второго типа. В отличие от большинства других методов он абсолютно безвреден и не требует никаких специальных навыков.

В результате дыхания гиперкапнической смесью наблюдается два типа эффектов: кратковременные и долговременные. Кратковременные эффекты заключаются в следующем: значительное содержание углекислого газа во вдыхаемой смеси позволяет поддерживать более высокое парциальное давление углекислого газа в альвеолярном воздухе и артериальной крови во время тренировки, что приводит к улучшению кровообращения, расширению сосудов и бронхов, а также увеличивает диссоциацию оксигемоглобина, т.е. отдачу кислорода клеткам тканей, снижая тем самым кислородную недостаточность в клетках. Долговременные эффекты проявляются в том, что увеличенное содержание углекислого газа в крови сохраняется на протяжении нескольких часов, что оказывает переадаптирующее воздействие на дыхательный центр. Такая постепенно возрастающая гиперкапническая нагрузка приводит к тому, что дыхание пациента постепенно становится поверхностным, устраняется гипервентиляция лёгких, устраняя излишнее выведение углекислого газа из организма.

Принцип проведения дыхательных тренировок достаточно прост. Тренировка осуществляется в домашних условиях 1 раз в день в любое время в течение 20-30 мин. гиперкапническими газовыми смесями на основе атмосферного воздуха, при неизменном по азоту составе, с увеличивающимся по мере прохождения курса содержанием CO_2 . Установлено, что на первом этапе дыхательной тренировки концентрация CO_2 в капникаторе составляет в среднем $0,5 \pm 0,3 \%$, на втором этапе - $1 \pm 0,3 \%$, на третьем - $2 \pm 0,5 \%$, содержание кислорода существенно не изменяется. Данный режим тренировок считается оптимальным и не вызывает субъективного чувства эмоционального дискомфорта у людей. Формирующиеся газовые смеси являются физиологичными.

Приведённые нами в статье данные описывают особенности изменения такого функционального показателя организма, как минутный объём дыхания (МОД). Данная величина является одной из основных характеристик внешнего дыхания и описывает вентиляцию лёгких.

Исследование проводили на двух группах людей возрастом 50-60 лет. В первую группу – экспериментальную – входили пациенты, которые в течение 10 месяцев ежедневно занимались на ТФИ «Самоздрав». Тренировка осуществлялась в домашних условиях 1 раз в день в любое время в течение 30 минут гиперкапническими газовыми смесями на основе атмосферного воздуха, при неизменном по азоту составе, с увеличивающимся по мере прохождения курса содержанием CO_2 . Вторую группу – контрольную – составили люди, не пользующиеся дыхательным тренажёром. В обеих группах у всех людей был клинически подтверждённый диагноз артериальная гипертензия. Лекарственные препараты на протяжении эксперимента никто из участников не принимал. До начала тренировок и на каждом этапе измерялся МОД с использованием прибора Спирограф СМП-21/01-«Р-Д» фирмы «Монитор».

Внутри экспериментальной группы минутный объём дыхания стабильно уменьшался: до начала тренировок его средний показатель достигал 11,3 л/мин, к завершению первого этапа он снизился до 10,9 л/мин, после второго этапа величина показателя составила 10,3 л/мин, а после третьего этапа – 9,2 л/мин. Данная динамика изменения минутного объёма дыхания свидетельствует о восстановлении нормальной частоты дыхания, что говорит о снижении гипервентиляционного синдрома, являющегося причиной развития многих патологий. В контрольной группе минутный объём дыхания не претерпевал значимых изменений и составлял 11,5 ($\pm 0,4$) л/мин.

Приведённые данные являются лишь частью исследования, однако они свидетельствуют о том, что дыхательные тренировки с использованием гиперкапнических газовых

смесей оказывают положительный эффект и могут использоваться для улучшения многих функциональных показателей организма, облегчая развитие общего адаптационного синдрома.

Многолетний опыт использования тренажёра людьми различных возрастных групп показывают положительный эффект не только на отдельные системы органов, но и на весь организм в целом, что подтверждается инструментальными и лабораторными исследованиями. Дыхательный тренажёр «Самоздрав» может применяться в качестве восстановительного или профилактического средства. Тренажёр является эффективным способом повышения адаптационных и компенсаторных возможностей организма. В качестве профилактического средства «Самоздрав» обеспечивает: повышение адаптивных возможностей организма, в том числе при неблагоприятных видах трудовой деятельности или экологических факторах; повышение функциональной подвижности организма при занятиях спортом.

Инструменты бережливого производства и QFD-анализ как система совершенствования, сокращения издержек и повышения качества оказания медицинских услуг

Николаева Алена Александровна

3 курс аспирантуры, Кафедра экономики производства, ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

alesshenkanikolaeva@gmail.com

Научный руководитель: доцент, д.э.н. Демьянова Ольга Владимировна

Управленческая и организационная деятельность в структуре здравоохранения в условиях рыночной экономики нацелена не только на улучшение качества оказываемых услуг (обновление техники для исследований, привлечение квалифицированного медицинского персонала), но и на скорость, и технологичность выполнения данных услуг. Лечебные учреждения ориентированы на выделение максимальной прибыли путем увеличения потока пациентов. Государственные расходы на Здравоохранение России (в % соотношении к ВВП) за 2016 год составили 3.6%, что на 4.7% меньше, чем в США и всей Европе (за исключением Украины). В то же время, увеличиваются затраты государства на здравоохранение как в денежном эквиваленте, так и в % отношении к ВВП. Растет количество обращений пациентов, но снижается общее количество медицинских учреждений и коек стационара [9,11,12].

Поликлиники, больницы, крупные диагностические центры, вынуждены оптимизировать издержки и повышать качество обслуживания. Использование современных подходов к управлению оказания медицинской помощи дает преимущества при рассмотрении лечебного учреждения как кандидата на участие в различных программах министерства

здравоохранения, а также выступать базовой площадкой для обеспечения медицинской помощи в различных международных проектах, например, таких как Универсиада и др. Одним из наиболее эффективных методов снижения издержек в мировой практике в медицине является адаптация элементов концепции Бережливого производства [2,3,7].

Проблема оптимизации издержек в медицине и повышения качества обслуживания в медицине используется как в совместном применении Lean и 6 sigma, так и в адаптации некоторых элементов концепции Бережливого производства. В США совершенствование системы оказания медицинской помощи поддерживается Институтом по улучшению здравоохранения. В крупных клиниках изменениями занимаются лин-специалисты, входящие в штат компании на постоянной основе. Результаты исследований отражены в работах наиболее известных представителей этого направления Тома Зиделя, Марка Грабана, Джозефа Джурана. *В США журнал U.S. News & World Report опубликовал список лучших госпиталей 2016-2017 г. многие из которых использовали концепцию Бережливого производства.*[3] В Европе Инструменты бережливого производства в медицине внедряются в Германии, Испании, Дании и т.д.

В России проект по внедрению инструментов бережливого производства «Бережливая поликлиника» в Здравоохранение инициирован в ноябре 2016 года Министерством здравоохранения и госкорпорацией «Росатом» на пилотных участках и получил распространение по всей России. [5]

В Республике Татарстан проекты по внедрению Бережливого производства были проведены в поликлинике г. Елабуга, РКБ г. Казани.

Проведенный аналитический обзор литературы выявил основные результаты работ зарубежных и российских исследователей (включая проект «Бережливая поликлиника») по совершенствованию медицинского обслуживания при помощи инструментов Бережливого производства [6,8]:

- сокращения времени ожидания;
- снижение и предотвращение ошибок;
- снижены затрат на коммунальные услуги;
- снижение запасов;
- оптимизация загрузки врачей и т.д.

Исходя из этих результатов проблему 7 ГКБ г. Казани было принято исследовать с точки зрения Бережливого производства. Исследование проводилось в Планово-диагностическом отделении 7 ГКБ г. Планово-диагностическое отделение представляет собой отделение со смотровыми и травматологией. Пациенты, поступившие не по направлению врача другого лечебного учреждения и не посредством скорой помощи, называются «самообращенцами». Наиболее остро ощущается проблема в самообращении граждан, отказавшихся от госпитализации. Затраты на исследования по этим пациентам не возмещаются Министерством Здравоохранения и ведут за собой основные материальные и нематериальные потери.

При проведении исследования было рассмотрено оказание медицинской помощи 89 человек (23 в травматологии и 66 в смотровых). Из них 33 самообращенцев. Из общей выборки самообращенцев госпитализированы только 7 человек. 17 человек нуждающихся в госпитализации не госпитализированы по собственной инициативе. Более 50% пациентов поступившим по самообращению не госпитализированы, что означает, что средства, потраченные на диагностические исследования и оказание первой помощи пациенту, не будут возмещены лечебному учреждению.

Рассчитано время такта приема пациентов по самообращению. Время такта составляет 72 минуты, потери 27,3 минуты (38%). Добавленная ценность составляет 44,7 мин. Определены основные причины ожиданий – очереди, долгое оформление документов, ожидание врача, ожидание медсестры и т.д.

Чтобы проанализировать причины возникновения ожиданий пациентов построим диаграмму причинно-следственных связей [1]. Так проблемы ожиданий напрямую связаны с системой организации вытягивающего потока для пациента, отсутствием полностью электронного документооборота, создание очередей и излишних перемещений.

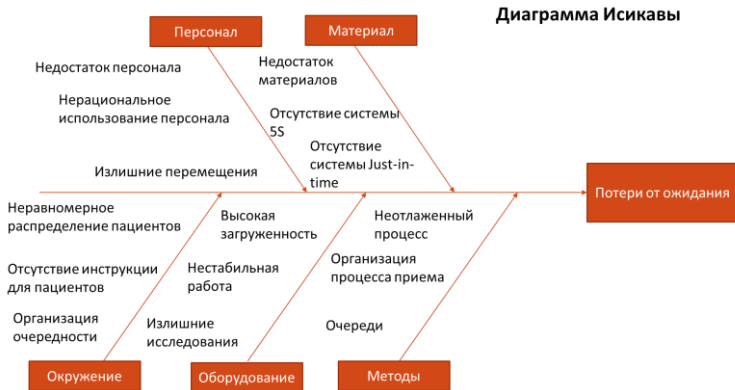


Рис. 1. Диаграмма Исикавы. Причинно-следственные связи потерь от ожидания пациентами

Предложения по устранению потерь поликлиники от обслуживания «Самообращенцев» отказывающихся от госпитализации.

- Писать направления в больницу по месту жительства;
- Наладить договорные отношения о передаче информации о пациенте;
- Создать «Банк пациентов-самообращенцев» для предоставления информации в Министерство Здравоохранения с ежемесячными указаниями расходами на этих пациентов. Вносить данные в

компьютерную систему. (выделять самообращенцев бланками другого цвета);

▪ Рассмотреть возможность автоматической отправки данных в поликлинику по месту жительства посредством:

- ✓ общей информационной системы,
- ✓ по официальной электронной почте больницы,
- ✓ по почте России (рассчитать целесообразность вариантов отправки).

В соответствии с основными выявленными причинами ожиданий (потери от ожиданий в очереди, заполнения бумаг, ожидание врача) сопоставлены основные инструменты Бережливого производства:

- Диаграмма Спагетти для исследования излишних перемещений пациентов, врачей, медсестер.
- 5S – расположение и хранение материалов, особенно на складах.
- Расчет себестоимости исследований.
- Визуализация стандартизированных процедур.
- Стандартизация приема пациентов с типовыми диагнозами.
- Разработка Кайдзен-системы. Следование целей персонала целям организации, применение рац. Предложений.
- Применение СКРАМ-совещаний, инструмента 5 почему, формат отчета А3 и т.д.
- Расчет ресурсоэффективности.

Проблему устранения потерь и расщития «узких мест» мною предложено решить с помощью использования инструментов Бережливого производства, но Бережливое производство нацелено на внутренний процесс оказания услуги. А при формировании нового качества существующей услуги или новой услуги предложен совместный подход

Бережливого производства и Структурирования Функций Качества (QFD-анализ). Построение Дома Качества призвано услышать «голос потребителя» и трансформировать полученные данные в потребительские характеристики предоставляемой услуги. Улучшение качества оказания медицинских услуг с помощью использования QFD-анализа поможет решить проблему отказов пациентов от госпитализации. Предлагается вариант расчета стоимости проектируемой услуги путем составления аппроксимации [10].

Внедрение Бережливого производства совместно с методами структурирования функций качества (QFD) не только сократит издержки, усовершенствует производственную структуру, но и значительно улучшит качество, объем предоставляемых услуг, позволит расширить и преобразовать конфигурацию и виды оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Исикава К. Японские методы управления качеством / Сокр.пер. с англ. / Под. Ред. А. В. Гличева. — М: Экономика, 1988. — 214 с.
2. Лайкер Дж. Дао Тойота: 14 принципов менеджмента ведущей компании мира/ Джеффри Лайкер. — 4-е издание. — М.: Альпина Бизнес Букс, 2008. — 402 с.
3. Масааки Имаи. Гемба кайдзен: Путь к снижению затрат и повышению качества/ Масааки Имаи. — 5-е издание. — М.: Альпина Паблишерз, 2010. — 340 с.
4. <https://blog.kainexus.com/continuous-improvement/healthcare/top-hospitals-list>
5. <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika-21.02>.
6. <https://www.proza.ru/2011/10/18/633>

7. <http://www.leanforum.ru/library/r1/1282.html>
8. <http://asq.org/healthcaresixsigma/articles/ssfhc-form.htm>
9. http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf
10. <http://www.ria-stk.ru/mmq/adetail.php?ID=93117>
11. <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>
12. <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika> 21.02

Государственное регулирование применения информационных технологий в здравоохранении: текущее состояние и основные проблемы.

Овсянников Алексей

факультет социальных наук, департамент ГМУ, управление и экономика здравоохранения

НИУ Высшая школа экономики

ovsyale@yandex.ru

Стремительное развитие информационных технологий, скорости передачи данных, площади покрытия коммуникационными сетями и уменьшение размеров оборудования создало благоприятные условия для увеличения доступности и качества медицинской помощи с помощью информационных систем и телемедицинских технологий, в частности.

Если регулирование в области применения информационных систем проработано довольно хорошо, четко установлены границы и описан функционал систем, прописана ответственность и разработан ряд норм для обеспечения безопасности передачи, хранения и обработки данных. То для, телемедицинских технологий и устройств mHealth регулирование проработано довольно слабо.

Первое упоминание термина «телемедицина» появилось в 1974 году в MEDLINE — крупнейшей библиографической базе статей по медицинским наукам Национальной медицинской библиотеки США. Однако первые опыты по применению телемедицинских технологий уходят в начало XX века, так в 1905 году нидерландский физиолог и «отец» электрокардиографии В. Эйтховен впервые осуществил передачу данных ЭКГ по телефонной линии. С двадцатых годов XX столетия врачи в портах широко применяли радио

для связи с морскими судами в случаях возникновения там экстренных ситуаций. Освоение космоса в 60-е годы XX века послужило дальнейшим толчком развития телемедицины, были разработаны системы контроля состояния параметров организма человека. Эта технология была адаптирована в целях «управления состояниями при хронических заболеваниях» пациентов, находящихся за пределами стационаров.

Понятие «телемедицина» объединяет множество телекоммуникационных и информационных методов, применяемых в здравоохранении, а также их разнообразные клинические приложения. Сегодня существует несколько определений телемедицины, отличающиеся степенью детализации. Наиболее расширенное понятие в трактовке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) звучит так:

Телемедицина — это «предоставление медицинских услуг медицинскими работниками с использованием информационно-коммуникационных технологий для обмена достоверной информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывной подготовки медицинских работников в интересах содействия поддержки здоровья граждан и их сообществ там, где расстояние является критическим фактором».

В соответствии с п.1 статьи 3 Федерального закона от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья", телемедицинские технологии - ***информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при***

проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Во всем мире врачи используют телемедицинские технологии, чтобы оказывать медицинскую помощь удаленно, в частности консультироваться с коллегами по сложным случаям, обучать молодых специалистов, оказывать консультации пациентам, следить за состоянием здоровья и проч. Всего выделяют шесть направлений телемедицины:

1. Дистанционное консультирование. Возможно как между медицинскими работниками (взаимодействие «врач–врач»), так и между медицинским работником и пациентом («врач–пациент»). Включает медицинские консилиумы, консультации, в том числе расшифровку изображений и предоставление «второго мнения» по результатам обследований из других медорганизаций. Также врачи могут дистанционно выдавать справки, направления к другим специалистам и на обследования.
2. Удаленный контроль состояния здоровья пациентов с использованием медицинских приборов, которые измеряют показатели состояния здоровья. С помощью приборов и/или устройств мобильной медицины mHealth медработники наблюдают за состоянием пациентов: после операции, пожилых, с ограничениями движения, страдающих социально значимыми и редкими заболеваниями или пациентами с хроническими заболеваниями.
3. Дистанционное обучение медицинских специалистов, в том числе непрерывное. Сюда включают трансляцию операций, имитационное моделирование и прочие.
4. Обмен медицинскими документами и хранение медицинских данных в электронном виде (персональная электронная медицинская карта), в том числе и направление рецептов и результатов анализов.

