

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНЫХ НАУК



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

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

(23-24 апреля 2021 г.)

Труды конференции

Москва

2021

Труды 7-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (23-24 апреля 2021 г.; Москва) // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2021. – 87 с.

Под редакцией академического руководителя магистерской программы «Население и развитие» к.э.н. В.А. Козлова, академического руководителя магистерской программы «Управление в социальной сфере» к.э.н. Е.В. Селезневой, доцента кафедры управления и экономики здравоохранения, ведущего преподавателя магистерской программы «Управление и экономика здравоохранения» к.с.н. Е.А. Тарасенко, доцента кафедры управлением развитием территорий и регионалистики к.э.н. О.Б Хоревой., профессора, ведущего преподавателя магистерской программы «Управление и экономика здравоохранения» к.э.н. И.М. Шеймана.

Компьютерная верстка – ведущий специалист ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, аспирант НИУ ВШЭ Е.С. Замятина.

Proceedings of the 7th International Scientific and Practical Conference of Young Scientists, Students and Post-Graduate Students «Population, Public Health and Development» (April 23-24, 2021; Moscow) // National Research University «Higher School of Economics», 2021. - 87 p.

Edited by academic supervisor of the master's program «Population and Development», PhD in Economics V.A. Kozlov; academic supervisor of the master's program «Social Policy and Administration», PhD in Economics E.V. Selezneva; associate professor of the Department of Health Care Administration and Economics, leading teacher of the master's program «Health Care Administration and Economics», PhD in Economics E.A. Tarasenko; associate professor of the Department for Territorial Development Management and Regional Studies, PhD in Sociology O.B. Khoreva; professor and leading lecturer of the master's program «Health Care Administration and Economics» PhD in Economics I.M. Sheiman.

Computer layout – leading specialist of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, PhD student of the Higher School of Economics E.S. Zamiatnina,

Оглавление/ Table of Content

Monoclonal Antibodies in Fight against the COVID-19 Pandemic. The US Experience.....	4
Изучение социально-гигиенических условий жизни и профессиональной деятельности средних медицинских работников сельской местности	13
Служба качества медицинской помощи городской больницы.....	22
Проблема оценки вклада потребления алкоголя в смертность в России	28
Экономическое развитие Центральной Азии в условиях пандемии COVID-19	36
Эпидемиологические аспекты туберкулеза в Самарской области.....	40
С какими проблемами столкнулась российская система здравоохранения, каковы их причины и что уже было предпринято?.....	43
Перспективы развития телемедицины	47
Опыт исследования лояльности в медицинской организации	56
Проблемы и перспективы институционализации самозанятых граждан в России.....	60
Удовлетворенность населения первичной медико-санитарной помощью (ПМСП): текущее состояние, проблемы и пути решения	66
Поддержка медицинских работников в период COVID-19	74

Социально-экономические факторы смертности в
российских регионах (на примере инфекционных
заболеваний) 83

Monoclonal Antibodies in Fight against the COVID-19 Pandemic. The US Experience.

Busol Vera Nikolaevna

Email: verafbmusik@yandex.ru

*2nd years student of the N.V. Sklifosovsky Clinical Medicine
Institute of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical
University.*

Keywords: SARS-CoV-2, monoclonal antibodies, priority of
patient's interests, quality of medical assistance.

The objective of this research is to analyze the current data
and regulatory provision concerning the usage of monoclonal
antibodies and attract attention to the possibility of their
application in fight against the COVID-19 pandemic.

Introduction

On the 11th of March 2020 the COVID-19 pandemic
was declared. During the media briefing, devoted to that
issue, the World Health Organization Director-General
Tedros Adhanom Ghebreyesus addressed the audience and
highlighted the four key areas of action: prepare and be ready;
detect, protect and treat; reduce transmission; innovate and
learn. And that is what scientists and researcher from any
corner of the world have been doing in order to help the
ordinary people to survive the new infection.

The Legal framework

The right to health and medical assistance is a recognized value guaranteed by the international community and any modern legal state. Furthermore, the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health is declared in the Art. 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; and in compliance with the treaty the following steps must be taken, among others, the prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases; the creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness. By analogy, under the Art. 24 of the Convention on the Rights of the Child the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health is proclaimed. According to the Art. 41 of the Russian Constitution everyone has a right to health protection and medical aid. The Russian Federal Law On the Basic Principles of Health Protection of Citizens in the Russian Federation N. 323-FL establishes the priority of patient's interests and children's health protection, accessibility and quality of medical aid. And it is necessary to specify that the priority of patient's rights means, firstly, the observation of the ethics and moral requirements during the process of treatment; secondly, taking into consideration the physical condition of the patient, cultural and religious traditions.

The coronavirus from the point of view of virology

The coronavirus is the causative agent of the severe respiratory syndrome. It is an enveloped virus, which entraps non-segmented, positive-sense and single-stranded ribonucleic acid. The four principal structural proteins, by means of which it operates and infects target-cells, are the

following: envelope (E), membrane (M), nucleocapsid (N), and spike protein (S). The E and M proteins provide the virus assembly. The N protein is responsible for the nuclear acid production. And, finally, the spike protein is a surface-exposed glycoprotein, which consists of two subunits, namely S1 and S2. The S1 subunit binds with the angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) receptor of the host cell, then following the conformational change in the S protein the S2 subunit enables the membrane fusion and the virus entry.

Current trends in research and innovation directions

Numerous researchers are in charge of evolving vaccines, effective not only against the existing, but also mutated forms of the coronavirus, and that is very promising concerning the possible effective immunization in the near future. There are reports on the efficacy of the transfusion of convalescent plasma, which was collected from recovered patients and contained SARS-CoV-2-specific IgG, i.e. natural antibodies able to neutralize the coronavirus.

Monoclonal antibodies (mAbs), which are, in their essence, immunoglobulins and can be produced in laboratory conditions, are also at the center of public attention.

Vaccines provide active immunization with the objective to make the recipient's organism create their own natural antibodies, which are able to neutralize the infectious agent. The process itself is rather complicated and normally takes several days, but its principal advantage is the long-term circulation of the antibodies produced. In comparison with vaccines mAbs are a form of passive immunization: the human organism needs neither time, nor resources to undergo all the stages of the immune response, because it receives neutralizing antibodies, which were designed and synthesized with the intention to fight a specific agent (e.g., virus); in

other words, the immune system becomes reinforced with a new weapon for its arsenal without endeavoring to obtain it.

The above mentioned peculiarity of mAbs can be regarded as an advantage, in particular dealing with patients with various forms of immune deficiency, chronic diseases and conditions, children and the elderly without fear of the possible damage, which can be caused by insufficient or perverted immune response. Thus, administering of mAbs may be considered as a potential prophylactic strategy for high-risk and vulnerable groups of patients. As a disadvantage of mAbs their short-lasting presence in the organism should be mentioned, however, it is possible to mitigate it and prolong their persistence in circulation by amino acid substitutions. Furthermore, when a patient is already ill, the medical personnel may not have time to wait for the realization of the immune response and natural antibody production. In such cases mAbs have the capacity of serving as an efficient means of medication. And they are already utilized for this purpose in the USA.