5. Интеллектуальные системы принятия врачебных решений («третье мнение»).

6. Телехирургия.

В России применение телемедицинских технологий регулируется с помощью Федерального закона от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья". Однако принятие этого закона породило потребность в разработке и принятии ряда подзаконных актов, одним из которых явился Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.01.2018 N 49577);

Таким образом сфера применения телемедицины сейчас ограничена следующими блоками:

- Консультация после приема у врача;
- Хранение и обмен электронных документов:
 - Талоны на запись к доктору;
 - Рецепт на лекарства, в том числе наркотические и психотропные вещества;
 - Справки и рецепты на медицинские изделия;
 - Документы, "отражающие состояние здоровья пациента;
 - Выписки из историй болезни;

Если сравнить перечни сфер применения телемедицинской технологии в России и мире, то виден огромный потенциал развития. Однако на пути стоит ряд преград

- **Социальные причины:**

- Недостаток квалифицированных лиц, способных работать в телемедицинской парадигме;
- Недоверие к онлайн-сервисам со стороны пациентов;
- Открытый вопрос об обеспечении секретности передачи медицинских данных пациентов;
- Сопротивление консервативных «традиционных» специалистов;
- Разница в часовых поясах;
- **Политические причины:**
 - Отсутствие четко сформулированной нормативной базы для дистанционных консультаций;
 - Отсутствие полной законодательной базы для дополнительных сервисов;
 - Медленное принятие и развитие инновационных законов;
- **Технологические причины:**
 - Несовершенство мобильных и веб сервисов;
 - Несовместимость между различными устройствами и их системами;
 - Дороговизна профессионального телемедицинского оборудования;
 - Отсутствие всеобъемлющей информационной медицинской инфраструктуры;
- **Экономические причины:**
 - Стоимость онлайн консультации сравнимая с очным приёмом;
 - Оплата «теле» услуг не входит в большинство страховых полисов ДМС и ОМС;

Решение причин социального характера лежат в плоскости государственной политики развития доверия пациентов к телемедицинской технологии, формировании условий для заинтересованности врачей в оказании медицинской услуги с применением телемедицинской технологии.

Технологические причины, при должном внимании рынка к технологии решаются самостоятельно. Сообщества производителей регулярно встречаются и принимают единые стандарты производства, обмениваются API к своим базам данных и согласовывают взаимодействие разных платформ на разных устройствах. Так, например, устройство mHealth Xiaomi Mi Band 2 может работать с мобильным аппаратом на основе любой операционной системы. Дороговизна телемедицинского оборудования, на мой взгляд, обусловлена мелкой серией выпуска, цена на это оборудование будет стремительно снижаться при повышении конкуренции, так происходит с любой ИТ технологией.

Что же касается экономических аспектов проблемы развития, то законодательно нет ограничений в включении телемедицинской технологии в рамки ОМС. Некоторые телемедицинские услуги уже сегодня содержатся в территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, наиболее распространенной технологией телемедицины была телеЭКГ. (<https://www.zdrav.ru/articles/4293656690-qqess8-telemeditsina-vsisteme-oms>)

Пока что номенклатура медицинских услуг с применением телемедицинской технологии только формируется, поэтому ряд экономических причин будет решен после устранения «политических причин». Что касается рынка ДМС, то уже сейчас можно купить полисы ДМС в которых включены некоторые консультационные услуги с применением телемедицинской технологии(<https://vtbms.ru/novosti/item287462/>).

Наиболее остро стоят вопросы нормативного регулирования. Переход России к так называемой «цифровой экономике» потребует принятия как минимум 50 НПА (<https://vademec.ru/news/2018/01/09/dlya-tsifrovoy-ekonomiki-potrebuetsya-prinyat-bolee-50-normativnykh-aktov/>) и пересмотру ряда документов регулирующих отношения сейчас.

Так для оказания медицинских услуг с применением телемедицинской технологии необходима конкретизация ряда положений и изменений. Эксперты в области права называют такие проблемы – «пробельным правом». (<https://mhealthcongress.ru/ru/results2018>) Оно возникает тогда, когда в отношении тех или иных фактических обстоятельств, которые находятся в сфере правового регулирования, отсутствует определенное нормативное предписание. Понятие пробела в праве имеет своей основой неполноту юридической базы использования права. (<http://fb.ru/article/216044/probelyi-v-prave-i-sposobyi-ih-vospolneniya-teoriya-prava-i-gosudarstva>)

Как известно, технологии развиваются по закону Мура, удваивая свою производительность каждые 2 года. Таким образом нормативное регулирование постоянно будет отставать, если будет акцентировать своё внимание на мелочах, поэтому регулированию должны быть подвержены только фундаментальные взаимодействия. Основными критериями на которые необходимо ориентироваться – безопасность, качество и доступность медицинской помощи.

Совершенствование продвижения онлайн-сервиса медицинских услуг в сегменте предикативной медицины.

Овсянников Алексей

факультет социальных наук, департамент ГМУ, управление и экономика здравоохранения

НИУ Высшая школа экономики

ovsyale@yandex.ru

Современная экономика характеризуется переходом от индустриального уклада к так называемой экономике знаний (knowledge based economy). По существующим оценкам, от 50% до 90% роста ВВП развитых стран определяются инновациями и технологическим прогрессом (1) Годовой оборот новых технологий и наукоемкой продукции в несколько раз превышает оборот сырья, в том числе нефти и газа. Таким образом знания – ресурс для повышения эффективности производства. (2)

Знания, как и здоровье – являются основными составляющими человеческого капитала. Кратко человеческий капитал определяют так: **это интеллект, здоровье, знания, качественный и производительный труд и качество жизни.** Человеческий капитал формируется за счёт инвестиций в повышение уровня и качества жизни населения, в интеллектуальную деятельность. В том числе — в воспитание, образование, здоровье, знания (науку), предпринимательскую способность и климат, в информационное обеспечение труда, в формирование эффективной элиты, в безопасность граждан и бизнеса и экономическую свободу, а также в культуру, искусство и другие составляющие. Формируется ЧК и за счёт притока из других стран. Или убывает за счёт его оттока, что и наблюдается пока в России. (*Корчагин Ю. А.*: Новая

парадигма развития России и Воронежской области? <http://parere.ru/strategy/show/226>)

Многие, описанные выше, составляющие человеческого капитала связаны со здоровьем человека. Так получение, накопление и распространение знаний – довольно затруднительно производить с нарушениями здоровья. Поэтому улучшение условий жизни, качества и доступности медицинской помощи – важнейшие задачи государственной политики нацеленной на развитие человеческого капитала. Одним из основных показателей эффективности работы системы здравоохранения является ожидаемая продолжительность жизни.

Всемирная организация здравоохранения (4) определила, что на продолжительность жизни влияют 20% - генетика, 20% - условия обитания, 10% - здравоохранение и 50% - образ жизни. Таким образом создавая определенные условия жизни можно повлиять на 80% факторов продолжительности жизни.

Условно можно разделить меры по улучшению условий жизни на 2 категории, реактивные – направлены на борьбу с последствиями какого-либо воздействия и превентивные – направлены на снижение рисков воздействия. Так «классическая» медицина – это реактивная медицина, направленная на борьбу с заболеваниями и компенсацией уже случившихся воздействий. Превентивная медицина нацелена на выявление рисков пагубного воздействия факторов на организм и выработку мероприятий по их снижению. Примерами превентивной медицины являются диспансеризация, скрининг беременности и прочие.

В 2008 году американский ученый Лерой Худ сформулировал концепцию 4-х основных задач медицины: медицина предсказывающая, персонализированная, предупреждающая и участвующая, сокращенно эту концепцию называю – 4П, от предиктивная, превентивная, персонализированная и партисипативная (5). Реализация этих принципов подразумевает наличие исчерпывающей информации о

состоянии здоровья человека, регулярная актуализация информации о состоянии здоровья и внешних воздействующих факторах, методик расчета воздействия факторов на состояние здоровья и механизм мониторинга и коррекции поведения человека.

До недавнего времени реализовать такую концепцию не представлялось возможным из-за технологических и технических ограничений. Однако информационные технологии развиваются исключительно быстрыми темпами. Появились платформы для облачных вычислений, позволяющих собирать, хранить и обрабатывать большое количество данных, представляющих из себя, по сути, центры обработки данных (ЦОД). Разработаны алгоритмы обработки больших данных, машинного обучения и технологии искусственного интеллекта. За последние 10 лет производительность процессоров значительно выросла за счет увеличения числа ядер и изменений технологического процесса (6).

В России идет процесс цифровизации здравоохранения. Постоянно появляются и модернизируются медицинские и лабораторные информационные системы (МИС, ЛИС), системы по работе с медицинскими изображениями (PACS). Разработан специальный протокол передачи данных для медицинских информационных систем HL7.

29.07.2017 был принят федеральный закон №242-ФЗ от «О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» (8), благодаря которому стало возможным применение телемедицинских технологий, ведение медицинской документации в электронной форме, обеспечение электронных услуг и сервисов для граждан, применение устройств мобильной медицины mHealth и прочих. Таким образом сделаны первые шаги к всеобщей и всесторонней цифровизации здравоохранения.

С методологической точки зрения не составляет особого труда создать систему по управлению биологическим циклом человека на основе принципов 4П медицины. В общих чертах можно описать функционал системы описывая реализацию каждой из 4П концепции Лероя Худа.

Персонализация обеспечивается через контроль системой параметров здоровья для каждого человека индивидуально, постоянно накапливая и актуализируя данные об особенностях и показателях деятельности организма. Эти данные представляют собой диагнозы, заключения врачей, данные лабораторных и генетических исследований, снимки КТ, МРТ и ПЭТ КТ из различных медицинских организаций, поток данных от устройств мобильной медицины, мобильных приложений и различных гаджетов. Также важно собирать данные о потребляемых продуктах и местах пребывания. Очень важно для реализации такой системы обеспечить её интероперабельность и предусмотреть широкие возможности интеграции с прочими системами.

В следствие нелинейности и индивидуальности воздействия внешних и внутренних факторов на состояние здоровья каждого человека, разработать универсальную предиктивную модель не представляется возможным. Однако можно решить эту проблему разработав общую модель воздействия факторов на организм человека и в дальнейшем её актуализации методами машинного обучения и искусственного интеллекта. Так, например, сейчас на рынке есть компании, предлагающие прогнозировать последствия воздействия различных факторов на состояние здоровья. (9) Аналогичные методы развиваются для прогнозирования стоматологических заболеваний и патологических заболеваний, в частности кардиологических и онкологических.

Превентивность реализуется с помощью постоянного сопровождения и коррекции поведения каждого человека. Так система определяет отклонения в состоянии здоровья или фиксирует рост влияния вредного фактора и выдает рекомендации по коррекции поведения для минимизации

потерь здоровья. Такими рекомендациями могут быть прием специальных препаратов, посещение врача, изменение некоторых привычек или смена образа жизни.

Самой трудной для реализации является партисипативность или соучастие. В данном случае подразумевается не только адекватная реакция системы на изменения в состоянии здоровья человека и его жизнедеятельности, но реакция человека на рекомендации системы. Для решения этой задачи в системе надо предусмотреть систему баллов, начислений и штрафов за, соответственно, выполнение и не выполнение требований системы, а также некоторый соревновательный элемент. Очень полезным представляется Китайский опыт системы Sesame Credit (10). Данная система осуществляет рейтингование пользователей и в зависимости от рейтинга дает доступ к уникальным возможностям как частного, так и государственного сектора.

Такая система призвана продлить как работоспособный, так и общий период жизни, снизить продолжительность временной и постоянной нетрудоспособности. Исследования в США о применении принципов 4П медицины показали снижение периода временной нетрудоспособности на 10% (11). Что представляет собой значительную экономию средств для работодателя, государства и самого человека. Учитывая, что в России за 2016 год, по причинам болезни органов дыхания, костно-мышечной и соединительной ткани, системы кровообращения, органов пищеварения и мочеполовой системы было оформлено 161 464 061 дней временной нетрудоспособности (12), то 10% составляют 16,15 миллионов дней или 530 841 трудовой месяц. Если посчитать потери исходя из минимального размера оплаты труда, для Москвы 17 561 рубль, получим 9 322 миллиона рублей, это на 32% больше, чем расходы бюджета города Чебоксары.

Учитывая, что приведенный перечень причин временной нетрудоспособности ограничен группами с наибольшим количеством дней, а также расчет был произведен без учета постоянной нетрудоспособности, то объем потерь может быть

значительно выше. В то же время исследования о снижении периода временной нетрудоспособности производилось в США, где нет системы ОМС, а медицинские услуги население получает за наличный расчет или по системе ДМС, что заставляет людей бережнее относиться к своему здоровью. Также в исследовании не указано как конкретно реализовывались принципы 4П медицины и насколько качественно они были реализованы. В случае применения принципов 4П медицины в России эффект может быть в разы выше при правильно построенной системе мотивации как со стороны частного бизнеса, так и со стороны государства.

Многие работодатели озабочены вопросами снижения количества дней временной нетрудоспособности по причинам инфекционных и неинфекционных заболеваний. Больших успехов в этом вопросе смогли добиться компании Газпром и РЖД. Многие крупные компании осуществляют управление здоровьем коллектива с помощью программ ДМС, абонементов в фитнес клубы, предоставлением корпоративных баз отдыха и прочего. Однако ни одна система не предоставляет возможность вести персонифицированный учет здоровья каждого сотрудника. Таким образом предоставляя возможность работодателю воздействовать на медицинские издержки внедряя и контролируя политику бережного отношения к своему здоровью, управлять бюджетом на медицинскую помощь каждого сотрудника, направляя в клиники с лучшими показателями медицинского вмешательства и прочие возможности.

Такую возможность может предоставить специализированная медицинская информационная платформа сопровождения по био-социальному циклу. Такая информационная платформа реализуя принципы 4П помогает каждому индивидууму достигать поставленных в жизни целей, посредством управления образом жизни и личным здоровьем. Эта платформа выступает в качестве медицинского коуча, осуществляющего формирование привычек, навигацию по медицинским организациям и по профилактическим

мероприятиям, ведущего учет параметров здоровья и прогнозирующего последствия воздействий различных факторов.

Оценка медицинских технологий в медицинских организациях

Омельяновский Виталий Владимирович

д.м.н., профессор,
генеральный директор,
ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России
office@rosmedex.ru

Мусина Нурия Загитовна

к.м.н., начальник отдела развития и внешних коммуникаций,
ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России
musina@rosmedex.ru

Войнов Михаил Андреевич

главный специалист отдела развития и внешних коммуникаций,
ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России

Технологии в настоящее время являются основным движущим фактором развития здравоохранения во всем мире. Развитие медицинских технологий влечёт за собой удорожание медицинской помощи, при этом улучшение качества её оказания и конечных исходов не коррелирует с увеличением расходов на внедрение инновационных методов диагностики и лечения. В этой связи многие страны в обязательном или добровольном порядке внедрили процедуры оценки технологий в здравоохранении (*health technology assessment*) в процессы принятия решения об инновациях в медицине. Под оценкой медицинских технологий (далее – ОМТ) понимается систематическая, широкомасштабная оценка последствий использования технологий в рамках конкретной системы

здравоохранения; целью ОМТ является проведение структурного, основанного на фактических данных анализа для выработки безопасной и максимально эффективной политики в области здоровья, ориентированной на достижение наибольшей отдачи при лечении пациентов. Хотя ОМТ часто проводится на национальном или международном уровне, многие местные медицинские службы и больницы считают целесообразным приблизить оценку к точке оказания медицинской помощи. В данном случае затраты, последствия и преимущества технологий могут быть непосредственно оценены. Это обосновано тем, что решения о внедрении или приобретении той или иной медицинской технологии принимается на локальном уровне, а также необходимостью учитывать местные особенности организации медицинской службы.

Организационные модели ОМТ в медицинской организации подразделяют на четыре вида, согласно классификации, разработанной международной организацией по ОМТ – HTAi (Health Technology Assessment international) в 2007 г.

Параметры организационной структуры		Направленность проводимой оценки	
		<i>Клиническая практика</i>	<i>Принятие управленческих решений</i>
Сложность организации	<i>Высокая</i>	«Внутренний комитет»	«Отдел по ОМТ»
	<i>Низкая</i>	«Модель посла»	«Мини-ОМТ»

«Модель посла». Данная модель представляет собой специальную программу, в которой врачи, признанные лидеры общественного мнения, выступают в качестве «послов» в продвижении инновационной технологий в клинической практике. Эта модель разработана в Швеции.

Ведущие клиницисты, участвующие в проектах Национального агентства Швеции, назначаются «послами» задача которых заключается в информировании коллег о результатах проводимых в стране исследованиях по ОМТ. В Альберте, Канада, были разработаны аналогичные программы, основанные на шведской модели. «Послы» являются признанными лидерами специальности, которые распространяют знания об оценке технологий здравоохранения для медицинского персонала и лиц, определяющих политику, на региональном и местном уровнях посредством презентаций на конференциях, семинарах и других мероприятиях. Данную модель можно назвать переходным звеном от ОМТ на национальном уровне к ОМТ на уровне медицинской организации, так как она не предусматривает проведения работ по оценке медицинских технологий, а служит средством распространения ранее полученных результатов.

«Мини-ОМТ». Мини-НТА представляет собой динамичный и гибкий инструмент для поддержки принятия решений администраторами больниц на местном и региональном уровне о внедрении новой технологии. Как правило, оценка сводится к заполнению анкеты утверждённой формы, включающей вопросы непосредственно о самой технологии, пациентах, организационных и экономических аспектах применения технологии. Мини-НТА определяется как форма или контрольный список с вопросами о различных предпосылках и последствиях использования технологий в области здравоохранения. Эта форма состоит из примерно двадцати шести вопросов, сгруппированных в пяти разделах: вводная часть (данные заявителя), технология (аспекты, связанные с клиническими данными о безопасности и эффективности), пациенты (аспекты, связанные с этическими, социально-психологическими и профессиональными воздействиями), организация (воздействие на пользователей технологии) и экономика (прямые и косвенные затраты, расходы на одного пациента).

Цель заполнения формы заключается в обеспечении краткой информации от двух до пяти страниц, которые могут поддержать решения о внедрении новой технологии или изменениях в использовании существующей. Чаще всего, Мини-НТА составлен одним человеком, как правило, врачом или руководителем отдела, предлагающего внедрение новых технологий. Преимущество данной модели по сравнению с моделью «Амбассадор» в получении результатов оценки в короткие сроки исходя из потребностей медицинской организации.

«Внутренний комитет». Внутренние комитеты – это междисциплинарные группы, представляющие различные точки зрения, которые выполняют оценку доказательств преимущества предлагаемой технологии. Они состоят из сотрудников медицинской организации, при этом деятельность по ОМТ редко является их основной работой. Эта модель встречается в больницах США, Австралии, Канады, Испании. В настоящее время не существует общепризнанной модели состава и функций комитета. В большинстве случаев в состав комитетов входят представители медицинского персонала, отдела финансов, планирования, закупок, инфраструктуры, биоинженерии, комитета по этике, качеству и представители пациентов. Очевидно, что данный состав варьируется в зависимости от локальных особенностей.

«Отдел по ОМТ». Данный отдел является отдельным структурным соединением в медицинской организации, профессионально занимающимся ОМТ. Основным преимуществом данной модели является высокое качество отчетов, а также независимость от врачей и администраторов больницы. Эта модель используется в Канаде, Италии, некоторых больницах США и Франции.

Наиболее эффективной формой ОМТ в медицинской организации является отдельный отдел по ОМТ. Его преимущества достигаются, в первую очередь, за счет привлечения специально обученного персонала на полный

рабочий день, который способен адаптировать стандартные подходы ОМТ к локальным возможностям и потребностям учреждения. Альтернативным вариантом организации ОМТ является внутренний комитет, состоящий из штатных специалистов учреждения. Специализированный отдел по ОМТ подразумевает слаженную работу на постоянной основе нескольких профильных специалистов - по доказательной медицине, эпидемиологии, фармакоэкономике, организации здравоохранения и других, исходя из решаемых задач. Комитет же работает на непостоянной основе - в формате отдельных периодических совещаний, дискуссий для решения отдельных конкретных задач. При отсутствии достаточных знаний привлекаются внешние эксперты. Согласно исследованию Hospital Based Health Technology Assessment World-Wide Survey, наиболее часто ОМТ в медицинских организациях подвергаются медицинские приборы, биомедицинское оборудование, новые методы лечения и клинические процедуры. Среди критериев оценки наибольшее внимание уделялось безопасности и эффективности технологий, а также организационным аспектам их внедрения.

Оценка медицинских технологий на уровне медицинской организации позволяет с научной точки зрения обосновать внедрение новых технологий, повысить эффективность оказания медицинских услуг, тем самым способствуя повышению эффективности распределения ресурсов организации и качества оказываемой медицинской помощи.

Информационные технологии как инновации на пути к бережливому здравоохранению

Отставнов Станислав Сергеевич

к.э.н., главный специалист отдела развития и внешних связей, ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

преподаватель кафедры технологического предпринимательства, ФГАОУ ВО «Московский физико-технический институт (государственный университет)»).

comte.otstss@gmail.com

Брико Андрей Николаевич

специалист отдела медицинского обеспечения стандартизации,

ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

аспирант, ассистент кафедры медико-технических информационных технологий, ФГБОУ ВО «МГТУ имени Н.Э. Баумана».

brikoan@mail.ru

Повышение качества и доступности медицинской помощи исторически является следствием внедрения инноваций в практику здравоохранения [1]. Инновации эти носят различный характер, к ним следует отнести и непосредственное внедрение высокотехнологичных продуктов в лечебно-диагностический процесс (например, применение антибиотиков при лечении инфекций, прививки от оспы, использование рентгенографии в травматологии при диагностике переломов и трещин, совмещение компьютерной

и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии при диагностике новообразований щитовидной и паращитовидной желез, применение радиочастотной и криоабляции при лечении солидных опухолей). Однако успешное использование подобных высокотехнологичных продуктов в практике здравоохранения приводит к необходимости модернизации самого процесса организации медицинской помощи, то есть внедрения позволяющих применять указанные новшества управленческих инноваций (рисунок 1), а также, затрагивая интересы всех стейкхолдеров, как благоприятно (повышая степень качества и доступности медицинской помощи для пациентов, снижая уровень риска для репутации медицинского специалиста, оптимизируя излишние финансовые траты), так и неблагоприятно (создавая неудобства, сокращая потребность в единицах медицинского персонала, усложняя условия для получения неправомерного заработка), непременно приводит к изменениям в институциональной среде.

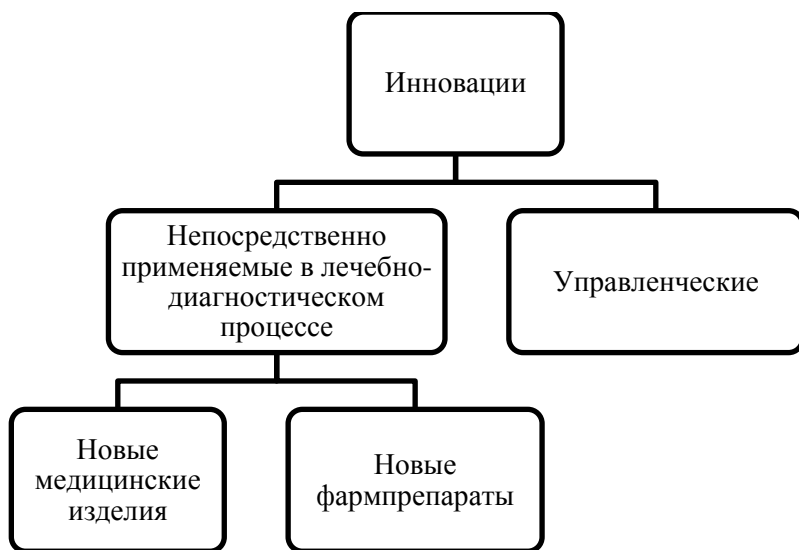


Рисунок 1 – Иновации, преобразующие лечебно-диагностический процесс

Современным трендом во многих отраслях человеческой деятельности является построение «бережливого производства» [2], в узком смысле представляющего адаптацию (не всегда удачную), производственной системы известного японского автомобилестроительного предприятия «Toyota», а в широком – научно-обоснованную организацию производства [3]. Построение производственных систем декларируется многими организациями, в том числе представителями медицинской индустрии и фармацевтической индустрии (в частности, голландской корпорацией Philips, производящей как бытовую технику, так и томографические системы).

К уже упомянутым институциональным аспектам необходимо отнести тот факт, что, ввиду специфики, медицинскими специалистами и организаторами здравоохранения применяется более «благозвучный» термин «бережливое здравоохранение», а словосочетание «бережливое производство» старательно избегается, несмотря на тот факт, что продукт производства может иметь форму не только товаров, но также и работы и услуги, а термин «медицинские услуги» достаточно широко распространен.

Одним из ключевых трендов на пути к «бережливому здравоохранению», обеспечивающих повышение эффективности принимаемых решений, является возможность накопления, хранения и обработки значительного числа разнообразных данных, с помощью которых можно перейти от качественных оценок к количественным расчетам [4]. В качестве примеров этого могут выступать научно-обоснованные подходы к организации лечения конкретной нозологии у конкретного пациента, обладающего особенностями в том числе, набором прочих патологий и аномалий, как сопутствующих основному заболеванию, так и независимых от него; комплексная оценка эффективности, качества и безопасности диагностических процедур, лечебных манипуляций, медицинских изделий, фармпрепаратов. Подобное принятие решений, основанных на объективных

доказательствах, фактах, соответствует также и ключевому принципу менеджмента качества [2].

Проникновение современных информационных технологий и методов анализа больших данных позволяет на базе разрозненных информационных источников выстраивать системы, обеспечивающие анализ накопленной информации. В экономической науке подобную систему принято называть системой контроллинга, а инструменты – инструментами контроллинга [5].

Очевидно, что в области безопасности данных к подобным системам, хранящим информацию, связанную со здоровьем, а, значит, и безопасностью человека, необходимо предъявлять особые требования. В частности, по этой причине, несмотря на существенное распространение платформ в области учета, включающих в себя базу данных и удобный пользовательский интерфейс, и наличие у многих из них (к примеру, распространенной 1С) версии для применения в учреждениях здравоохранения, многие субъекты Российской Федерации и ряд крупных медицинских центров пошли по пути разработки собственных информационных систем (к примеру, единой медицинской информационно-аналитической системы ЕМИАС, разрабатываемой и поддерживаемой департаментами здравоохранения и информационных технологий города Москвы).

Данный пример служит иллюстрацией управленческой инновации в здравоохранении, основанной на внедрении современных информационных технологий в процесс организации оказания медицинской помощи.

Информационные технологии также существенно изменили облик фармацевтической и медицинской промышленности, предоставив как управленческие инновации «общего характера» (уже упомянутые системы для учета), так и специфические инструменты для разработки новых продуктов, к примеру, средства моделирования смогли не только кардинально изменить инженерную деятельность,

обеспечив переход от рукописных чертежей и значительного числа натуральных испытаний макетов и прототипов к трехмерным моделям и численным экспериментам над ними, но и автоматизировать процесс подбора мишени и лекарственного препарата.

Влияние современных информационных технологий на фармацевтическую промышленность также подчеркивает тот факт, что спонсорами внедрения регистров пациентов – информационных систем, содержащих данные о процессе лечения контингентов пациентов с определенными нозологиями – нередко являются фармацевтические компании.

Именно в области информационных технологий лежат перспективы развития оборудования для физиотерапии, терапевтический эффект от которой, как правило, достаточно сложно оценивать. Прикладная физиотерапия базируется на следующем принципе. Живые ткани создают собственное электромагнитное поле, характеристики которого изменяются в случае заболевания. Биологическая функция может быть восстановлена посредством внешнего воздействия эти поля. Однако существенные проблемы заключается в узости их амплитудно-временных диапазонов и зависимости их от многих факторов, выявить которые представляется возможным только с учетом анализа ответных реакций организма. Это реализуемо посредством биологической обратной связи, предоставляющей информацию для корректировки параметров воздействующего поля. В терминах менеджмента качества подобная обратная связь служит инструментом валидации воздействия – проверки соответствия достигнутого результата запланированному.

Дополнительная стратификация пациентов на основе анализа накопленной информации также по мнению многих экспертов обладает значительным потенциалом повышения эффективности лекарственной терапии, к примеру, химиотерапии при онкологии.

Резюмируя вышесказанное следует отметить, что внедрение современных информационных технологий как при разработке инновационной продукции для здравоохранения, так и непосредственно при организации, координации, планировании, контроле медицинской помощи, мотивации медицинского персонала, существенно изменили сферу охраны здоровья, делая ее по-настоящему «бережливой», и, как ожидается, интенсифицируют процесс преобразования ее в будущем. С одной стороны, это ведет к повышению качества и доступности медицинской помощи, с другой – вызывает отклик в институциональной среде, так как создает особую актуальность сбора информации непосредственно от пациентов (что не всегда благо с психологической точки зрения), снижает уровень бесконтрольности принимаемых медицинским персоналом решений и создает требования к последним по части владения современной оргтехникой.

Несмотря на технические трудности, и порождение множества вопросов правового и этического характера, революционный характер внедрения информационных технологий в здравоохранение неоспорим. Ведь внедрение инструментов контроллинга дает возможность накопления и управления важной информацией, а кто управляет ею – управляет миром.

Список литературы

1. Отставнов С.С. Разработка организационно-экономического механизма управления инновационными проектами по созданию медицинских изделий: автореф. дис... к.э.н.: 08.00.05. М., 2015. - 17 с.
2. Отставнов С.С., Отставнов Н.С., Бреусов А.В. Совершенствование системы управления организацией: традиционные и перспективные инструменты в процессе эволюции стартапов // Инновации в менеджменте. 2017. № 4. С. 56-64.

3. Фалько С.Г. Производственные системы и бережливое производство: новая мода или старая история // Инновации в менеджменте. 2016. № 10. С. 2–5.
4. Leonid V. Kantorovich. Mathematics in economics: achievements, difficulties, perspectives; Nobel memorial lecture, December 11, 1975 // The American Economic Review. 1989. Vol. 79. № 6. PP. 18-22.
5. Орлов А.И. Эконометрические инструменты контроллинга // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. – 2015. – № 107. С. 1073–1101.

Здоровье населения Камчатского края: региональное медико-географическое исследование

Погорелов Артур Русланович

магистрант кафедры географии и устойчивого развития
геосистем Школы естественных наук

Дальневосточный федеральный университет, г. Владивосток.

pogorelov_ar@mail.ru

Современный этап развития российской и зарубежной медицинской географии характеризуется усиленным интересом к комплексным исследованиям на региональном уровне. Актуальность подобных исследований связана с социально-экономической значимостью повышения и сохранения здоровья населения. К настоящему времени на территории нашей страны выполнено множество региональных медико-географических исследований [Малхазова, 2001; Малхазова и др., 2010; Ватлина, 2012; Бородкин, 2017 и др.]. Однако, для территории Камчатского края до сих пор не выполнено каких-либо работ по изучению медико-географического состояния и пространственно-динамической структуры состояния здоровья населения.

Основная цель настоящей работы заключалась в проведении медико-географической оценки территории и состояния здоровья населения Камчатского края. Выполненное исследование основано на официальных статистических материалах Камчатского краевого медицинского информационно-аналитического центра, Камчатстата, Камчатского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Кроме этого, использовались достоверные литературные, фондовые и картографические данные.

Камчатский край – один из наиболее отдаленных дальневосточных российских субъектов от центральных районов и регионов нашей страны. Его географическое положение предопределило наличие ряда ограничивающих факторов регионального развития (неблагоприятные природные условия, в т.ч. климатические, общая слабая освоенность и заселенность территории, низкий уровень развития социально-экономической инфраструктуры и пр.).

Актуальность регионального медико-географического исследования Камчатского края связана с приоритетностью проблем широкого освоения регионов Тихоокеанской России, необходимостью формирования здесь постоянного населения, обеспечения высокого уровня качества жизни и региональной политики. Требуется решение ряда задач, связанных с необходимостью адекватного реагирования на изменяющиеся условия окружающей среды (природной, социально-экономической, экологической).

Заболеваемость является одной из наиболее важных характеристик состояния здоровья населения. Современная заболеваемость населения Камчатского края отличается относительно напряженной ситуацией. Общая заболеваемость всего населения региона составляет почти 1567,4‰ (2016 г.). За последние десять лет (2006-2016 гг.) общая заболеваемость увеличилась на 6,1%. В структуре региональной заболеваемости преобладают такие классы болезней, как болезни органов дыхания (24,1%), болезни системы кровообращения (13,4%), болезни костно-мышечной системы (7,9%), а также мочеполовой системы (7,6%). Среди дальневосточных субъектов Камчатский край по-прежнему характеризуется одним из самых высоких уровней заболеваемости.

Для территориально-дифференцированной оценки здоровья населения Камчатского края произведен кластерный анализ 18 наиболее значимых показателей 5 оценочных групп:

- 1) медико-демографические показатели;
- 2) общая заболеваемость всего населения по комплексу основных классов болезней;
- 3) общая заболеваемость детского населения по комплексу основных классов болезней;
- 4) общая заболеваемость взрослого населения по комплексу основных классов болезней;
- 5) общая заболеваемость всего населения по комплексу социально-значимых болезней).

В результате анализа на территории Камчатского края выделено пять групп районов, различающихся по уровню комплексного состояния здоровья населения:

- 1) крайне неблагополучное (Тигильский, Карагинский, Олюторский, Мильковский районы);
- 2) неблагополучное (Петропавловск-Камчатский, Алеутский, Соболевский, Пенжинский районы);
- 3) пониженное (Елизовский, Усть-Большерецкий, Усть-Камчатский, Быстринский районы);
- 4) удовлетворительное (не выявлено);
- 5) относительное благополучное (Вилючинск).