MABs as an authorized means of medication.

On the 21st of November 2020 and the 9th of February 2021 the US Food and Drug Administration authorized the use of mAbs – casirivimab, imdevimab and bamlanivimab, etesevimab respectively. These mAbs share a range of similarities. They are recombinant neutralizing human Ig G1, consisting of 2 light and 2 heavy chains, composed of amino acids, produced by a Chinese Hamster Ovary cell lines. They possess the mechanism of action, which targets the spike protein (S), responsible for binding with the ACE2 receptors of human cells, the membrane fusion and virus entry: casirivimab and imdevimab bind to non-overlapping epitopes of the spike protein receptor binding domain (RBD); whereas, bamlanivimab and etesevimab bind to different but overlapping epitopes in the receptor binding domain (RBD) of the S-protein (possibly for

this reason and further high resistance of mutated forms of the virus the US authorities recently revoked the authorization of the use of bamlanivimab when administered alone).

The authorized use of the above mentioned mAbs is permitted to a limited groups of patients - the treatment of mild to moderate COVID-19 in adults and pediatric patients, 12 years of age and older, weighing at least 40 kg, with positive viral testing results, and who are at high risk for progressing to severe COVID-19 and (or) hospitalization. According to the data presented in the Fact Sheets individuals can be included into the high-risk group if they meet the certain criteria, e.g. bodymassindex ≥ 35 , chronic kidney disease, diabetes, immunocompromising condition, reception of immunosuppressive therapy, age ≥ 65 years (age ≥ 55 years in combination with, among others, cardiovascular disease, hypertension, chronic respiratory disease), etc. And it is prohibited to administer mAbs to patients with severe COVID-19 (the trial, carried out in the 2020, showed ineffectiveness of mAbs among patients with severe symptoms of the disease), who are hospitalized due to COVID-19, who require oxygen therapy due to COVID-19, who require an increase in baseline oxygen flow rate due to COVID-19 in those on chronic oxygen therapy due to underlying non-COVID-19 related comorbidity.

Administering of mAbs cannot be regarded as a ground to cancel self-isolation and other preventative measures such as the wearing of masks, gloves, regular handwashing, social distancing, etc. Vaccination is accepted, but is not recommended within 90 days.

The decision to permit the usage of the mAbs was had been taken after numerous trials and is based upon the belief that the known and potential benefits of their application outweigh the known and potential risks. Although, unquestionably, more data is required, and health providers

are obliged to submit reports within 7 days upon all medication errors and serious adverse effects (e.g. death, a life-threatening adverse event, inpatient hospitalization or prolongation of existing hospitalization, a persistent or significant incapacity or substantial disruption of the ability to conduct normal life functions, a congenital anomaly or birth defect, a medical or surgical intervention to prevent death, a life-threatening event, hospitalization, disability). The warning on hypersensitivity and anaphylaxis is also openly specified in the Fact Sheets.

Conclusions

The emergence of a new infection with a high degree of contagiousness demands the involvement of innovative methods and novel strategies to fight and eliminate it. By encouraging the research in various directions the evolvement of a wider range of potential solutions can become available to satisfy needs of different patients depending on their status, previous medical records, current state and prognosis.

The development and usage of mAbs can be regarded as one of the possible means of medication and prophylactic measure. In combination with vaccines, plasma immunoglobulins and pharmaceutical substances they are able to provide the multi-layered approach in the treatment of COVID-19, in particular in cases of weak immune system and response.

The authorization of synthetic mAbs shall not worsen the health condition, while their prescription must be in compliance with the individual characteristics of the patient in question.

Taking into consideration the possibility of future virus mutations, the producers of mAbs shall create universal

designs to amplify the range of their activity and provide long-term effectiveness.

MAbs, which inhibit the spike protein and bind with non-overlapping epitopes of the RBD, must be regarded as more efficient, because they have the potential to prevent the virus entry into host cells (including viral mutation cases).

Any pandemic represents a serious threat to life and health of the world population, to fight and survive it is a real challenge to the mankind.

Let us all innovate and learn.

References

The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted by the United Nations General Assembly resolution 2200A (XXI) on 16 December 1966 // <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

The Convention on the Rights of the Child, adopted by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989 // <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>.

The Constitution of the Russian Federation, adopted by the national referendum on 12 December 1993 // KonsultantPlus database.

The Federal Law On the Basic Principles of Health Protection of Citizens in the Russian Federation N. 323-FL // KonsultantPlus database.

The WHO virtual press conference on COVID-19 – 11 March 2020 // https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2.

The U.S. Food and Drug Administration letter of authorization in response to Regeneron Pharmaceutical, Inc's ("Regeneron") request. 21 November 2020. – Режим доступа: <https://www.fda.gov/media/143891/download>.

The U.S. Food and Drug Administration letter of authorization in response to Eli Lilly and Company's ("Lilly") request. 25 Februar 2021. <https://www.fda.gov/media/145801/download>.

Fact Sheet for Healthcare Providers. Emergency Use Authorization (EUA) of Casirivimab and Imdevimab. – <https://www.fda.gov/media/143892/download>.

Fact Sheet for Healthcare Providers. Emergency Use Authorization (EUA) of Bamlanivimab and Etesevimab. – [https://www.fda.gov/media/145802/download#:~:text=The %20U.S.%20Food%20and%20Drug,patients%20\(12%20years%20of%20age](https://www.fda.gov/media/145802/download#:~:text=The%20U.S.%20Food%20and%20Drug,patients%20(12%20years%20of%20age).

Outpatient Monoclonal Antibody Treatment for COVID-19 Made Available under Emergency Use Authorization. 24 March 2021.

<https://www.phe.gov/emergency/events/COVID19/investigation-MCM/Bamlanivimab/Pages/default.aspx>.

The COVID-19 Treatment Guidelines Panel's Statement on the Emergency Use Authorization of Anti-SARS-CoV-2 Monoclonal Antibodies for the Treatment of COVID-19. – <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/statement-on-anti-sars-cov-2-monoclonal-antibodies-eua/>.

DeFrancesco L. COVID-19 antibodies on trial / L. DeFrancesco // Nature Biotechnology. - 2020. – Vol. 38. - P. 1242 - 1252.

Garber K. Hunt for improved monoclonals against coronavirus gathers pace / K. Garber // Nature Biotechnology. - 2021. – Vol. 39. - P. 3 - 12.

Jiang S. Neutralizing antibodies against SARS-CoV-2 and Other human Coronaviruses / S. Jiang, C. Hillyer, L. Du // Trends in Immunology 41, 335 – 359; 2020.

Jiang S. Neutralizing antibodies for the treatment of COVID-19 / S.Jiang, X.Zwang, Y.Yang, P. J.Hotez, L.Du // Nature Biomedical Engineering. - 2020. – Vol. 4. - P. 1134 - 1139.

Pecetta S. Antibodies, epicenter of SARS-CoV-2 immunology / S. Pecetta, M. Pizza, C. Sala, E. Andriano, P. Pileri, M. Toisi, E. Pantano, N. Manganaro, R. Rappuoli // Cell Death & Differentiation. - 2021. – Vol. 28. - P. 821 – 824.

Изучение социально-гигиенических условий жизни и профессиональной деятельности средних медицинских работников сельской местности

Гилязев Альберт Ринатович

Адрес: gilajzev@mail.ru

Врач общей практики (семейная медицина) ГБУЗ ГП№5 ДЗМ, г. Иглино

Цель: изучить социально-гигиенические условия жизни и профессиональной деятельности средних медицинских работников сельской местности.

Методы исследования: выборочное единовременное наблюдение, социально-гигиеническое ориентирование.

Объем исследования: 161 фельдшеров и акушерок фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП)

Материалы: врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) муниципального Иглинского района Республики Башкортостан.

Период проведения исследования: 2015-2018гг.

Для сбора материала и анализа была использована разработанная нами «Карта изучения влияния социально-гигиенических факторов на трудовую деятельность фельдшера ФАП» карта состоит из 7 разделов, включает 39 вопросов с 390 вариантами ответов, охватывающих разные условия жизни и сферы деятельности фельдшеров ФАП.

Первый раздел позволяет дать характеристику семьи среднего медицинского работника (СМР); возрастного состава, уровня образования, количества аборт, детей, других членов семьи, семейного

положения, продолжительности брака, места жительства.

Второй раздел позволил анализировать материальную обеспеченность семьи фельдшера ФАП, динамику материального положения семьи за последние годы, дополнительные источники дохода и характер расходов бюджета семьи[2].

Третий раздел позволяет характеризовать жилищно-бытовые условия семьи фельдшера. При этом получены конкретные данные метража жилья на одного члена семьи, особенности коммунальных условий и тип квартир, наличие или отсутствие условий для творческой работы, удовлетворенность жилищно-бытовыми условиями.

Четвертый раздел характеризует образ жизни семьи фельдшера ФАП: режим и качество питания, наличие или отсутствие вредных привычек, особенности психологического климата, частоту и причины семейных конфликтов, организацию досуга членов семьи, медицинскую активность самого фельдшера и других членов семьи.

Пятый раздел карты позволяет дать характеристику состояния здоровья фельдшеров и членов их семей с конкретизацией заболеваемости. Поскольку медицинские работники — это часть населения, которая способна достаточно объективно судить о состоянии своего здоровья и членов своей семьи [3,4], в этом разделе в качестве ответов перечислены основные нозологические единицы заболеваний, которые могут перенести средние медицинские работники и члены их семей[5].

Шестой раздел включает вопросы, характеризующие этап становления фельдшера как специалиста; особенности поступления в училище (колледж) и учебы, принятия решения работать на ФАП, наличия или отсутствия квалификационной категории, периодичности повышения уровня квалификации. Особое внимание обращено на испытываемые фельдшерами трудности при выполнении профессиональной обязанности, которые подразделены на группы: трудности личного и общего характера, медико-организационные и связанные с особенностями поведения больных и пострадавших.

Седьмой раздел позволяет характеризовать самооценку фельдшеров о качестве своей профессиональной деятельности. Он содержит вопросы о допускаемых ими мелких и крупных недостатках в процессе диагностики, оказании доврачебной и скорой медицинской помощи при неотложных основных состояниях; заболеваниях кардио-респираторной системы, травмах, отравлениях, несчастных случаях. Мы, сделали попытку особо конкретизировать последний вопрос карты, характеризующий причины допускаемых ошибок в процессе оказания доврачебной и скорой медицинской помощи фельдшером по его мнению.

Результаты исследования

Средний медицинский персонал ФАПов Иглинского района Республики Башкортостан (по состоянию на 01.09.2019 года – 42 пункта) представлен преимущественно женщинами среднего возраста 30-50 лет (67,6%).

Доля молодых специалистов (до 30 лет) весьма незначительна (7,4%). Основными медико-

демографическими особенностями семей сельских СМР является устойчивая ориентация на создание длительных брачных отношений: не состоят в браке или разведены всего 6,2% СМР, у 83,8% продолжительность брака более 10 лет.

Для сельских СМР не свойственно рождение ребенка вне брака. У 12,5% СМР, преимущественно у женщин до 40 лет, имеются члены семьи, нуждающиеся в уходе: инвалиды или престарелые родители. Имеют детей почти все СМР - 93,7%, наиболее часто в возрасте 7-15 лет (58,8%) и 15 лет и старше (51,3%). Чаще всего в семье по 2 ребенка - в 62,5% семей, значительна доля многодетных семей - 21,4%.

Однако для молодых женщин-СМР сегодня более характерны репродуктивные установки на создание малодетных семей, по сравнению с их старшими коллегами ($p < 0,05$). В среднем детность семей СМР составляет 2,1 ребенка.

Соотношение между родами и абортами в течение жизни составляет 1:1. Основными перенесенными заболеваниями у СМР являются: в возрастной группе до 39 лет - инфекционные заболевания и болезни органов пищеварения, в группе 40 лет и старше - болезни системы кровообращения, мочеполовой и костно-мышечной систем.

Рост заболеваемости и хронической патологии наблюдается с увеличением возраста СМР, особенно по заболеваниям сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем (в 16 и в 9 раз соответственно). Есть основания полагать, что многие сельские СМР невнимательны к своему здоровью и не в полной мере владеют информацией о его состоянии, в связи с чем, представляется необходимым обязательное тщательное проведение регулярных профилактических осмотров и интенсификация диспансерной работы среди СМР.

В материальном отношении положение большинства СМР неблагоприятно: половина семей (51,2%) живут за чертой бедности, имея доход ниже прожиточного минимума на 1 члена семьи. Более трети (38,8%) СМР отмечают ухудшение материальной обеспеченности за последние годы, причем почти четверть (22,5%) - в значительной степени. Невысокий материальный уровень семей связан не только с низкой оплатой труда самих СМР, но в ряде случаев либо с отсутствием работы у мужей (12,5%), что более характерно для возрастных групп до 40 лет, либо с тем, что мужья находятся только на пенсионном обеспечении по возрасту или по инвалидности (10,1%) - в группе СМР старше 40 лет.

Для 75,0% семей СМР основная работа является единственным источником дохода, в то время как, каждый второй СМР (52,2%) желал бы устроиться на дополнительную работу, но не имеет такой возможности. В поисках дополнительного заработка более энергичны СМР до 30 лет - треть из них работают на 1,5 ставки или по совместительству, 20,0% - подрабатывают какими-либо другими способами, в том числе используя и свои профессиональные знания. В возрастной группе старше 50 лет дополнительным подспорьем становится пенсия (20,0%). Средства семейного бюджета расходуются преимущественно на продукты питания (97,5%), причем в 62,5% семей эти траты составляют не менее половины зарплаты.

Обеспеченность сельских СМР собственным жильем достаточно высока: 95,0% имеют частные дома или отдельные квартиры. Однако степень благоустройства неудовлетворительна: только 8,7% живут в домах со всеми коммунальными удобствами. Каждая третья семья выражает неудовольствие своими жилищно-бытовыми условиями.