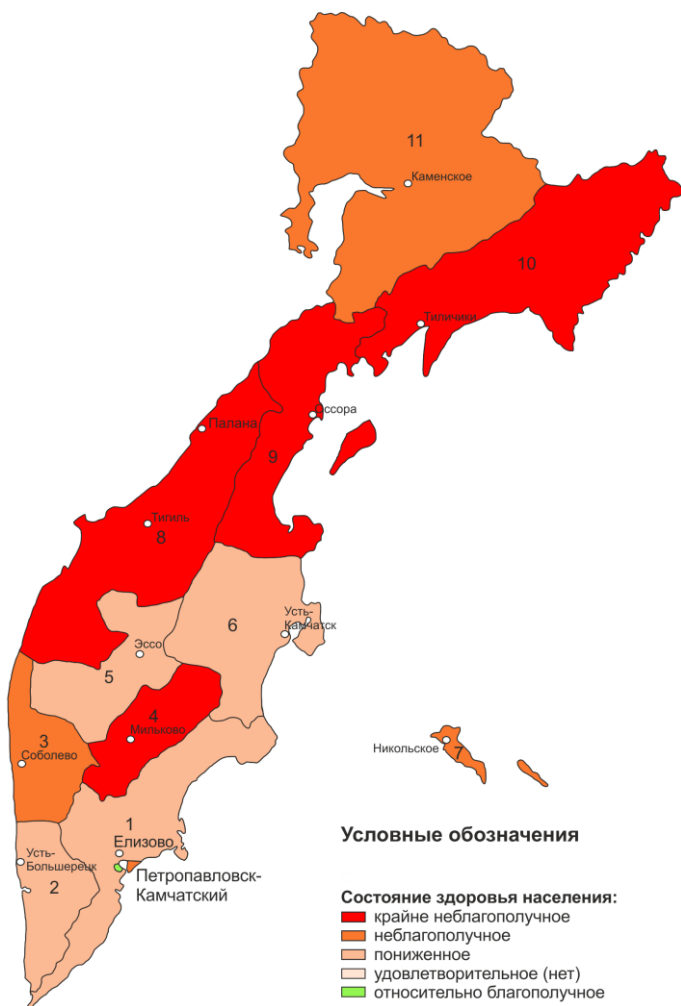


Рис. 1. Комплексная оценка здоровья населения Камчатского края (условные обозначения административных районов: 1 – Елизовский; 2 – Усть-Большерецкий; 3 – Соболевский; 4 – Мильковский; 5 – Быстринский; 6 – Усть-Камчатский; 7 – Командорский; 8 – Тигильский; 9 – Карагинский; 10 – Олюторский; 11 – Пенжинский)

Последующий этап работы заключался в исследовании первичных взаимосвязей между факторами окружающей среды и здоровьем населения. Для этого нами были определены две группы наиболее репрезентативных показателей. Показатели окружающей среды включили в себя различные параметры четырех блоков информации («природный», «экономический», «загрязнение окружающей среды», «здравоохранение»). Для характеристики состояния здоровья населения использовались показатели заболеваемости по 17 основным классам болезней. В результате наиболее высокая статистически значимая корреляционная связь была выявлена между загрязнением атмосферы и экологически-обусловленными заболеваниями (для всего населения – болезни крови, новообразования; для детского населения – болезни крови, кожи, новообразования и отравления).

Ключевой задачей регионального медико-географического исследования является картографирование территории. Нами предпринята попытка создания медико-географического атласа Камчатского края, для которого уже подготовлено 40 мелкомасштабных карт. По итогу атлас должен включить порядка 120 карт, характеризующих пространственные особенности здоровья населения, а также влияющих на него условий природной и антропогенной среды.

Общая структура будущего атласа включает 7 основных разделов: I. Общая информация; II. Демографическая обстановка; III. Природные и экологические условия; IV. Социально-экономические условия; V. Заболеваемость населения; VI. Здоровье населения: структура, динамика и комплексное состояние; VII. Комплексная медико-географическая обстановка.

Таким образом, первые результаты нашего исследования, посвященного медико-географической оценке Камчатского края, позволили получить новую информацию по комфортности проживания и региональным проблемам охраны здоровья населения одной из самых отдаленных

территорий России. В то же время, требуется продолжение настоящего исследования с целью получения многообразных данных о медико-географической обстановке в Камчатском крае с проведением более детального картографирования, моделирования и прогнозирования потенциальных изменений.

Список литературы:

1. Бородкин, А.Е. Эколого-географические основы оценки риска здоровью населения староосвоенных регионов (на примере Ярославской области) / А.Е. Бородкин: дис. ... канд. геогр. наук. – М., 2017. – 275 с.
2. Ватлина, Т.В. Влияние природных и антропогенных факторов на здоровье населения Смоленской области / Т.В. Ватлина: дис. ... канд. геогр. наук. – М., 2012. – 164 с.
3. Малхазова, С.М. Здоровье населения Московской области: медико-географические аспекты / С.М. Малхазова, В.Ю. Семенов, Н.В. Шартова, А.Н. Гуров. – М.: ГЕОС, 2010. – 112 с.
4. Малхазова, С.М. Медико-географический анализ территорий: картографирование, оценка, прогноз / С.М. Малхазова. – М.: Научный мир, 2001. – 240 с.

Здоровьесберегающее пространство города: возможности изучения с помощью интервью во время прогулки (walking / go-along interviews)¹

Прокофьева Алена Викторовна

старший преподаватель кафедры социологии,
ФГБОУ ВО Пермский государственный национальный
исследовательский университет
prokofyeva.alena@gmail.com

Высокие темпы урбанизации в современном мире и возникновение связанных с ними разнородных рисков для здоровья человека определили формирование в качестве приоритета глобальной политики в области сохранения и здоровья населения создание «здоровой городской среды»². Цели и задачи заканчивающейся в 2018 г. Шестой фазы Европейской сети Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города» касаются как совершенствования физического пространства городов (устранение архитектурных барьеров, организация велосипедных дорожек и свободных от курения общественных мест), так и развития социального пространства (обеспечение равного доступа жителей к социальной поддержке, минимизация социальной

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – докторов наук (проект МД-281.2017.6)

² Этап VI (2014–2018 гг.) Европейской сети ВОЗ "Здоровые города": цели и требования к участникам - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2014 г. – 55 стр. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/244408/Phase-VI-20142018-of-the-who-European-Healthy-Cities-Network-goals-and-requirements-Rus.pdf?ua=1 (дата обращения: 10.04.2018)

изоляции)¹, т.е. формирования здоровьесберегающей городской среды как многокомпонентной и единой.

Оценка степени сформированности городского пространства как здоровьесберегающего представляет собой серьезный методологический вызов. Традиционно используемые статистические показатели, например, «количество плоскостных спортивных сооружений» (форма №1-ФК) или «количество санаторно-оздоровительных лагерей» (форма №1-ОЛ), не могут показать ни степень соответствия городской инфраструктуры потребностям жителей, ни уровень ее реальной востребованности. Важно рассматривать как само городское пространство (объективные показатели), так и особенности его восприятия и использования гражданами для решения задач сохранения и укрепления здоровья. В связи с этим, полезным оказывается обращение к социологическим инструментам – не только количественным, но и качественным методам исследования.

Взаимосвязь места и здоровья может быть изучена с позиций различных перспектив анализа с рассмотрением ряда аспектов:

- *пространственный анализ* (связь практик ЗОЖ, показателей здоровья как с физической средой района, так и уровнем безопасности и проч.),
- *психологический анализ* (связь «чувства места», «чувства дома и убежища» с показателями здоровья, а также уровня обобщенного доверия к учреждениям здравоохранения рассматриваемой местности),
- *социально-экологический и ландшафтный анализ* (регуляция поведения в т.ч. в сфере здоровья нормами

¹Этап VI (2014–2018 гг.) Европейской сети ВОЗ "Здоровые города": цели и требования к участникам - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2014 г. – 55 стр. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/244408/Phase-VI-20142018-of-the-WHO-European-Healthy-Cities-Network-goals-and-requirements-Rus.pdf?ua=1 (дата обращения: 10.04.2018)

местного сообщества, социокультурные ресурсы и социальный капитал сообщества в его связи со здоровьем, роль *терапевтических ландшафтов*¹ в укреплении здоровья населения путем укрепления чувства принадлежности и ценности социальной группы)².

Таким образом, теоретическое и аналитическое расширение пространственного анализа за счет включения социально-экологического и психологического анализа места открывает перспективы для более глубоких и междисциплинарных исследований, раскрывающих важные глубинные механизмы влияния на здоровье различных факторов. Поскольку значимость пространственного анализа остается актуальной, следует рассматривать возможность соединения преимуществ полевого наблюдения с возможностями полу- или неструктурированного интервью. Один из новых предлагаемых методов сбора данных в этой области – интервью во время прогулки. В своих работах, посвященных рефлексии использования указанного метода в рамках анализа значения места для здоровья и благополучия, Р. Карпиано, рассматривает преимущества и ограничения применения данного метода, возможность интеграции его результатов с данными, полученными при помощи других как качественных, так и количественных методов. Особенности применения указанного метода будут раскрываться как на примерах из работ, посвященных методу интервью во время прогулки, так и на основе двух авторских социологических исследований: комплексного социологического исследования

¹ M Winchester, J McGrath (2017) Therapeutic landscapes: Anthropological perspectives on health and place *Medicine Anthropology Theory* Vol4 (1), i-x

²Leung M., Takeuchi D.T. (2011) Race, Place, and Health. In: Burton L., Matthews S., Leung M., Kemp S., Takeuchi D. (eds) *Communities, Neighborhoods, and Health. Social Disparities in Health and Health Care*, vol 1. Springer, New York, NY.

парка им. Чехова города Перми (2016г.), в рамках которого была использована методика «ментального картографирования» в сочетании с опросом и наблюдением, и пилотажного исследования (2017 г.), посвященного здоровьесберегающим практикам людей, ведущих активный образ жизни. Второе исследование проводилось с использованием неформализованного интервью, в рамках которого в качестве проективной методики к информанту обращались с просьбой нарисовать ментальную карту, и последующей прогулкой по местам занятия спорта. Особенности реализации обоих интересующих нас методов была тесная взаимосвязь с пространством города. Так, в первом исследовании ментальные карты создавались информантами непосредственно при нахождении в парке, а во втором – все используемые методы были направлены на побуждение к осмыслению пространства района проживания и его спортивной и другой связанной со здоровьем инфраструктуры.

Интервью во время прогулки предполагает проведение качественного (неструктурированного) интервью, в рамках которого исследователь сопровождает информанта в его перемещениях по знакомой местности, например, району проживания или более локализованной территории. В некоторых случаях используются прогулки по неизвестным информантам маршрутам, поскольку исследование предполагает выявление восприятия определенных (не обязательно знакомых) элементов городской среды непосредственно при взаимодействии с ними. Например, они используются в оценке дизайна городской среды и доступности городских публичных пространств¹, что роднит этот метод с ментальным картографированием, которое также часто фокусируется на качестве городской среды.

¹Phil Jones, Griff Bunce, James Evans, Hannah Gibbs and Jane Ricketts Hein Exploring Space and Place With Walking Interviews *Journal of Research Practice* Volume 4. p. 1-9

Применительно к оценке здоровьесберегающей среды города более предпочтительным представляется вариант с маршрутом, выбранным самими информантами. Это связано в первую очередь с тем, что практики здорового образа жизни могут являться значимыми детерминантами здоровья в большей степени тогда, когда они являются устойчивыми. Именно поэтому выбор информантами повседневных маршрутов, сильную связь между средой обитания и образом жизни легче проследить в привычной для участников среде.

Анализ таких статистических показателей или данных полученных в ходе полевого наблюдения в районе или городе, как число объектов спортивной инфраструктуры, магазинов с доступом к свежим и здоровым продуктам питания, точек общественного питания, наличие учреждений здравоохранения, места озеленения и т.п. отражает скорее потенциальную возможность пространства выполнять функции здоровьесберегающего. Само использование указанных возможностей жителями района и горожанами в своих повседневных практиках выявляется в ходе непосредственного взаимодействия с ними в рамках интервью или опроса. Формализованный опрос представляется в данном случае менее чувствительным инструментом для получения релевантной информации, к тому же он может дублировать данные статистики и наблюдения. Более предпочтительным представляется интервью в качественной традиции, однако и у него есть ряд ограничений. При проведении интервью в закрытом помещении исследователь сталкивается со следующей проблемой: опыт освоения пространства как здоровьесберегающего сложно актуализируется без дополнительных подталкиваний. Одним из таких подталкиваний (проективных методик в интервью) может стать просьба нарисовать ментальную карту района проживания с фокусом на места занятий спортом, прогулок на свежем воздухе, покупки продуктов здорового питания, проведения лечебно-профилактических процедур и т.п. Ментальные карты позволяют с одной стороны визуализировать представления информантов о местности и

значимых для здорового образа жизни объектах инфраструктуры и маршрутах здоровья. С другой стороны в рамках пояснений участников исследования к картам удается выявить дополнительные, не лежащие на поверхности смыслы, которыми наделяется пространство. Так фиксируемая в ходе наблюдения невостребованность экстрим-площадки парка у подростков и молодежи, т.е. тех возрастных групп непосредственно для которых, казалось бы, она предусмотрена, получила свое объяснение только в ходе бесед при рисовании ментальных карт. В данном случае именно обращение к прошлому опыту информантов, выявило восприятие переноса на место, где ранее располагалась экстрим-зона, площадки для детских аттракционов как потерю места встреч с друзьями и «спортивных тусовок». Некоторые из информантов отмечают, что в связи с переносом экстрим-площадки на новое место, они перестали посещать не только ее, но и парк в целом. У данной возрастной группы посетителей парка им. Чехова место перестало восприниматься как «свое», что в целом совпадает с переориентацией парка на группу родителей с детьми дошкольного возраста в качестве основной целевой аудитории. Недовольство переносом экстрим-зоны также связано с тем, что ранее отведенное для подростков место было больше и не было оккупировано родителями с маленькими детьми. Именно близость (совмещение на одной площадке рампы для катания, баскетбольной площадки и тренажеров) объектов экстрим-площадки мешает заниматься на ней большому числу людей, без опасения подростков навредить бегающим поблизости маленьким детям и вступить в связи с этим в конфликт с их родителями.

Несмотря на получение «богатых» глубоких данных, ментальная карта, будучи нарисованной в помещении, обладает определенной степенью отвлеченности, тогда как прогулка с информантом погружает его и исследователя непосредственно в ту среду, в которой он каждый день сталкивается как с побудителями, так и с ограничителями его здоровьесберегающих практик. Примеры из исследования Р.

Карпиано демонстрируют связь выбора магазина для покупки продуктов, мест занятий спортом, маршрутов пеших прогулок и велосипедных поездок с уровнем безопасности среды, погодных условий, особенностей личного опыта информантов и др.¹. То пространство, которое в рамках полевого наблюдения покажется исследователю вполне пригодным для занятий спортом, прогулок и т.п. при общении с информантами оказывается зоной отчуждения, вызванной как слишком высокими ценами на продукты, недоступностью или наоборот высоким уровнем девиантной активности и др. Прогулка в данном случае воспроизводит структуру перемещений информанта в рамках осуществления им здоровьесохранных практик, помогает понять, насколько освоены места и инфраструктура, предназначенные для поддержания здоровья, существуют ли части пространства и объекты, изначально для данных целей не предусмотренные, но, тем не менее, таким образом используемые. Так одна из участниц пилотажного исследования отметила, что чем больше она занималась спортом, тем в меньшей степени становилась зависимой от спортивной инфраструктуры. Если ранее ее здоровьесберегающие практики зависели от доступа к спортивным снарядам, находящимся на территории близлежащей школы, то впоследствии после закрытия доступа на территорию школы с одной стороны и формированием устойчивой ориентации на ЗОЖ с другой, она отметила, что при желании может обойтись только самым необходимым («использую свое тело в качестве опоры», метод *flowin*). Учитывая особенности всех вышеуказанных методов, уместным может быть сочетание метода «сидячего» интервью с созданием ментальных карт с дальнейшим выходом на интервью во время прогулки.

¹ Carpiano, R. M. (2009). Come take a walk with me: The “Go-Along” interview as a novel method for studying the implications of place for health and well-being. *Health & Place*, 15(1), p. 263-272.