Свободное от работы время большинство СМР посвящают домашним делам (83,8%), работе на приусадебном участке или даче (72,5%). Наиболее загружены работой женщины до 40 лет. Основным видом отдыха для 66,3% СМР являются чтение книг, журналов; для 56,3% - просмотр телепередач, практически отсутствуют культурные и развлекательные виды отдыха, лишь единицы занимаются спортом. Однообразие досуга семей СМР безусловно связано с их низким материальным положением: используются только малозатратные формы организации отдыха, а такие восстановительные виды как санаторно-курортное лечение и др. являются практически недоступными.

Психологический климат семей СМР благополучен: в 88,0% семей конфликты крайне редки. Основные причины разногласий состоят в организации домашних дел (24,4%), финансовые вопросы (17,5%) и проблемы с алкоголем у мужа (15,6%).

Среди СМР почти нет женщин с вредными привычками: курят из них всего 3,1%. Однако, в каждой пятой семье мужа СМР в большей или меньшей степени злоупотребляют спиртными напитками (22,3%).

Медицинская активность СМР и членов их семей невысока: треть из них лечатся только самостоятельно, даже при тяжелой форме заболевания обращаются за медицинской помощью лишь 19,4%. То есть в большинстве случаев СМР полагаются только на собственные знания и опыт, лишая себя более квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Профессиональная характеристика СМР ФАП имеет следующие черты: почти все из них поступив в медицинское училище сразу после школы (95,0%), учились ровно, на «хорошо» и «отлично» (85,5%). В ФАП решили работать по совету или примеру родителей

и друзей 20,1% опрошенных, 11,3% - вынужденно, а 16,3% - случайно. Более половины СМР (54,4%) отметили, что их выбор рабочего места был обусловлен тем, что они считают эту работу важной и интересной. Прошли обучение на курсах повышения квалификации в течение последних 3-4 лет 87,5%) СМР, ни разу не проходили усовершенствование лишь 5,0%. Значительная доля опрошенных СМР сельской местности анализируемого района имеют квалификационную категорию: вторую - 5,0%, первую - 33,8%, высшую - 46,3%.

В ходе изучения различных неблагоприятных факторов, оказывающих, по мнению СМР, негативное влияние на качество их работы, выделены четыре основные группы трудностей: медико-организационные, общего характера, личного характера и особенности поведения больных. Чаще всего трудности в процессе работы ощущают СМР в возрасте 30-39 лет, реже всех - СМР старше 50 лет.

Наиболее часто СМР испытывают трудности общего и медико-организационного характера: плохое состояние дорог, отсутствие дорог с твердым покрытием, бездорожье, особенно в межсезонный период, плохое освещение улиц, отсутствие или неисправность закрепленного транспорта, проблемы с госпитализацией больных, отсутствие или недостаток оборудования и вспомогательной техники и медикаментов. Для молодых специалистов значительную часть трудностей составляют недостаток опыта и давний срок обучения или усовершенствования. В структуре особенностей поведения больных главные места занимают: нетрезвое состояние пациентов и неподчинение медработникам, невыполнение назначений и несоблюдение режимных моментов. В структуре трудностей личного характера, оказывающих влияние на качество медицинской

помощи, СМР отдают первое место низкому уровню заработной платы, как фактору, снижающему мотивацию к выполнению работы.

Имеющиеся трудности во многом обуславливают наличие ошибочных решений, недочетов, допускаемых СМР при оказании помощи больным. Согласно материалам нашего исследования, почти все СМР (97,3%) признают, - что совершают в своей работе те или иные ошибки. Наиболее часто к появлению ошибок приводят отсутствие или недостаток вспомогательной аппаратуры, оборудования. Напомним, что именно это обстоятельство занимает одно из главных мест среди трудностей, испытываемых СМР. Достаточно самокритично СМР признают возникновение многих ошибок в результате недостаточности знаний по некоторым диагностическим приемам (27,0%) и невнимательного обследования больного (9,9%)

Литература

Алтухова Л.В. Медико-социальные аспекты состояния здоровья населения Оренбургской области: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Оренбург, 2015. - 162 с.

Вялков А.И. Формирование общественного здоровья населения и оздоровление населения - важнейшие задачи решения демографических проблем в РФ // Главный врач. - 2016. - №9. - С. 4 - 7.

Гасников В.К., Савельев В. Н., Стрелков Н. С. Особенности российского демографического кризиса и антикризисного менеджмента // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. - Выпуск 2. - 2009. - С. 12 - 14.

Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения - главная демографическая проблема России в контексте

европейских тенденций здравоохранения // Здравоохранение РФ. - 2011. - № 3. — С. 10-14.

Даутова Л.А. Актуальные вопросы снижения перинатальной смертности // Материалы научно-практических конгрессов III Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России». - Том 2. - Часть 2. - Москва, 2014. - С. 73 - 74.

Какорина Е.П. Социально-гигиенические особенности, состояния здоровья населения в современных условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - № 2. - С. 12-15.

Иглинский муниципальный район Республики Башкортостан URL: <https://iglino.bashkortostan.ru/> (дата обращения: 21.09.2019)

Служба качества медицинской помощи городской больницы

**Гинятулина Руфия Ильдаровна, Сиротко Майя
Леонидовна, Суслин Сергей Александрович**
Адрес: rufa_91@mail.ru

*г. Самара, ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет» МЗ РФ*

Повышение качества и доступности медицинских услуг является крайне актуальной задачей современной системы здравоохранения. Необходимость создания Служб качества и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности определяется на законодательном уровне: ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Внедрение системы управления качеством медицинской помощи проводилось на базе крупнейшей городской больницы г. Самары – государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова». Это одна из старейших в городе,

многопрофильная больница, состоящая из 28 лечебно-диагностических отделений с коечным фондом в 850 коек, оказывающая преимущественно экстренную хирургическую помощь жителям г. Самары круглосуточно. Ежегодно за медицинской помощью в больницу обращаются свыше 100 тыс. человек, проводится свыше 20 тыс. операций, в том числе с применением высоких медицинских технологий.

Краеугольным камнем создания системы управления качеством больницы стала организация специальной Службы качества, состоящей из организационных и функциональных структур: главный врач, заместители главного врача, отдел экспертизы качества медицинской помощи, совет внутренних аудиторов, регистр внутренних экспертов, институт уполномоченных по качеству, этический комитет, врачебная комиссия, проектная группа (Рис. 1).



Рис. 1. Служба качества медицинской помощи
ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Руководит Службой качества главный врач больницы, он определяет миссию, ценности, стратегию и видение развития больницы, политику в области качества.

Заместители главного врача рассматривают планы мероприятий по повышению качества

медицинской помощи, краткосрочные и долгосрочные цели в области качества.