Метод go-along interview может быть представлен в 3 вариантах: интервью во время (пешей) прогулки, интервью во время поездки и смешанное, предполагающее использование элементов первых двух типов¹. Выбор одного из вариантов может зависеть от целого ряда факторов: от типа местности, где проводится наблюдение (более урбанизированной или сельской), от уровня безопасности в наблюдаемом районе, от времени суток и погодных условий, от возможностей самого участника исследования (к примеру, темп прогулки и расстояния могут существенно варьироваться в разных возрастных группах) и др. В случае использования классического варианта указанного метода, когда маршрут выбирается самим информантом, исследователь словно принимает участие в экскурсии по жизненному опыту людей, проживающих в данном районе. Данный метод позволяет обойти некоторые из ограничений, накладываемых классическим вариантом «стационарного», «сидячего» качественного интервью, поскольку ряд значимых для исследования тем появляется в рассказе информанта только при его непосредственном соприкосновении со средой. Таким образом, интервью во время прогулки использует среду обитания информанта в качестве стимульной ситуации для осмысления использования пространства в повседневной жизни. Это также частично решает исследовательскую проблему поиска дополнительных подталкиваний при проведении интервью.

Кроме того, помещение информанта в позицию «гида» по определенной местности, делает отношения исследователя и исследуемого в еще большей степени эгалитарными, создает дополнительную мотивацию для информанта. Помимо решения инструментальной задачи рекрутирования новых информантов (когда прогуливаясь с исследователем по району, участник интервью осуществляет повседневные

¹ Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.

контакты с соседями и пр., вовлекая их в интервью), это дает исследователю представление о силе или слабости социальных связей в локальном сообществе. Сила связей сообщества, множественность и разнообразие контактов, возможность использовать социальный и культурный капитал сообщества (связь горожан с прошлым, с культурным наследием) являются наряду с характеристиками физической среды, ее экологичностью и наличием учреждений здравоохранения, значимыми параметрами здоровых городов. В отличие от полевого наблюдения, когда опыт исследователя ограничен временными рамками исследовательского проекта, интервью во время прогулки позволяет не просто фиксировать наличие определенной спортивной или рекреационной инфраструктуры и частоту ее использования, но и выявить те смыслы, которыми в течение длительного времени наделялись пространство и его объекты, формируясь из опыта и «наслаивались» друг на друга. Это позволяет понять, что именно вкладывает в повседневные здоровьесберегающие практики житель района, а также получить дополнительную информацию об объективных или субъективно воспринимаемых ограничениях использования городского пространства с опорой на жизненный опыт информанта.

Ключевыми трудностями при использовании данного метода является фиксации информации непосредственно во время проведения интервью, а также соотнесение хода интервью с маршрутом прогулки и теми местами в пространстве, о которых говорится в беседе. Первая сложность представляет собой технический вопрос, который, тем не менее, требует решения, поскольку излишняя концентрация на ведении записей во время интервью, может разрушать интеракцию между исследователем и исследуемым. Вторая сложность проявляется в первую очередь в том, что в ходе беседы информантам не свойственно при описании пространства называть точный адрес и расположение описываемых объектов т.п. Она может решаться за счет (а) ведения помимо аудиозаписи интервью также видео или фотосъемки, (б) проведения интервью двоими исследователями, между

которыми разделяется функционал по ведению записей, (в) использования, как в приведенном выше примере исследования в Бирмингеме, фиксированных маршрутов, что, однако, ограничивает роль информанта в выборе значимого именно для него маршрута и (г) использовании геолокационных и геоинформационных технологий, когда определенные временные интервалы в беседе привязываются к фиксации локации информанта и исследователя в эти же временные интервалы. Данная технология также была использована в другом интересном методе сбора данных, когда участников исследования (в частности велосипедистов) просили зафиксировать свои комментарии, сопоставлявшиеся с их геолокацией, записанные на мобильные устройства непосредственно в процессе их повседневных перемещений по городу¹.

Таким образом, использование интервью во время прогулки как средства получения информации от участников в процессе их взаимодействия с непосредственной средой их проживания представляет собой уникальный инструмент для решения проблемы выявления связи здоровья и пространства. А также появления новых перспектив для анализа взаимодействия физических, социальных и психических измерений пространства и места в жизни индивида.

Литература

1. Carpiano, R. M. (2009). Come take a walk with me: The “Go-Along” interview as a novel method for studying the implications of place for health and well-being. *Health & Place*, 15(1), p. 263-272.

¹ Phil Jones, James Evans (2012) The spatial transcript: analyzing mobilities through qualitative GIS *Area* 44:1 92-99

2. Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.
3. Leung M., Takeuchi D.T. (2011) Race, Place, and Health. In: Burton L., Matthews S., Leung M., Kemp S., Takeuchi D. (eds) *Communities, Neighborhoods, and Health. Social Disparities in Health and Health Care*, vol 1. Springer, New York, NY.
4. M Winchester, J McGrath (2017) Therapeutic landscapes: Anthropological perspectives on health and place *Medicine Anthropology Theory* Vol4 (1), i-x
5. Phil Jones, Griff Bunce, James Evans, Hannah Gibbs and Jane Ricketts Hein “*Research. Design: Exploring Space and Place With Walking Interviews* *Journal of Research Practice* Volume 4. no. 2 (2008): p. 1-9.
6. Phil Jones, James Evans (2012) The spatial transcript: analysing mobilities through qualitative GIS *Area* [44;1 92-99](#)
7. Этап VI (2014–2018 гг.) Европейской сети ВОЗ "Здоровые города": цели и требования к участникам - Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2014 г. – 55 стр. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/244408/Phase-VI-20142018-of-the-WHO-European-Healthy-Cities-Network-goals-and-requirements-Rus.pdf?ua=1 (дата обращения: 10.04.2018)

Совершенствование организационно-правового обеспечения развития высокотехнологичной медицинской помощи в регионах России.

Тарасенко Мария Александровна

аспирант, юридический факультет,
Московский государственный университет имени
М.В.Ломоносова, Москва
mary-tarasko1@yandex.ru

Основное правовое обеспечение государственных мер, направленных на регулирование высокотехнологичной медицинской помощи, представлено в Федеральном Законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» [1]. Автором были проанализированы постановления правительства РФ и документы Минздрава РФ, посвященных развитию высокотехнологичной помощи в России [2-7], отчеты региональных департаментов здравоохранения 8 субъектов РФ Минздраву РФ за 2016 год. Также в течение октября 2016 - марта 2017 года автором были взяты 8 экспертных интервью (5 экспертных интервью с сотрудниками Минздрава РФ и 3 экспертных интервью с сотрудниками региональных департаментов здравоохранения).

Были выявлены проблемы развития высокотехнологичной помощи (далее ВМП) в регионах России, мешающие реализации равных прав граждан на получение ВМП, которые можно решить путем совершенствования нормативно-правового обеспечения развития и оказания ВМП в регионах РФ.

Проблемы развития ВМП в регионах, связанные с профилем заболевания	Проблемы развития ВМП в регионах, связанные с организационным и инфраструктурным обеспечением, имеющие следствием региональные различия в доступности ВМП	Проблемы развития ВМП, связанные с исходами после оказания ВМП	Проблемы развития ВМП в регионах, связанные с финансированием ВМП
<p>Основные «проблемные» профили болезней:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Трансплантации. - Орфанные заболевания 	<p>Несовершенство планирования объемов помощи.</p> <p>Дефицит финансирования</p> <p>Длительность ожидания очереди.</p> <p>Дефицит кадров, владеющих технологиями ВМП.</p>	<p>Нет <u>преемственности по медицинской реабилитации и больных</u> после оказания ВМП. что снижает клиническую эффективность ВМП.</p>	<p>Сложности, связанные с <u>администрированием финансовых потоков</u>, снижают кол-во медицинских организаций, которые могли бы оказывать ВМП.</p>

В настоящий момент развитие системы государственного регулирования и организационно-правового обеспечения развития и оказания высокотехнологичной медицинской помощи в регионах РФ идет по двум траекториям: оптимизации действующих регуляторов (процессов, форм, методов), изменения действующих и создание новых регуляторов. Крайне необходимо совершенствование

нормативно-правового обеспечения развития и оказания высокотехнологичной медицинской помощи в регионах РФ.

Для решения проблемы развития ВМП в регионах, имеющей следствием региональные различия в доступности пациентов к ВМП, нужно:

- Усилить официальный контроль за моделированием объемов ВМП с учетом медико-демографических показателей субъектов РФ для выравнивание регионов по уровню обеспеченности ВМП.
- Усовершенствовать систему подготовки, непрерывного образования и повышения квалификации региональных медицинских кадров, занимающихся оказанием ВМП по профилю «ортопедия и травматология», «сердечно-сосудистая хирургия» и «онкология».
- Усовершенствовать систему тиражирования оказываемых в регионах видов ВМП в другие медицинские организации, являющиеся межтерриториальными центрами (распространить региональный опыт оказания ВМП на межтерриториальные центры).
- Усовершенствовать процедуру маршрутизации пациентов для оказания ВМП в частные медицинские организации.
- Усовершенствовать процедуру маршрутизации пациентов для оказания ВМП из одного субъекта РФ в другой.
- Разработать и утвердить специальным нормативно-правовым актом Минздрава России стандарты оказания ВМП больным орфанными заболеваниями.

- Усовершенствовать систему информационной доступности условий предоставления ВМП орфанным больным для лечащих врачей, а также для самих больных и их родных.
- Разработка и утвердить специальным нормативно- правовым актом Минздрава России маршрутизацию больных с орфанными заболеваниями при оказании ВМП и проработать критерии отбора таких пациентов для оказания ВМП.
- Улучшить качество моделирования объемов ВМП с учетом развития востребованных профилей.
- Разработать и утвердить специальным нормативно- правовым актом Минздрава России единую унифицированную систему мониторинга результатов медико-социальной эффективности как отдельных этапов оказания ВМП, так и ее финальных результатов с учетом клинических исходов.

Литература:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2014 г. N 1572 "О предоставлении в 2015 году субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования" (с изменениями и дополнениями).
3. Постановление Правительства РФ от 5 декабря 2016 г. N 1302 "Об утверждении Правил финансового

обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями".

4. О решениях по итогам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике о развитии высокотехнологичной медицинской помощи, 6 января 2014. // URL: <http://government.ru/news/9569>, дата обращения 20.02.2017.

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. N 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями).

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. N 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

7. Письмо Минздрава РФ от 24.12.2015 N 11-9/10/2-7938 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Влияние развития современных высокотехнологичных медицинских вмешательств на повышение качества оказания медицинской помощи в оториноларингологии и потребительский выбор медицинской организации

Тимурзиева Алина Борисовна

студентка 2 курса магистратуры, программа «Управление и экономика здравоохранения» («Государственное и муниципальное управление», факультет социальных наук), НИУ Высшая школа экономики, Москва;

аспирант очной формы обучения кафедры болезней уха, горла и носа, лечебный факультет,

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва

alinko9977z@mail.ru

Кукушкин Владимир Игоревич

младший научный сотрудник

Институт физики твердого тела РАН, г. Черноголовка

kukushvi@mail.ru

Одно из главных условий благополучия населения - качественное оказание медицинской помощи, а также постоянное улучшение основных показателей для обеспечения нужд относительно этого вопроса [1, 9]. Следует отметить, что одним из наиболее весомых факторов для качественного оказания медицинской помощи является наличие высокотехнологичных медицинских вмешательств (ВМВ) в медицинской организации (МО). При соответствующем использовании ВМВ станет возможным значительно повысить качество жизни пациентов, а также

снизить распространенность заболеваний [2, 3, 9]. Однако для проведения качественной высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) необходимо не только пересмотреть устройство неэффективно функционирующих стационаров, но и сконцентрировать в последних наиболее квалифицированных медицинских работников, а также высокотехнологичную аппаратуру (диагностического и лечебного характера), которую они могут использовать [4]. На сегодняшний день стремительно развиваются все новые виды высокотехнологичных медицинских вмешательств [1, 2, 5]. В частных и государственных клиниках появляются новые малоинвазивные, высокочувствительные и высокоспецифичные виды высокотехнологичной медицинской помощи [1, 6, 7]. Несмотря на то, что существует огромное количество методов диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов, остается открытым вопрос улучшения их качества и скорости, в частности использованием оптических технологий [5, 6]. К подобным методам экспресс-диагностики можно отнести раман-флюоресцентную спектрометрию [3], метод, основанный на применении эффекта комбинационного рассеяния света, позволяющего зарегистрировать особенности изучаемого биологического объекта на молекулярном уровне. Как известно, качество медицинской помощи зависит от множества факторов, одним из которых является наличие в медицинской организации высокотехнологичных медицинских вмешательств (ВМП), соответственно, необходимо развивать данное направление в различных сферах медицины [9], в том числе и в оториноларингологии, что, несомненно, может оказывать влияние на потребительский выбор медицинской организации как первичными, так и повторно обращающимися в оториноларингологические и другие стационары клинических специальностей.

Материалы и методы

В проведенном нами исследовании для определения диапазона использования раман-флюоресцентной спектроскопии, как одного из видов развивающихся современных видов высокотехнологичных медицинских вмешательств в диагностике заболеваний ЛОР-органов, были обследованы здоровые добровольцы (N=62), а также пациенты с хроническим тонзиллитом компенсированной и декомпенсированной форм (N=112), а также пациенты с доброкачественными и злокачественными заболеваниями ЛОР-органов (N=72). Измерения проводились с использованием аппаратно-программных комплексов «EnSpectr R532» и «EnSpectr M405» с длинами волн 532 нм и 405 нм, соответственно. После обработки статистическими методами были получены результаты, согласно которым данный вид высокотехнологичной диагностики может быть отнесен к высокочувствительным (более 90%), высокоспецифичным (более 90%) и быстрым (в течение нескольких секунд), а также малоинвазивным. Также были взяты глубинные интервью пациентов (N=12) и врачей экспертов (N=12), которые обращались в клинику и которым были проведены различные виды высокотехнологичных медицинских вмешательств, в том числе раман-флюоресцентная спектроскопия. Кроме того, было опрошено дополнительно 89 респондентов для оценки значимости фактора наличия ВМВ в медицинской организации. 22 % из всех опрошенных (N=113) считают, что высокотехнологичные виды медицинских вмешательств играют решающую роль в выборе медицинской организации (оценивают данный фактор в 8-10 баллов из 10), 5% из которых придерживаются мнения, что данный фактор (наличие высокотехнологичных медицинских вмешательств в клинике) при наличии рекламы становится более значимым: оценивается выше 7 баллов. Однако средний балл, начисленный данному фактору при проведении глубинного интервью, составил, наряду с качеством медицинской помощи, 7 баллов (по значимости фактора).

Результаты и выводы

В ходе исследования были получены данные о значимости высокотехнологичных вмешательств для повышения эффективности диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов на примере метода раман-флюоресцентной спектроскопии; о его чувствительности и специфичности (полученные спектральные характеристики сравнивались с результатами «золотого стандарта», а именно, микробиологическим и гистологическими методами исследования).

Касательно потребительского выбора МО (медицинской организации) следует отметить, что лишь 1% из опрошенных знал о наличии раман-флюоресцентной спектроскопии в стационаре, однако все опрошенные отметили высокую значимость наличия высокотехнологичных методов диагностики и лечения в клинике при выборе медицинской организации. Из этого следует, что значимость данного фактора возрастает при соответствующей информированности населения о видах ВМВ в МО. Среди наиболее весомых факторов при выборе медицинской организации, согласно данным интервью, следует отметить следующие: реклама, отзывы, престиж учреждения, наличие высокотехнологичных медицинских вмешательств в клиниках, квалификация врача, качество оказания медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, удаленность от места жительства, комфорт и благоприятные условия в медицинской организации, работа среднего и младшего медицинского персонала. Оценки, поставленные респондентами, представлены в таблице 1 ниже.

Факторы	Оценка респондентами по 10-балльной шкале (средний балл)
Реклама	10
Отзывы	10
Престиж медицинской организации	9
Квалификация врача	8
Наличие высокотехнологичных медицинских вмешательств в МО	7 (средний балл), оценка в 8-10 баллов (у 22% респондентов)
Качество оказания медицинской помощи	7
Стоимость медицинских услуг	6
Удаленность от места жительства	6
Комфорт и благоприятные условия в медицинской организации	6
Работа среднего и младшего медицинского персонала	5
Прочие	1-4

Таблица 1 Оценка значимости факторов потребительского выбора. Роль фактора наличия высокотехнологичных медицинских технологий в клинике для выбора медицинской организации (оценка по 10-балльной шкале, где 0- отсутствие значимости фактора, 10- максимальное влияние и значение фактора в общей структуре факторов потребительского выбора).

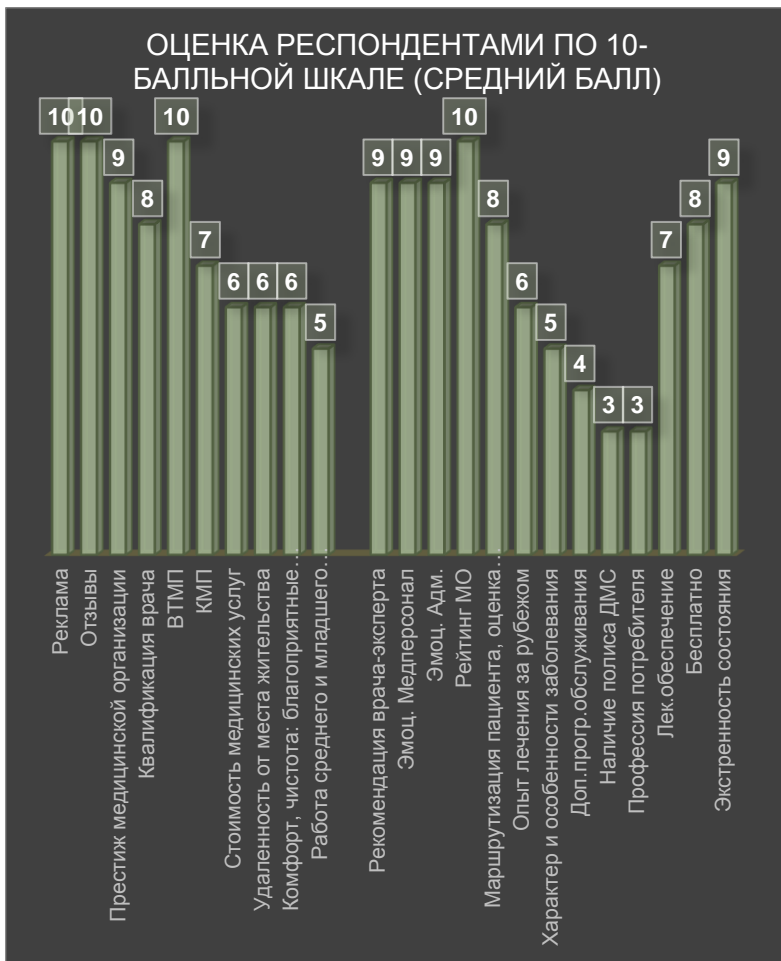


Рис. 1 Оценка значимости факторов, влияющих на потребительский выбор

На рис. 1 изображены оценки по 10-балльной шкале факторов потребительского выбора, что отображает вклад каждого из них при выборе медицинской организации. В данном случае наличие высокотехнологичных медицинских вмешательств (ВМВ) в клинике имеет максимальную оценку.

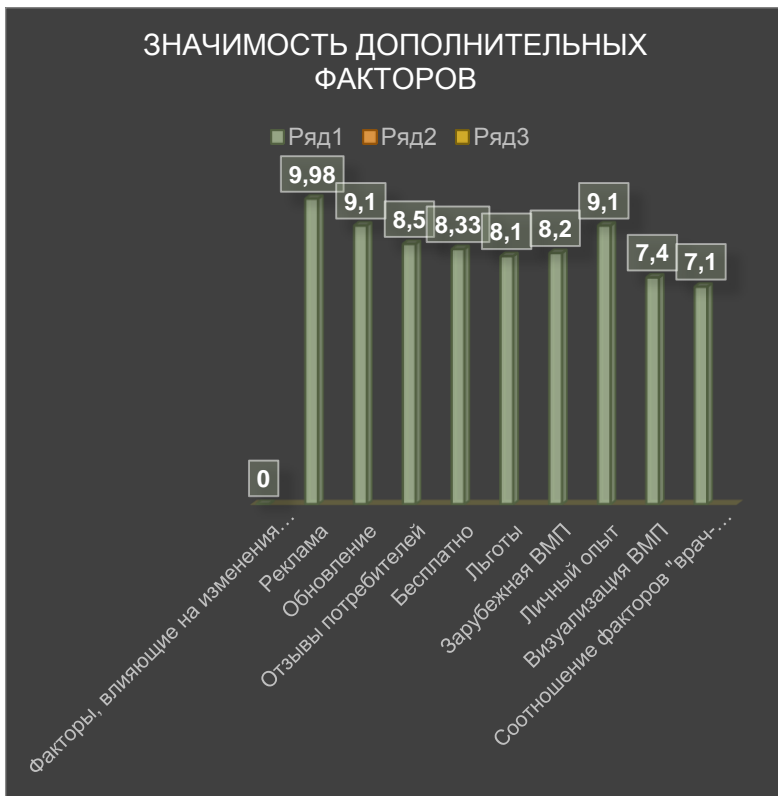


Рис. 2 Оценка дополнительных факторов, влияющих на вклад фактора наличия ВТМП в клинике на потребительский выбор медицинской организации.

Отмечается, что максимальный балл причисляется рекламе, способствующей увеличению количества потребителей, для которых фактор наличия ВМВ в клинике является главным

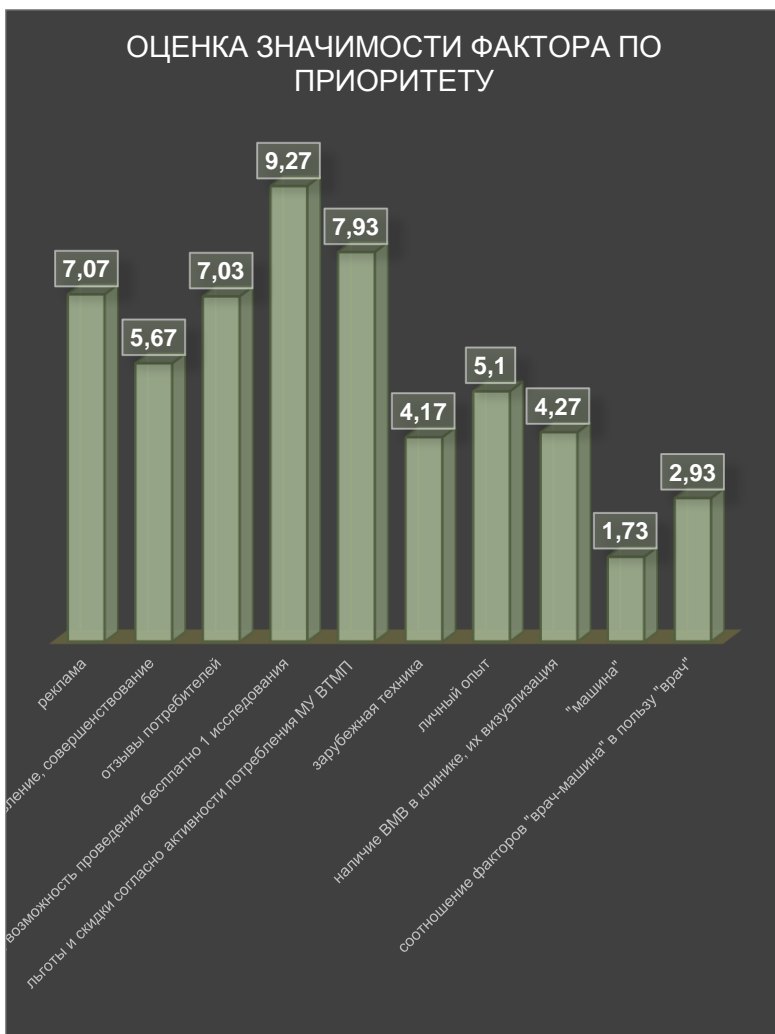


Рис. 3 Оценка значимости дополнительных факторов при выборе ВМВ в клинике по приоритету

На рис. 3 изображены средние значения дополнительных факторов, играющих роль в увеличении вклада фактора наличия ВМВ в клинике на потребительский выбор.

Максимальный балл, в данном случае, приходится на «доступность медицинской помощи».

Это означает, что большая часть респондентов ответили, что самым первым по приоритету является именно этот фактор (доступность медицинской помощи), что увеличивает количество респондентов, отметивших фактор наличия ВМВ самым главным.

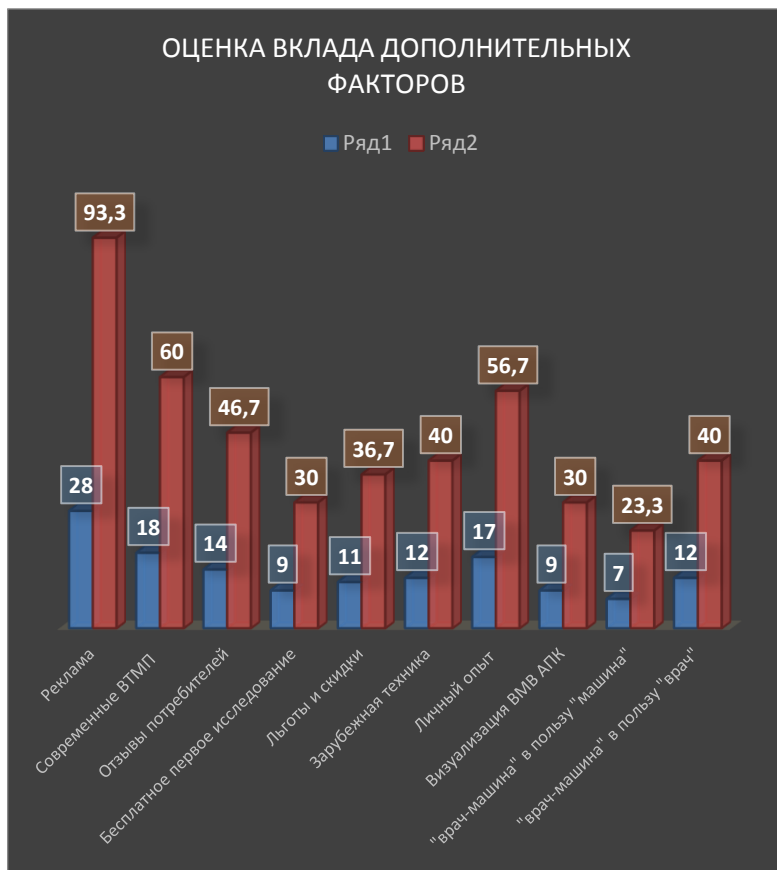


Рис. 4 Степень влияния дополнительных факторов на выбор высокотехнологичных медицинских вмешательств.

На рис. 4 изображены основные факторы, способствующие увеличению вклада основного фактора, - наличия ВМВ в клинике,- на потребительский выбор. 93,3% респондентов отметили, что реклама является в данном случае главным фактором, затем следует фактор наличия в клинике современных, постоянно обновляющихся видов высокотехнологичных медицинских вмешательств.

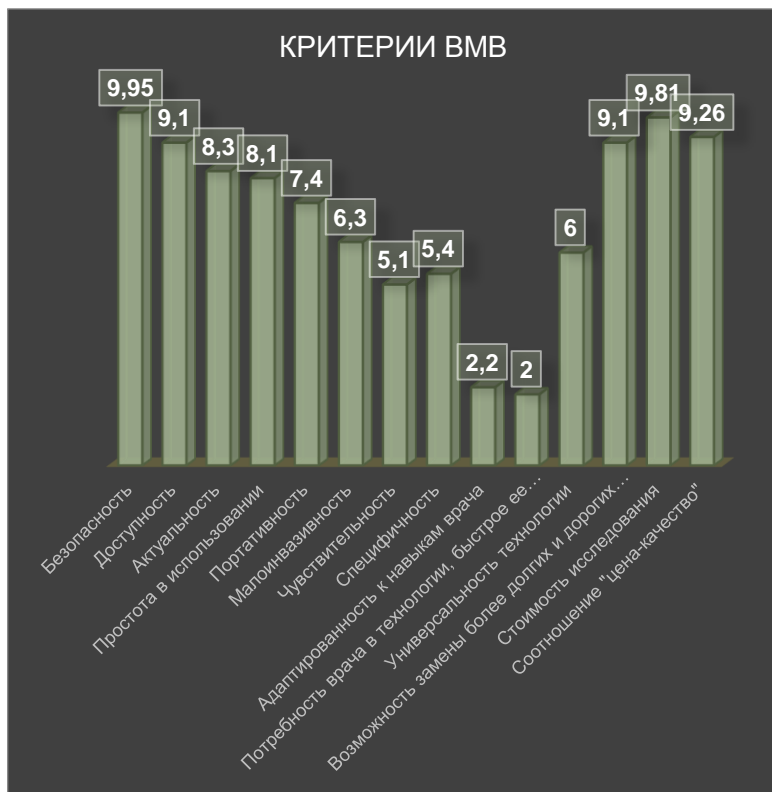


Рис. 5 Основные критерии высокотехнологичных медицинских вмешательств

На рис. 5 проиллюстрированы основные критерии современных высокотехнологичных медицинских вмешательств, одним из важнейших из которых является

безопасность (средний балл 9,95); стоимость (9,81); возможность бесплатного первого обследования (9,1); доступность (9,1).

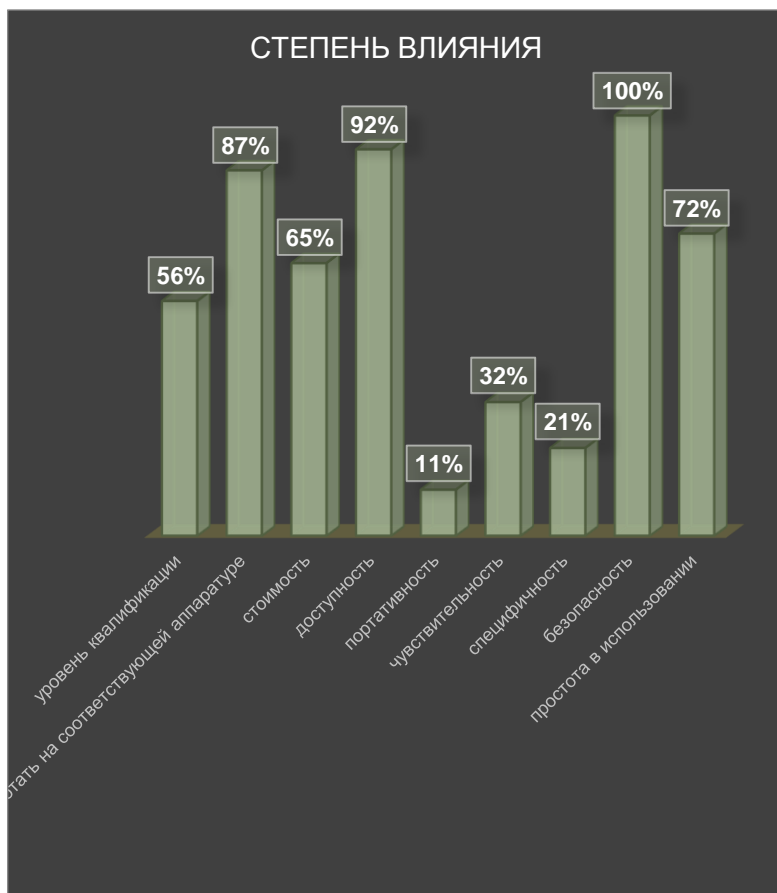


Рис. 6 Средний балл степени влияния основных критериев высокотехнологичных медицинских вмешательств на качество медицинской помощи

На рис. 6 изображены объективные критерии высокотехнологичных медицинских вмешательств и степень их вклада в качество медицинской помощи. В частности, все

виды применяемых высокотехнологичных медицинских вмешательств должны отвечать требованиям безопасности (100%).

Таким образом, можно заключить, что наличие высокотехнологичных медицинских вмешательств, проводимых в клинике, играет важную роль не только в повышении эффективности оказания медицинской помощи (диагностики и лечения), но и влияет на потребительский выбор медицинской организации, соответственно, необходимо развитие ВМВ для обеспечения здоровья населения и уменьшения экономического ущерба в результате воспалительных и опухолевых заболеваний, а также регулирования потребительского выбора медицинской организации. Метод раман-флюоресцентной спектроскопии позволит в перспективе прогнозировать развитие ранних изменений при воспалительных и опухолевых изменениях ЛОР-органов, тем самым способствуя повышению качества оказания медицинской помощи, а также снижению экономического ущерба от соответствующих заболеваний.

Список литературы

1. Орлов А.Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-problemy-kachestva-meditsinskoy-pomoschi-obzor-literatury>
2. Nechaev VS, Krasnov AV// The development of strategic management of high-tech surgical medical care Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med. 2013 Jul-Aug;(4):30-1.//.; Mod Healthc. 2013 Jul 1;43 (26):24
3. Claire M.B. Holloway, Alexandra Easson, MD, MSc, Jaime Escallon, MD, Wey Liang Leong, MD, MSc, May Lynn Quan, MSc, Michael Reedjik, Frances C. Wright, MD, Med, and David R.

McCready, Technology as a force for improved diagnosis and treatment of breast disease Can J Surg. 2010 Aug; 53(4): 268–277.

4. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы, Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», С. В. Шишкин, И. М. Шейман, А. А. Абдин, С. Г. Боярский, С. В. Сажина Москва, 2016

5. Simonato L.E., Tomo S, Miyahara G.I, Navarro R.S, Villaverde A.J. Fluorescence visualization efficacy for detecting oral lesions more prone to be dysplastic and potentially malignant disorders – a pilot study). Photodiagnosis Photodyn Ther. 2016

6. Christian K, Johanna M, Werner A, et al. Raman difference spectroscopy: a non-invasive method for identification of oral squamous cell carcinoma. Biomedical Optics Express. 2014;5(9):3252-3265. doi:10.1364/BOE.5.003252.