Ядро системы управления качеством - отдел экспертизы качества медицинской помощи. В состав отдела входят: заведующий отделом, врачи-методисты, специалист по работе с обращениями и медицинский психолог. Основные направления работы отдела качества: разработка нормативно-документальной базы по управлению качеством, разработка стандартных операционных процедур, внутренняя экспертиза качества медицинской помощи, проведение внутренних аудитов, мониторинг показателей качества, постановка целей в области качества по технологии SMART, риск-менеджмент методом FMEA-анализа рисков, менеджмент знаний, реинжиниринг бизнес-процессов, анализ жалоб и обращений, анализ удовлетворённости пациентов, развитие корпоративной культуры.

Совет внутренних аудиторов проводит внутренние проверки, в него входят заведующий отделом экспертизы качества медицинской помощи, заведующий санитарно-эпидемиологическим кабинетом, руководитель службы охраны труда, главная медсестра.

Регистр внутренних экспертов состоит из врачей-методистов отдела экспертизы качества медицинской помощи, заведующих клиническими отделениями и заместителей главного врача, проводящих экспертизу качества медицинской помощи 1, 2, 3 уровня.

Группа уполномоченных по качеству включает в себя 52 человека из каждого подразделения больницы, которые несут ответственность за поддержание системы менеджмента качества в подразделении.

Проектная группа – группа активистов из числа сотрудников больницы, внедряющих инструменты «бережливого производства».

Этический комитет контролирует соблюдение этических норм и защищает права участников клинических исследований.

Врачебная комиссия больницы работает в соответствии с приказами министерства здравоохранения и состоит из подкомиссий: по временной нетрудоспособности и по изучению летальных исходов.

По итогам работы Службы качества коэффициент качества, рассчитываемый на основании результатов внутренней экспертизы качества медицинской помощи, с 2016 по 2020 годы увеличился на 16,5%. По итогам проверок медицинской документации страховыми компаниями сумма отказа в оплате оказанной медицинской помощи в рамках ОМС за три года снизилась на 59%. Объем штрафных санкций также снизился на 49%.

Один из важнейших показателей - удовлетворённость пациентов полученной медицинской помощью, увеличился с 63% до 80%. Удовлетворённость врачей условиями труда возросла с 68% до 78%, при этом удовлетворённость руководителей возросла с 71% до 88%.

В результате внедрения комплексной системы управления качеством медицинской помощи интегральный показатель качества, рассчитанный на основе моделирования конечных результатов, увеличился с 69 до 87 баллов. Разработанная модель конечных результатов позволяет оценить обобщённые показатели использования ресурсов, лечебного процесса, контроля качества и удовлетворённости качеством медицинской помощи.

Соответствие международному стандарту менеджмента качества было подтверждено получением сертификата ISO 9001 версии 2015.

1. Бударин С.С., Смирнова Е.В. Организация экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС и ее экспертный потенциал // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 6. - С. 13-23.
2. Гинятулина Р.И. Международные подходы к управлению качеством медицинской помощи (обзор литературы) // Наука и инновации в медицине. 2019. Т. 4. № 4. С. 38-43.
3. Кунгуров Н.В., Зильберберг Н. В., Уфимцева М. А., Игликов В. А. Опыт организации системы контроля и управления качеством и доступностью специализированной медицинской помощи в Уральском федеральном округе // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. №1. С. 20-26.
4. Линденбратен А. Л., Дубинин Н. Д., Фаррахова Г. Р., Ягудин Р. Х. Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи // Практическая медицина. 2015. № 4-2. С.68-71.
5. Суслин С.А., Гинятулина Р.И., Вавилов А.В., Сараев А.Р. Стандартизация управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2019. № 5-6. С. 51-57.6.
6. Guss D.A., Leland H., Castillo E.M. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments // The Journal of Emergency Medicine. 2013. Vol. 44, №1. P. 236-241.
7. Weingart S.N., Pagovich O., Sands D.Z, Li J.M., Aronson M.D., Davis R.B., Phillips R.S. and Bates D.W. Patient-reported service quality on a medicine unit. International Journal of Quality in Health Care. 2006. № 18. P. 95-101.

Проблема оценки вклада потребления алкоголя в смертность в России

Замятнина Елена Сергеевна

Адрес: zamiatnina@mednet.ru

*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский
институт
организации и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,*

*аспирант Института демографии им. А.Г.
Вишневского Национального исследовательского
университета
«Высшая школа экономики»*

Халтурина Дарья Андреевна

Адрес: khaltourina@mednet.ru

*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский
институт
организации и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

По данным Всемирной организации здравоохранения, потребление алкоголя – один из ведущих факторов риска для здоровья населения во всем мире. Потребление алкоголя, помимо непосредственно связанных с ним нарушений здоровья (например, алкогольных панкреатитов, алкогольных циррозов печени), повышает риски развития ряда онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, смерти от внешних причин – травм, насилия, дорожно-транспортных происшествий (Всемирная организация здравоохранения, 2018). По расчетам ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, в 2019 году в России

потребление этанола составило 10,8 литра на душу населения в возрасте 15 лет и старше, это один из самых высоких показателей в мире (Worldbank, 2020).

Ряд научных исследований показывает наличие сильной взаимосвязи между потреблением алкоголя и смертностью в России, в особенности среди мужчин трудоспособного возраста (Korotayev et al., 2018; McCartney et al., 2011; McKee et al., 2001; Nemtsov 2002; Neufeld and Rehm, 2013; Shkolnikov et al., 2004).

Важно, что в России этанол потребляется в основном в виде крепкого алкоголя (Rehm, 2006), и, кроме того, распространено эпизодическое потребление алкоголя в больших количествах (запой). По расчетам ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, в 2019 году крепкие напитки составляли 58% в структуре потребления этанола в России. Кроме того, треть от общего потребления алкоголя составляет незарегистрированное потребление, в основном представленное крепкими спиртами – самодельными напитками и суррогатами (самогон, асептолин, «боярышники») (Korotayev et al., 2020). Такой тип потребления алкоголя является наиболее опасным, как с точки зрения влияния на здоровье, так и с точки зрения поведенческих рисков.

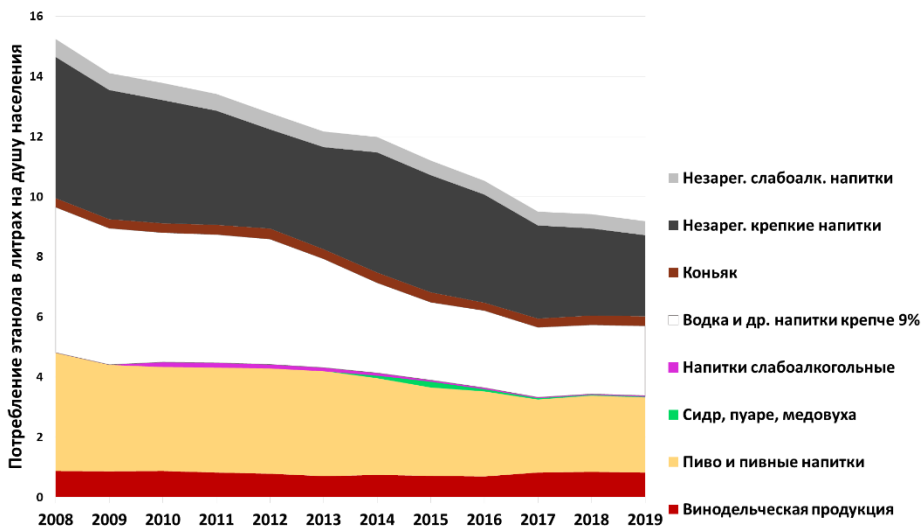


Рис. 1. Структура потребления этанола на душу населения в возрасте 15 лет и старше, в России в 2008-2019 гг., по расчетам ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

В настоящее время существует ряд оценок вклада алкоголя в смертность в России. По расчетам международного исследовательского проекта «Глобальное бремя болезней», 18% смертей в России в 2016 году было связано потреблением алкоголя, а в возрастах 15-49 лет - 35% смертей мужчин и 20% смертей женщин (Starodubov et al., 2018). Кевин Шилд с коллегами оценил вклад алкоголя в смертность в России в 20% в 2016 году (Shield et al., 2020). П.О. Кузнецова приводит оценку вклада алкоголя в смертность в России в 13% для 2018 года (Kuznetsova, 2020; Кузнецова, 2020). В этих работах мы видим начало исследования вопроса вклада алкоголя в смертность в России, так как предполагаем наличие некоторого недоучета в этих оценках. В свою очередь, это, вероятно, результат

недооценки рисков, связанных с наиболее опасным типом потребления алкоголя, реализуемым в России, а также отсутствия надежных данных по связи алкоголя с сердечно-сосудистыми заболеваниями, составляющими заметную долю в российской смертности.

Оценка вклада алкоголя в российскую смертность на уровне 13-18%, существенно расходится, например, с данными судебно-медицинских экспертиз, опубликованных в форме научных работ. Доля умерших россиян, в биологических жидкостях которых по результатам судебно-медицинских экспертиз был обнаружен этанол, показывает крайне высокий вклад алкоголя в смертность от ряда причин. В представленной ниже таблице можно увидеть собранные из нескольких научных работ данные о доле умерших, в крови которых по результатам судебно-медицинских экспертиз был обнаружен этанол (Давыдова, Ягмуров, 2019; Саввина и др., 2019; Сапожников и др., 2018; Школьников, Червяков, 2000).

Табл. 1. Доля умерших, в крови которых по результатам судебно-медицинских экспертиз был обнаружен этанол, Россия (% от всех умерших от данной причины смерти, для которых была проведена судебно-медицинская экспертиза)

Причина смерти	Об а пол а	Муж	Жен	Регион
Переохлаждение	74	77	74	Чуваш ия
Асфиксия верхних дыхательных путей	74	78	53	Чуваш ия

Утопление	73	76	57	Чувашия
Авария	41	49	25	Чувашия
Убийство	67	79	58	Чувашия
Случайное отравление	-	74	-	Ижевск
Самоубийство	-	44	-	Ижевск
Смерть от воздействия экстремальной температуры	70	-	-	Санкт-Петербург
Заболевания системы кровообращения	37	38	35	Якутск
Внезапная сердечная смерть	44	46	38	Чувашия
Отравление угарным газом	78	79	68	Чувашия
Травмы головы	47	49	41	Чувашия
Кардиомиопатия	46	47	45	Якутск
Смерть от огня	-	67	-	Ижевск
Смерть от травмы, совершенной тупым предметом	68	-	-	Санкт-Петербург

Для некоторых причин смерти этот показатель превышает 70%, что позволяет нам предположить наличие недоучета вклада алкогольного фактора в смертность в России в современных научных работах. Точные оценки вклада алкоголя в смертность необходимы для формирования социальной политики, расширения законодательства в сфере урегулирования продаж алкоголя, развития мер в области общественного здоровья, организации здравоохранения.

Литература

Всемирная организация здравоохранения (2018). *Алкоголь*. Дата обращения: 10.04.2021. <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/alcohol>

Давыдова, З. В., Ягмуров, О. Д. (2019). Судебно-медицинская экспертиза алкоголь-атрибутивной смертности в Санкт-Петербурге. *Педиатр*, 10(2).

Кузнецова, П. О. Алкогольная смертность в России: оценка с помощью данных репрезентативного обследования. *Население и экономика* 4(3): 75–95. DOI 10.3897/popescop.4.e51653

Саввина, Н. В., Бессонова, О. Г., Борисова, Е. А., Колбина, Е. Ю., Калмаханов, С. Б., Гржибовский, А. М. (2019). Анализ потенциальной мисклассификации причин смерти от болезней системы кровообращения по данным бюро судебно-медицинской экспертизы в г. Якутске в 2007-2018 гг. *Экология человека*, (10).

Сапожников, С. П., Козлов, В. А., Кичигин, В. А., Голенков, А. В. (2018). Вклад алкоголя в смертность от внешних причин. *Экология человека*, (3).

Школьников, В. М., Червяков, В. В. (2000). Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. М.: ПРООН.

Korotayev, A., Khaltourina, D., Meshcherina, K., Zamiatnina, E. (2018). Distilled spirits overconsumption as the most important factor of excessive adult male mortality in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 53(6), 742-752.

Korotayev, A., Khaltourina, D., Shishkina, A., Issaev, L. (2020). Non-Beverage Alcohol Consumption In Izhevsk: 15 Years Later. *Alcohol and Alcoholism*. DOI: 10.1093/alcalc/agaal116.

Kuznetsova, P. O. (2020). Alcohol mortality in Russia: assessment with representative survey data. *Population and Economics*, 4, 75.

McCartney, G., Mahmood, L., Leyland, A. H., Batty, G. D., Hunt, K. (2011). Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. *Tobacco control*, 20(2), 166-168.

McKee M, Shkolnikov V, Leon DA. (2001) Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular disease in Russia since the 1980s. *Ann Epidemiol* 11:1–6.

Nemtsov, A. V. (2002). Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s. *Addiction*, 97(11), 1413-1425.

Neufeld M, Rehm J. (2013) Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? *Alcohol Alcohol* 48/2:222–30.

Rehm, J., Taylor, B., Patra, J. (2006). Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction*, 101(8), 1086-1095.

Shield, K., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D., & Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to

alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*, 5(1), e51-e61.

Shkolnikov, V. M., Andreev, E. M., Leon, D. A., McKee, M., Meslé, F., Vallin, J. (2004). Mortality reversal in Russia: the story so far. *Hygiea Internationalis*, 4(1), 29-80.

Starodubov, V. I., Marczak, L. B., Varavikova, E., Naghavi, M. et al. (2018). The burden of disease in Russia from 1980 to 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10153), 1138-1146.

Zaridze, D., Brennan, P., Boreham, J., Boroda, A., Karpov, R., Lazarev, A., Konobeevskaya, I., Igitov, V., Terechova, T., Boffetta, P. Peto, R. (2009). Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case–control study of 48 557 adult deaths. *The Lancet*, 373(9682), 2201-2214.

Worldbank. Total Alcohol Consumption Per Capita (Liters Of Pure Alcohol, Projected Estimates, 15+ Years Of Age).