7. Ortrud Uckermann , Roberta Galli, Luisa Mackenroth , Kathrin Geiger , Gerald Steiner , Edmund Koch , Gabriele Schackert , Matthias Kirsch// Optical Biochemical Imaging: Potential New Applications in Neuro-Oncology, Vol.4, 2014, European Association of NeuroOncology Magazine).

8. Liu, W., Sun, Z., Chen, J., &Jing, C. (2016). Raman Spectroscopy in Colorectal Cancer Diagnostics: Comparison of PCA-LDA and PLS-DA Models. Journal of Spectroscopy, 2016, 1–6. doi:10.1155/2016/1603609

9. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: докл. к XVIII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / Шишкин С.В. (руководитель авторского коллектива), Власов В.В., Боярский С.Г., Засимова Л.С., Колосницына М.Г., Кузнецов П.П., Овчарова Л.Н., Сажина С.В., Степанов И.М., Хоркина Н.А., Шевский В.И., Шейман И.М., Якобсон Л.И.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. — 54, [2] с. — 500 экз.

Доверие врачу как фактор медицинской активности населения

Чеботарь Елена Александровна

аспирантка кафедры «Теория, методология и история социологии»,

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

lena.chebotar.92@mail.ru

Аннотация

В статье представлен краткий обзор основных подходов к интерпретации категории «доверие» в современном гуманитарном знании. Особое внимание уделяется важности изучения доверия как на позиционном (доверие профессии «врач», так и на персональном (доверие конкретным врачам) уровнях. Рассматривается влияние фактора «доверие» на медицинскую активность населения.

Во все времена здоровье человека считалось величайшим благом и естественной, абсолютной ценностью¹. О проблемах здоровья задумывались еще античные мыслители. Здоровье они рассматривали как стабильность, сохранение целостности, а болезнь – как разрушение. В современном мире здоровье населения является важнейшей характеристикой общества. Потерянное здоровье, высокая смертность трудоспособного населения серьезно влияют на показатели,

¹ Самутин К.А. Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства // Российское предпринимательство. — 2012. — № 11 (209). URL: <http://bgscience.ru/lib/7543/> (дата обращения: 10.03.2018)

характеризующие экономическое и социальное развитие общества.

Несмотря на реформы в системе здравоохранения, развитие медицины, улучшение качества медицинского обслуживания уровень заболеваемости населения остается на достаточно высоком уровне¹. Кроме того, наблюдается рост первичной заболеваемости населения социально – значимыми болезнями².

По данным ВОЗ, состояние здоровья индивида на 20% зависит от физиологических особенностей и генетических предрасположенностей организма, а также от внешней обстановки (например, экологические факторы) и на 80% от стратегии поведения человека. Важным фактором сохранения и поддержания здоровья является медицинская активность населения. Медицинская активность – это особый вид социально одобряемого поведения, направленный на сохранение, поддержание и восстановление здоровья.

Одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на медицинскую активность населения, является уровень доверия врачам в медицинских учреждениях.

Доверие – сложный общественный феномен. Несмотря на значительное внимание со стороны ученых к феномену доверия, трактовка его природы остается дискуссионной. Проблематика доверия традиционно рассматривалась как область теологии, этики, философии и социальной психологии. В область интересов социологических наук

¹ Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000-2015 г. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения: 12.03. 2018)

² Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения: 12.03. 2018)

категория «доверие» входит в конце XIX века. В современном гуманитарном знании можно выделить несколько основных подходов (парадигм) к изучению концепции доверия:

1. Социально - философская парадигма

Ученые ведут дискуссии о сущности и природе доверия, пытаясь отделить данное понятие от схожих с ним категорий, таких как вера, уверенность, доверчивость и т.п. (английский социолог Кейт Харт, Н. Луман, Э. Гидденс).

2. Социально – экономическая парадигма

Доверие как экономический фактор.

В 1995 г. Ф. Фукуяма, проводит анализ роли доверия в жизни общества. По мнению ученого, экономическое процветание общества зависит от уровня внутреннего доверия. Исследователь интерпретирует доверие как *«возникающее у членов сообщества ожидание того, что другие его члены будут вести себя более или менее предсказуемо, честно и со вниманием к нуждам окружающих, в согласии с некоторыми общими нормами»*¹.

3. Социологическая парадигма

Доверие как механизм минимизации риска в современном обществе.

Н. Луман рассматривает доверие как необходимое условие развития современных обществ («обществ риска») из – за их сложности, непрозрачности и преобладающего риска ² . Доверие служит механизмом, способствующим сокращению ненадежности и риска в окружающей социальной реальности.

¹Фукуяма Ф. Доверие: социальные доверители и путь процветанию. / Пер. с англ. – М.: АСТ, 2004. – С. 52

²Luhman N. Trust and Power. New York: J. Wiley, 1979

«Доверие становится решением для особого рода проблем, связанных с риском»¹.

Э. Гидденс также отмечает, что в современном обществе любое социальное действие индивида сопровождается риском. Э. Гидденс трактует доверие как необходимое условие для снижения или минимизации рисков. *«Доверие, — формулирует Гидденс, — может быть определено как уверенность в надежности некоторой личности или системы относительно данного комплекса последствий или событий, где эта уверенность выражает веру в честность или любовь другого лица или в правильность абстрактных принципов (технического знания). В данной трактовке доверие в некоторой степени выступает в форме «слепой веры»².*

Согласно П. Штомпке, доверие есть выраженное в действии, предпринятом в отношении партнера, ожидание, что его реакции окажутся выгодными для индивида, иначе говоря, сделанная в условиях неуверенности (риска) ставка на партнера в расчете на его благоприятные ответные действия³.

Доверие как форма ожидания.

Б. Барбер характеризует доверие как совокупность *«социально обоснованных и социально подтвержденных ожиданий в отношении других людей, организаций, учреждений и естественных, моральных и социальных порядков, которые составляют фундаментальное содержание жизни»⁴.*

¹Luhman N. Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives// Trust: Making and Breating Cooperative Relations. – Oxford: University of Oxford, 2000. – p. 95

²Гидденс Э. Последствия модерна / Пер.с англ. Г.К. Ольховникова; Д.А. Кибальчича. - М.: Праксис, 2011. – С. 34

³Штомпка П. Социология. Анализ современного общества. / Пер. с пол. С.М. Червонной. – М.: Логос, 2005. – С. 342

⁴Барбер Б. Логика и рост научного знания. – М., 1983. – С. 164 - 165

Доверие, выступающее в форме уверенности в чьей – либо добросовестности, является одной из основ социального согласия и способствует развитию социальных отношений и сохранению целостности общества.

Рассмотрение доверия через призму ролевого поведения.

В 1997 г. А. Селигман предлагает интерпретацию доверия в качестве неизбежного результата возрастающего числа социальных ролей и их специализации, приводящей к расплывчатости и нечеткости ожиданий, связанных с ролями¹.

По мнению американского социолога, доверие возникает в ситуации социального расслоения и неравенства. Социолог интерпретирует «доверие» через ролевое поведение и обмен ресурсами. Ключевой тезис заключается в том, что доверие является следствием ролевой неопределенности, связанной со структурной непрозрачностью ролей, в ситуации, когда *«системно определенные ожидания больше не жизнеспособны»*². *«Чем более дифференцированной является система ролей и сопутствующий этому быстрый рост их количества, тем более возможным становится приписывание некоторой степени недолговечности каждой конкретной роли (либо набору ролей), а отсюда тем более возможным – а может даже обязательным – становится ведение переговоров относительно ожиданий, связанных с ролью. Большая неопределенность и возможность обсуждения ожиданий, связанных с ролью, способствует развитию доверия как формы общественных отношений»*³.

Доверие как механизм коммуникации.

¹ Seligman A. The Problem of Trust. Princeton: Princeton University Press, 1997

² Селигман А. Проблемы доверия / Пер. сангл. И. Мюрберг, Л. Соболевой. – М.:Идея – Пресс, 2002. – С. 21

³ Там же. – С. 39

Одним из условий возникновения сотрудничества выступает наличие коммуникации. В.В. Кривоусков отмечает, что доверие является одним из механизмов коммуникации, которое «выступает основой эффективного функционирования всех без исключения отношений, формирующихся в пространстве социального взаимодействия»¹. Эти отношения строятся на фундаменте сотрудничества, где доверие играет важную роль.

Вышесказанное позволяет сделать вывод, что в системе гуманитарного знания не сформировалось единой интерпретации категории «доверие».

Проблема доверия в отношениях «врач – пациент» является классической темой социологии медицины и социологии здоровья. Пик «кризиса доверия» здравоохранению, и в частности врачу, пришелся на начало 90-х гг. XX века. На сегодняшний день вектор медицинской активности населения направлен в сторону самолечения, а не профессиональной помощи медицинских специалистов, что влечет за собой определенные последствия: осложнения, инвалидизация, летальный исход. Одной из причин данной тенденции выступает относительно невысокий уровень доверия как системе здравоохранения в целом, так и врачу в частности.

В современной медицинской практике принят за аксиому научно обоснованный факт влияния доверительных отношений между врачом и пациентом на успешность лечения и качество обслуживания. Е. Здравомыслова и А. Темкина отмечают, что *«чем выше степень взаимного доверия, тем лучшие результаты лечения – как по субъективным оценкам*

¹ Кривоусков В.В. Концептуализация доверия как социологического феномена // Вестник Адыгейского государственного университета, 2013. - №1 (113). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualizatsiya-doveriya-kak-sotsiologicheskogo-fenomena> (дата обращения: 19.03.2018)

пациентов и врачей, так и по объективным клиническим показателям»¹.

Таким образом, доверие - значимое условие успешного и результативного взаимодействия между врачом и пациентом. Выступая условием формирования отношения людей к другим людям, социальным группам, организациям и институтам, доверие определяет феноменологию социальных взаимодействий, проявляясь в многообразии видов своего персонифицированного и деперсонифицированного существования.

Сложность изучения феномена «доверия» состоит в наличии у человека убеждений, выражающих в отношении одного и того же объекта как доверие, так и недоверие. Отсутствие уверенности в эффективности и надежности российской медицины в целом не означает, что индивид не может оказывать доверие конкретному врачу. Данная дихотомия обосновывает важность изучения феномена доверия врачу с точки зрения позиционного и персонального доверия. Поэтому эти два уровня нельзя разорвать или рассматривать по отдельности, а также вне контекста институционального доверия. Данное разделение необходимо, т.к. наблюдается процесс персонализации доверительных отношений в сфере здравоохранения. В ситуации относительно невысокого уровня доверия системе здравоохранения, идет процесс выстраивания персональных сетей доверия (поиска «своих» врачей») для минимизации возможных рисков.

¹Здравомыслова, А. Темкина. Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: сборник статей. – СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт – Петербурге, 2009. – С.163

Несовершенство нормативно-правового регулирования медицинской деятельности как основное препятствие на пути развития частной системы здравоохранения в Российской Федерации.

Чимбирева Алина Андреевна

магистрант второго года обучения, Юридический факультет, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова;

создатель и руководитель проекта Melegal, посвященного юридическому сопровождению медицинских организаций
ac@melegal.ru

1. Анализ регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации, осуществляющегося путем издания десятков нормативно-правовых актов разной юридической силы и противоречивого содержания. Объем и структура законодательного регулирования.
2. Противоречие между федеральным законом и актами Министерства Здравоохранения на примере анонимного оказания платных медицинских услуг.
3. Несоблюдение целевого критерия, как конституирующего признака понятия «медицинская услуга», в подзаконных актах.
4. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, утвержденные постановлением Главного санитарного врача от 18.05.2010 №58, (223 страниц 10-м кеглем) – как пример, нивелирующий ценность реформирования контрольно-надзорной деятельности.
5. Медицинская документация как основной критерий качества оказания медицинской помощи. Проблемы:

- отсутствие закрепления возможности ведения документации в электронном виде на уровне актов федерального органа исполнительной власти;
 - влияние оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий на порядок оформления документации с пациентом;
 - установление универсальных форм медицинской документации в условиях дифференциации порядков оказания медицинской помощи.
6. Квалификационные требования к специалистам в области здравоохранения:
- переход от сертификации к процедуре аккредитации;
 - проекты внедрения системы непрерывного медицинского образования;
 - утверждение профессиональных стандартов специалистов в сфере здравоохранения; соотношение профессиональных стандартов и актов Министерства здравоохранения РФ, утвердивших квалификационные требования.
7. Внеплановые контрольные и надзорные мероприятия и их соответствие положениям Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» в части соблюдения обязательного претензионного порядка.
8. «Возмездность» как самый неподходящий критерий разграничения медицинской помощи и медицинских услуг. Пути решения проблемы дифференциации понятий.
9. Полномочия и перспективы саморегулируемых организаций, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения.

Мнение врачей об ответственном самолечении.

Шувалова Дарья Александровна

студентка 1 курса магистратуры, программа "Управление и экономика здравоохранения", департамент государственного и муниципального управления.

НИУ Высшая школа экономики

shuvalova.daria95@gmail.com

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), самолечение - это «разумное применение самим пациентом лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения легких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи». Современная ситуация такова: люди предпочитают лечить себя сами до тех пор, пока речь не заходит о серьезных заболеваниях, то есть сами ходят в аптеку и покупают себе лекарства, обходясь без консультации квалифицированного специалиста, доверяют проверенным методам и советам друзей/родственников/знакомых. Однако возникает вопрос: эффективно ли такое лечение или же каждый из нас серьезно рискует?

Поэтому было решено провести исследование с целью выявления отношения практикующих врачей к концепции самолечения. По результатам исследования был сделан вывод о том, что большинство врачей отрицательно относятся к политике самолечения как таковой (особенно в контексте серьезных заболеваний). Однако практикующие врачи настроены менее негативно, если речь заходит о несерьезных заболеваниях (простуда, головная боль) или заболеваниях типа: диабет, гипертония.

Условия в онкологических больницах РФ.

Юлдашева Камилла Адилевна

студентка магистратуры, Электронный бизнес,

НИУ Высшая школа экономики

Kamilla3077@gmail.com

Джаббарова Лейла Мехман гызы

студентка магистратуры, Электронный бизнес,

НИУ Высшая школа экономики

Актуальность

Тема исследования условий в онкологических больницах по всей России в среднем очень важна, так как каждый год в нашей стране регистрируется примерно 500 тысяч новых случаев онкологических заболеваний. Эта цифра соответствует только точно установленным зарегистрированным диагнозам. Если сравнивать с мировой статистикой, то во всем мире ежегодно регистрируют более 10 миллионов первично заболевших раком. По подсчетам онкологов, более 27 тысяч человек в сутки заболевают раком. Статистика рака в России показывает, что в нашей стране каждые сутки регистрируется примерно 1500 больных онкологическими заболеваниями. Всего на учете в онкологических диспансерах России состоят не менее 2,5 миллионов пациентов с различными формами рака.

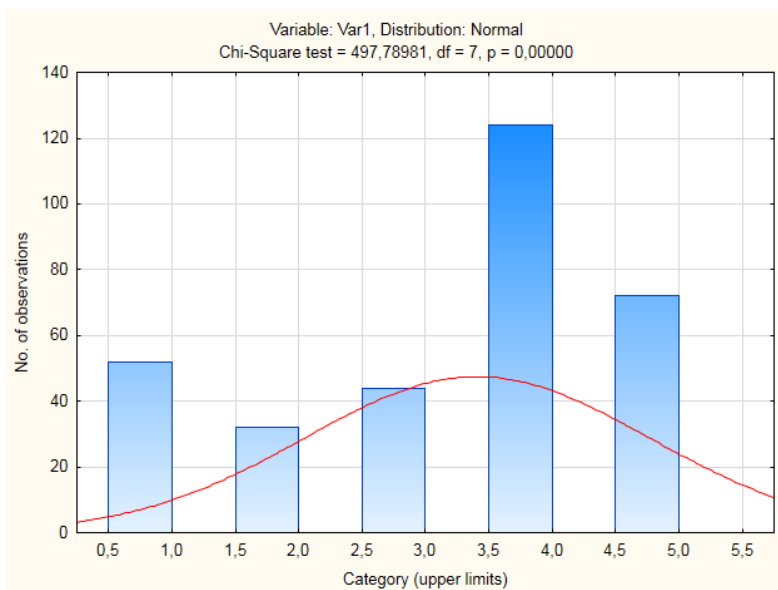
Введение

Для опроса мы взяли тематические группы в социальных сетях, онкофорумы. Для оценки была использована шкала Лайкерта, где 1-ужасно, 5-отлично. Нам удалось опросить 324 человека.

Важными условиями проведения исследования являются репрезентативность выборки, нормальность распределения.

Для проверки распределения на нормальность построим гистограмму распределения: получим гистограмму распределения данных об уровне условиях в онкологических больницах (рис №1), где колоколообразная красная кривая соответствует ожидаемому нормальному распределению Гаусса. Как мы видим Гауссовская кривая не совпадает с гистограммой распределения исходных данных. Это заключение, основанное на визуальном анализе распределения, имеет и более обоснованное заключение в виде результатов теста хи-квадрат (Chi-square test). Данный тест проверяет нулевую гипотезу H_0 о том, что наблюдаемое распределение исходных данных не отличается от теоретически ожидаемого нормального распределения Гаусса. Поскольку уровень значимости данной гипотезы P оказался меньше 0.05 (0.000), мы принимаем, что распределение ненормально.

Однако, следует отметить, что точность теста хи-квадрат при проверке нормальности распределения относительно невысока. Поэтому лучше воспользоваться другими тестами.

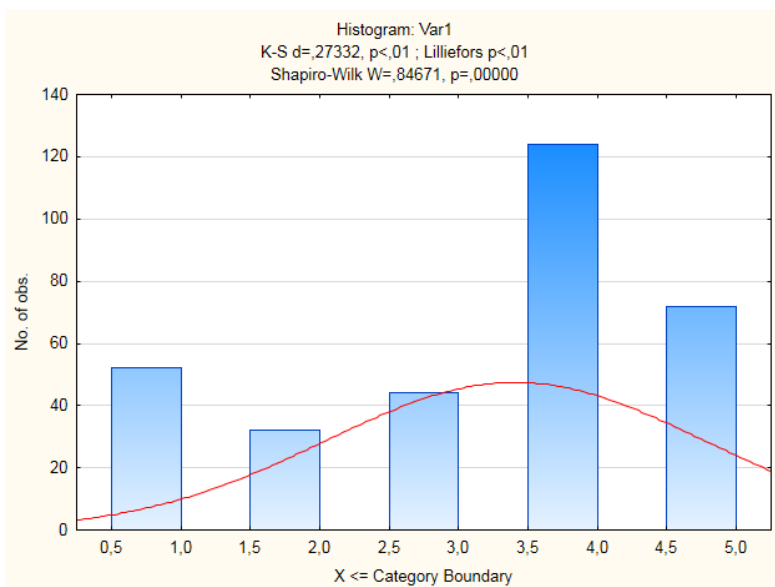


Тесты Колмогорова-Смирнова и Лиллиефорса W-тест Шапиро-Уилка на нормальность

Данные тесты проверяют гипотезу об отсутствии различий между наблюдаемым распределением признака и теоретически ожидаемым нормальным распределением. Наиболее предпочтительным является использование W-критерия Шапиро-Уилка, так как данный тест имеет максимальную мощность/точность

$P < 0,05$ ($= 0,00000$)

Распределение ненормальное.



Так как распределение ненормальное, стандартизируем наши данные:

$$\mathbf{X_{стандарт} = (X - \bar{x})/S}$$

Где \bar{x} – среднее значение совокупности, S- стандартное отклонение имеющейся совокупности.

Получим стандартизированный ряд:

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ РЯД

-1,766225934

-1,766225934

-1,766225934

...

Среднее имеющейся выборки: 3,40740740740741

Рассчитаем стандартное отклонение

$$\text{Std.Dev.} = 1,36302347311694$$

Доверительный интервал: 85%

рассчитаем предел погрешности: $Z_{\alpha/2} * \sigma / \sqrt{(n)}$. $Z_{\alpha/2}$,

Где $\alpha = 0,85$, σ - стандартное отклонение = 1,36, n - размер выборки = 324

$$= 1,44 * 1,36 / 18 = 0,108$$

0,108- Это предел погрешности

Итак, наш доверительный интервал:

$$3,4 \pm 0,1$$

Проверим вариативность: размер выборки-324, большинство респондентов выбрали: варианты 3, 4, следовательно, критерий вариативности соблюдается.

Так как мы исследуем уровень условий в онкологических больницах, то определим необходимый размер выборки исходя из численности лежащих в больницах онкобольных, которая составляет 119687

Необходимый размер выборки 207

Размер нашей выборки 324 что является приемлемым.

Заключение.

В результате проведённого исследования мы увидели, что большинство респондентов, считают, что условия в онкологических больницах хорошие, однако если углубиться в комментарии, то видно, что в основном люди довольны только те, кто лечился в мегаполисах. Отсюда мы выдвигаем дальнейшую гипотезу для исследования: Условия хорошие только в мегаполисах, в остальных городах оставляют желать лучшего.

Оценка реального уровня убийств и самоубийств в России¹

Юмагузин Валерий Валерьевич

кандидат социологических наук,
старший преподаватель кафедры демографии, Институт
демографии,

НИУ Высшая школа экономики, Москва

vyumaguzin@hse.ru

Винник Мария Викторовна

преподаватель кафедры демографии, Институт демографии,
стажер-исследователь, младший научный сотрудник, Научно-
учебная лаборатория социально-демографической политики,
НИУ Высшая школа экономики, Москва

mvinnik@hse.ru

Уровень смертности от повреждений с неопределенными намерениями (ПНН) в России, начиная с 1990-х годов, серьезно вырос. Эта причина смерти бесценно удерживает пальму первенства среди других видов внешних причин у женщин с 2005 г., а мужчин с 2010 г., когда она обогнала своих «ближайших конкурентов» – смертность от убийств у женщин и самоубийств у мужчин [3]. Вместе с тем исследователи считают, что эта причина является «резервуаром» латентных самоубийств и особенно убийств [2]. Поэтому при высоком уровне смертности от ПНН говорить о снижении уровня смертности от самоубийств и убийств преждевременно. В связи с этим становится актуальной задача по оценке реального уровня насильственных смертей [2, 4]. В статье планируется обсудить три варианта решения этой задачи на региональном уровне.

¹ Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2018 г.

Данные и методы. Работа использует данные РосБРИС [1], на основе которых рассчитаны стандартизованные коэффициенты смертности (СКС). Из расчета исключены республики Северного Кавказа ввиду ненадежной статистики. Кроме того, учитывая, что значения СКС могут значительно отличаться от года к году в малонаселенных регионах, были рассчитаны среднеарифметические СКС за 2014-2016 гг. Далее мы отобрали лучшие регионы по уровню СКС от ПНН в этот период с учетом среднего уровня ПНН в России. Для мужчин такая граница была определена на уровне 40 смертей на 10 тыс. человек (в РФ в среднем 47), для женщин – 10 смертей на 10 тыс. человек (в РФ в среднем 11). На основе отобранных регионов мы сконструировали единый регион, рассчитав среднеарифметические СКС от ПНН, убийств, самоубийств и несчастных случаев, и назвали этот регион «лучшим». Далее мы использовали структуру внешних причин (ВП) в лучшем регионе с и без учета ПНН.

Обозначим три гипотезы, согласно которым авторы перераспределяют СКС от внешних причин в регионах:

Гипотеза 1. Используем среднюю структуру ВП в лучшем регионе с учетом ПНН. Подход заключается в распределении всех внешних причин в регионе по структуре ВП в лучшем регионе:

$$\text{новый СКС}_i^{\text{регион}} = \text{СКС}_{\text{ВП}}^{\text{регион}} \times w_i^{\text{с учетом ПНН}}$$

где i – причина смерти,

w – доля этой причины в лучшем регионе.

Гипотеза 2. Используем среднюю структуру ВП в лучшем регионе с учетом ПНН. При этом новый уровень ПНН = ВП - новые уровни убийств, самоубийств и несчастных случаев.

$$\begin{aligned} \text{НОВЫЙ СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}} &= \text{СКС}_{\text{ВП}}^{\text{регион}} - \text{НОВЫЙ СКС}_{\text{убийства}}^{\text{регион}} \\ &- \text{НОВЫЙ СКС}_{\text{самоубийства}}^{\text{регион}} \\ &- \text{НОВЫЙ СКС}_{\text{несч.случаи}}^{\text{регион}} \end{aligned}$$

где w_i с учетом ПНН

$$\text{НОВЫЙ СКС}_i^{\text{регион}} = \text{СКС}_i^{\text{регион}} + \text{СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}} \times w_i$$

Гипотеза 3. Используем среднюю структуру ВП в лучшем регионе без учета ПНН. В отличие от гипотезы 2, в этом подходе СКС от ПНН равен такому СКС, который наблюдается в лучшем регионе. В данном случае = 40 и 10 на 10 тыс. у мужчин и женщин соответственно. Мы как бы соглашаемся, что это допустимый уровень неизбежных ошибок и сложных ситуаций, когда действительно судмедэксперт не может определить намерение:

$$\text{НОВЫЙ СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}} = \text{СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{лучший регион}}$$

Разницу между наблюдаемым уровнем от ПНН и уровнем в лучшем регионе мы распределяем по оставшимся причинам смерти:

$$\begin{aligned} \text{НОВЫЙ СКС}_i^{\text{регион}} &= \text{СКС}_i^{\text{регион}} + (\text{СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}} \\ &- \text{НОВЫЙ СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}}) \times w_i^{\text{без учета ПНН}} \end{aligned}$$

Результаты. Рассмотрим получившиеся оценки для мужского населения, но прежде приведем структуру смертности лучшего региона:

Табл. 1. Структура класса «Внешние причины заболеваемости и смертности» в лучшем регионе у мужчин, среднее за 2014-2016, %

	ПН Н	Убийст ва	Самоубийс тва	Несч.случ аи	Все ВП
С учето м ПНН	1%	8%	20%	61%	100%
Без учета ПНН	0%	9%	23%	69%	100%

Фактическая структура СКС по внешним причинам смерти и ее оценки для России представлена на рисунке 1, где видно, что СКС от ПНН с каждой новой оценкой снижается, а СКС других причин возрастает.

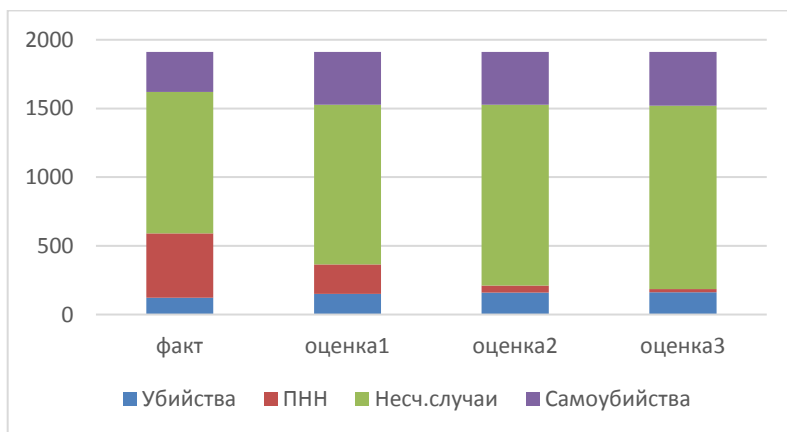


Рис. 1. Структура СКС по внешним причинам смерти у мужчин в России, среднее за 2014-2016 гг.

Табл. 2. Превышение уровня смертности в зависимости от принятой гипотезы, разы

РФ	Убийства	ПНН	Несч.случаи	Самоубийства
Оценка1	1,22	0,46	1,13	1,32
Оценка2	1,30	0,11	1,28	1,32
Оценка3	1,32	0,05	1,29	1,35

Согласно гипотезам 2 и 3 рост уровня смертности от убийств, самоубийств и несчастных случаев составил около 1,3 раза. В целом, все три гипотезы показывают схожий рост этих причин.

Республика Тыва имеет самые высокие показатели смертности от ВП и от ПНН в частности, поэтому интересно выяснить каково положение с насильственными смертями в этом неблагоприятном регионе. Согласно первой гипотезе основной рост пришелся на самоубийства, уровень которых вырос в 5 (!) раз: с 199 до 988 человек на 10 тыс. мужчин. По другим оценкам рост отдельных причин оказался более сбалансированным (рис. 2), но все равно СКС от самоубийств вырос примерно в 3 раза, а СКС от убийств и остальных несчастных случаев в 1,24 и 1,52 раза соответственно. Таким образом, в Тыве вероятно больше всего недооценена именно смертность от самоубийств.

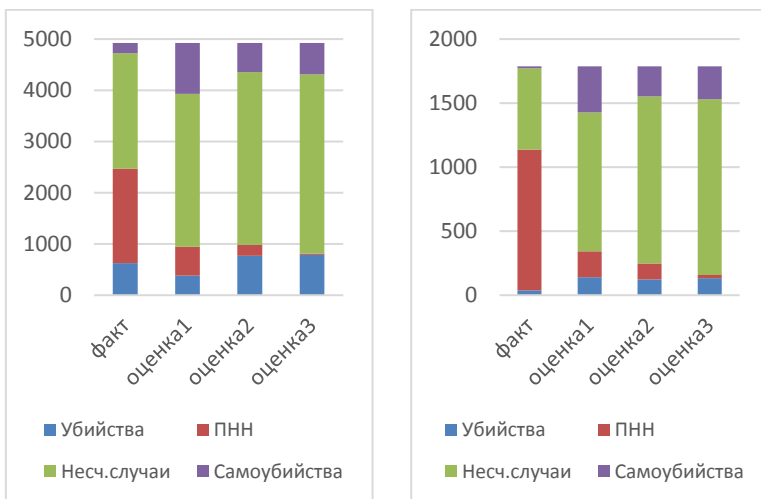


Рис. 2. Структура СКС по внешним причинам смерти у мужчин в Тыве (слева) и Астраханской области (справа), среднее за 2014-2016 гг.

Такой регион как Астраханская область выделяется тем, что несмотря на снижающийся уровень смертности от ВП, в ее структуре произошли кардинальные изменения, особенно с 2012 года, когда более половины смертей стали кодировать в качестве ПНН (рис. 2). В 2015 г. соотношение смертности от ПНН к общему уровню смертности от убийств и самоубийств в Астраханской области превысило 20 раз [3]. Оценка на основе первой гипотезы показывает рост уровня самоубийств в 25 (!), а убийств в 3,8 раза. Модели, построенные с помощью второй и третьей гипотезы, также свидетельствуют о значительной недооценке этих причин.

К регионам, в которых рост уровня убийств оказался выше, чем рост уровня самоубийств, относятся Орловская область (1,9 раза против 1,5 раза соответственно согласно 3 гипотезе), Республика Башкортостан, Костромская и Вологодская области (1,5 раза против 1,3 раза во всех указанных регионах).

Обсуждение. Стремительный рост смертности от ПНН должен был вызвать массу вопросов в обществе и

озабоченность в МВД, Минздраве, Росстате и др. ведомствах. Однако внимание к этой проблеме продолжает оставаться недооцененным, как и к формируемой этой проблемой уровням убийств и самоубийств. Понятное желание сократить уровень смертности от насильственных причин проявляется больше на бумаге, чем в реальных действиях. Манипуляция со статистикой позволит отчитаться об успехах Мурманской области, но не сделает ее безопасной для проживания. Нельзя создать программу борьбы с ПНН, можно только улучшать качество кодирования. Анализ микроданных и разбор конкретных случаев позволит выявить главных «нарушителей». Сейчас же, когда «преступление совершено», исследователям остается реконструировать реальную картину произошедшего.

В работе приведены три варианта оценки смертности от отдельных видов ВП на основе перераспределения СКС. Показано, что практика использования кодов ПНН имеет региональные различия. В одних регионах ими пользуются преимущественно для сокрытия смертности от самоубийств, в других регионах – убийств. Однако в масштабах всей страны все три гипотезы показывают равный рост как самоубийств и убийств, так и остальных несчастных случаев.

Ограничения. При построении модели лучшего региона были отобраны благополучные регионы с меньшими значениями ПНН, однако ПНН могли занимать существенную долю в структуре смертности от ВП, что могло несколько исказить структуру смертности в конечной модели.

Приведены минимально возможные оценки реального уровня насильственных смертей, поскольку перераспределение отдельных видов внешних причин произведено внутри класса «Внешние причины заболеваемости и смертности». Однако часть ВП могут быть закодированы и в других классах, в частности в XVIII классе «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках».

Литература:

1. Российская база данных по рождаемости и смертности. Центр демографических исследований Российской экономической школы, Москва, Россия [Интернет]. URL: demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (Дата обращения 31.03.2018).
2. Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Оценки реальных уровней насильственной смертности в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2005. №3. - сс. 14-23.
3. Юмагузин В.В. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями как показатель качества статистики смертности от внешних причин // Аист на крыше. Демографический журнал. 2017. № 5. С. 40-47. <https://www.proaist.ru/journal/vypusk-5/smernost-ot-povrezhdeniy-s-neopredelennymi-namereniyami-kak-pokazatel-kachestva-statistiki-smernost/>
4. Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка уровня смертности от внешних причин в Республике Башкортостан в 2011-2012 гг. // Проблемы прогнозирования. 2017. № 1. С. 125-138. <https://cyberleninka.ru/article/v/otsenka-urovnya-smernosti-ot-vneshnih-prichin-na-primere-respubliki-bashkortostan>



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Труды 4-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (20-21 апреля 2018г.; Москва) // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2018. - 320 с.

©Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2018

Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference of Young Scientists, Students and Post-Graduate Students "Population, Public Health and Development" (April 20-21, 2018; Moscow) // National Research University "Higher School of Economics", 2018. - 320 p.

© National Research University "Higher School of Economics", 2018