Дата обращения: 10.10.2020.

<https://datacatalog.worldbank.org/total-alcohol-consumption-capita-liters-pure-alcohol-projected-estimates-15-years-age-1>

Экономическое развитие Центральной Азии в условиях пандемии COVID-19

Захарченко Никита Сергеевич

Адрес: nikita.zakharchenko1998@gmail.com

«Международные отношения», 4 курс, Новосибирский государственный университет экономики и управления

Экономика и здравоохранение никогда не были так взаимосвязаны как сейчас. Пандемия COVID-19 нанесла огромный удар по большинству регионов мира, особенно сильно пострадали аграрные, малоразвитые регионы, например, Центральная Азия. Нынешняя ситуация с COVID-19 и закрытие границ создают значительные риски для экономики Центральной Азии. Ожидается, что рост ВВП снизится, что отражает внутренние экономические результаты пандемии и замедление темпов роста в России и Китае. Казахстан зафиксировал самый высокий экономический рост в прошлом году. Страна вошла в группу стран с доходом выше среднего уровня в 2006 году. Этот экономический прогресс в настоящее время оспаривается тяжелым воздействием COVID-19 и его растущей политической и экономической зависимостью от Китая. Таджикистан и Кыргызстан с их сложной географией по-прежнему остаются беднейшими странами региона, в значительной степени зависящими от денежных переводов, главным образом из России, и от иностранных инвестиций и кредитов, в частности из Китая.

В условиях кризиса Центрально азиатские государства получают финансирование от международных фондов, в том числе от Европейского союза, из Инструмента сотрудничества в целях развития. Помощь направлена на образование, региональную

безопасность, устойчивое управление природными ресурсами и социально-экономическое развитие.

По мнению первого заместителя директора Института стратегических и межрегиональных исследований при Президенте Республики Узбекистан А.Неъматова, сегодня Центральная Азия выступает моделью успешного сотрудничества, превращается в регион возможностей, растет её инвестиционная, туристическая привлекательность и экономическая мощь. Благодаря многостороннему сотрудничеству, основанному на взаимном уважении, учёте интересов друг друга и обоюдной выгоде, в Центральной Азии сформировалась атмосфера взаимного доверия, поддерживается системный диалог, развивается взаимовыгодное сотрудничество.

Так, по сравнению с 2016 г. на 40% увеличился приток прямых иностранных инвестиций в Центральную Азию, составив в 2020 г. 37,6 млрд. долл. Объёмы внешней торговли стран ЦА с третьими странами в 2020 г. выросли на 56 % и достигли 168 млрд. долл. Количество туристов, посетивших страны ЦА в 2019 г., превысило 18 млн. чел. Это на 93% больше, чем в 2016 г. Как следствие, растут и объёмы ВВП региона. В 2020 г. региональный ВВП вырос на 19,6% по сравнению с 2016 г. и составил 302,8 млрд. долл. Все это говорит о крайней экономической перспективности данного региона.

Однако пандемия коронавируса нанесла огромный удар по экономике стран Центральной Азии, согласно докладу Всемирного Банка в экономике центрально азиатского региона в 2021 прогнозируется спад на 4,7%, рецессия затронет почти все страны. По сценарию, предполагающему постепенное сглаживание последствий пандемии и восстановление торговли и инвестиций, ожидается, что в 2022 году экономика Центральной Азии оживится и покажет рост на 3,6

процента.

Рисунок 1. Темпы экономического роста в странах Центральной Азии.

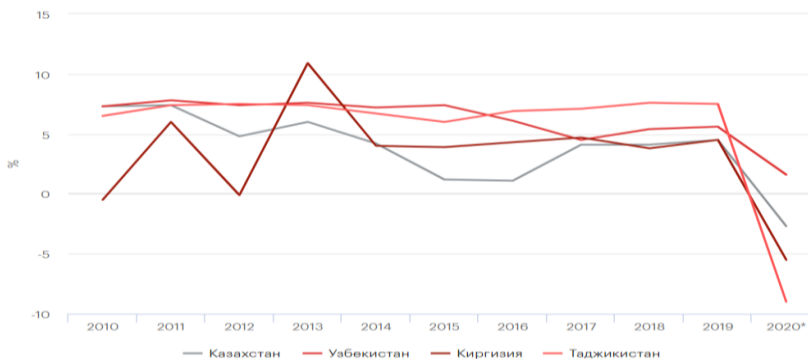


Рисунок 1. "Темпы экономического роста в странах Центральной Азии" (Источник: Статкомитет СНГ)

Экономика региона отличается открытостью для торговли и финансовых потоков, включая денежные переводы, поэтому она уязвима к побочным эффектам глобальных потрясений. Ожидается, что темпы роста экономики стран Центральной Азии стабилизируются с окончанием пандемии COVID-19

Литература

Перспективы мировой экономики: Европа и Центральная Азия [Электронный ресурс] URL: <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/region/eca/brief/global-economic-prospects-europe-and-central-asia>

Ионова Е. Центральная Азия в условиях пандемии // [Электронный ресурс] Центральная Азия в глобальном мире /

URL:https://www.imemo.ru/files/File/magazines/rossia_i_novay/2020_02/12.Ionova.pdf

Макроэкономическая ситуация в странах Центральной Азии: как Казахстан, Узбекистан, Киргизия и Таджикистан переживают последствия пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] URL:https://www.raexpert.ru/researches/int_fin/central_asia_2021/

Экономика стран Центральной Азии под давлением пандемии [Электронный ресурс] URL:<https://review.uz/post/ekonomika-stran-centralnoy-azii-pod-davleniem-pandemii>

Международный Валютный фонд. Бюллетень «Перспектив развития региональной экономики»: Ближний Восток и Центральная Азия Октябрь 2020 г. [Электронный ресурс] – URL:
<https://www.imf.org/ru/Publications/REO/MECA/Issues/2020/10/14/regional-economic-outlook-menap-cca>

Эпидемиологические аспекты туберкулеза в Самарской области

Климанова Милена Владимировна, Степаненко Наталья Валерьевна, Сиротко Майя Леонидовна

Адрес: klimanovamv21@gmail.com

г. Самара, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Актуальность. Туберкулез не прекращает быть одной из наиболее распространенных инфекций на земле и представляет большую угрозу здоровью населения [1,2,3]. Заболевают в основном люди трудоспособного возраста. Туберкулез отнесён к социально-значимым заболеваниям, так как имеет тесную связь с социальными и экономическими условиями, а также образом жизни человека. Имеют значение возраст, хронические неспецифические заболевания органов дыхания, сахарный диабет, ВИЧ - инфекция, зависимость от алкоголя, пребывание в местах лишения свободы и др. факторы.

Мероприятия по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации на протяжении последних лет имеют государственную поддержку на всех уровнях исполнительной власти.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ учетных форм «Медицинская карта стационарного больного» в ГБУЗ СОКПТД имени Н.В. Постникова и использованы возможности информационных программ и баз данных. Применены статистический и эпидемиологический методы исследования.

Результаты. За 2012-2018 гг. впервые выявленная заболеваемость туберкулезом легких среди взрослого постоянного населения Самарской области имеет

тенденцию к снижению. По сравнению с 2012 г. заболеваемость снизилась на 32,5%. Пик приходится на 2013 г. (76,6 чел. на 100 тыс. населения). Заболеваемость подростков с 2012 по 2017 г. также снизилась на 69,3%, однако в 2018 г. произошел рост заболеваемости туберкулезом легких (15,8 чел. на 100 тыс. населения). Заболеваемость детей ежегодно снижается, в 2018 г. снизилась на 68% по сравнению с 2012 г.

Задача лечения туберкулеза легких осложняется тем, что более 50% пациентов имеют коморбидные заболевания, в том числе ВИЧ-инфицирование. Изучение динамики заболевания в данной группе показала ежегодный рост (в 2,5 раза в сравнении с 2012 г.).

В 2014-2018 гг. в Самарской области зарегистрировано 1 786 больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) – 507 человек (28,4%). В 2016 г. число рецидивов составило 456, что является наивысшим показателем, в возрасте до 17 лет повторно заболело 2 (0,4%) детей. В 2018 г. зарегистрировано 362 рецидива, в том числе 103 с МЛУ (28,5%), в городах области – 309 (85,4%); в возрасте до 17 лет повторно заболел 1 (0,3%) ребенок, среди общего числа рецидивов из мест лишения свободы – 81 (22,4%) больной. Наиболее многочисленную возрастную группу составляют больные от 40 до 49 лет – 133 человека (36,7%), наименьшую группу среди взрослых больных от 80 до 89 лет – 4 человека (1,1%). Среди пациентов с рецидивами ТБ в 2018 г. было 69 женщин (19,0%) и 293 мужчины (81%). Показатель заболеваемости в 2018 г. имеет наибольшее значение в возрастной группе от 30 до 39 лет и составляет 688 человек (40,5%).

Показатель смертности всего населения Самарской области снизился на 9,6% (в 2017 г. был 6,2 на 100 тыс.

населения, в 2018 г. стал 5,6). Достигнут целевой индикатор (6,0 на 100 тыс. населения). Во многом результат достигнут благодаря повышению эффективности проводимого лечения: внедрение новых схем лечения и препаратов.

Система надзора за туберкулезом имеет сложную, многоуровневую по своей организации структуру, что связано с особенностями возникновения и развития заболевания.

Заключение. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей и индикаторов, отражающих эффективность противотуберкулезных мероприятий, должны быть основаны не только на информации, собираемой в рамках системы федерального статистического наблюдения, но и на результатах специальных выборочных исследований.

Проведенное исследование подтвердило соответствие основных эпидемиологических показателей выявляемости туберкулеза целевым показателям в Самарской области.

1. Global tuberculosis report 2019 [cited 08.04.2021]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>.

2. Ульрихс Тимо. Туберкулез как глобальная угроза: усилия по борьбе с туберкулезом на международном и национальном уровнях // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 80–83.

3. Тевосян С. Т., Борисов Н. В., Груздева Е. С. Туберкулез как актуальная медико-социальная проблема // Молодой ученый. — 2019. — №7. — С. 143-145.

С какими проблемами столкнулась российская система здравоохранения, каковы их причины и что уже было предпринято?

Пескова Диана Вячеславовна

Адрес: motya2912@yandex.ru

*Тюменский Государственный Медицинский
Университет*

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, проблемы здравоохранения, пандемия, COVID-19.

В 2020 году в марте была объявлена пандемия Всемирной организацией здравоохранения, которая также затронула Россию и не прошла бесследно.

Цель. Выявить проблемы, которые преподнесла пандемия COVID-19 для Российского здравоохранения, провести анализ мер, которые были предприняты для их устранения.

Материалы и методы. Для реализации цели нашего исследования мы опирались на доклады НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения за последние 5 лет, статистические данные из официальных источников.

Результаты. В Российской Федерации 6 июля 2019 года вышел указ Президента №254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», где одной из важных тем был риск осложнения эпидемиологической ситуации в стране в связи с неизвестными и новыми патогенами [4].

Не во всех регионах ситуация с коронавирусной инфекцией стояла остро, лишь в тех, где была высокая

мобильность населения, но тем не менее, на второе апреля 2021 года было зарегистрировано более 4,5 миллиона случаев заболевания.

Первой проблемой можно выделить дефицит коек в стационарных условиях. Это является следствием того, что с 2012 года в России шел план по сокращению стационарной помощи [1], что очень сильно повлияло на первые месяцы борьбы с коронавирусной инфекцией. Тогда никто не мог предположить, что план по снижению трат из государственного бюджета страны на неэффективные и пустующие койки и упор на цель в виде улучшения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) может обернуться отсутствием шансов на госпитализацию тяжелобольных пациентов. Это больше всего было очевидно в больших городах, где был высокий процент заражений, так как люди обладали возможностью перемещаться за пределы страны, что поспособствовало быстрому распространению инфекции.

Для частичного устранения проблем с количеством койко-мест было принято решение перепрофилировать коечный фонд лечебных учреждений, а для остановки распространения COVID-19 были сформированы моно-госпитали [3].

До пандемии основное финансирование в системе здравоохранения выделялось на ПМСП и программы, обеспечивающие сокращение обращений пациентов к узким специалистам. Остро встала проблема непредвиденных затрат на восполнение дефицита индивидуальных защитных масок, костюмов, аппараты ИВЛ, машины и дополнительные бригады скорой помощи, стационарные койки, а также лекарственные препараты. Не хватало средств на дополнительно

возникшие траты для увеличения заработной платы медицинских работников, которые контактировали с людьми, болеющими COVID-19. При этом оставались постоянные траты на воду, свет, газ для обеспечения работы лечебных учреждений. Чтобы компенсировать траты были приняты распоряжения правительства РФ от 27 марта и 12 апреля 2020 года, которые вынесли решение о выделении из резервных фондов средств на предоставление медицинской помощи пациентам с COVID-19, оснащением оборудованием, средствами защиты, перепрофилирование коечных мест, медикаменты и т.д.

Так как основные силы специалистов различных профилей были направлены на борьбу с коронавирусной инфекцией, то под угрозу попадали пациенты с хроническими заболеваниями на амбулаторном лечении. Множество пациентов оказалось без систематического контроля, что привело к ухудшению их состояния. Важно учитывать, что COVID-19 дает множественные осложнения для пациентов с хроническими заболеваниями, что увеличило смертность в 2020 году в сравнении с 2019 на 323,8 тысяч человек по данным Росстат [2].

В целях улучшения ситуации с контролем здоровья пациентов с хроническими заболеваниями были приняты шаги по развитию телемедицины. Консультированию в формате онлайн было обучено более 1,5 млн квалифицированных медицинских работников, что составило около 95% от общего количества.

Выводы. В данном исследовании мы выяснили, что период пандемии COVID-19 в Российской Федерации позволил выявить и решить следующие

проблемы: дефицит койко-мест, что удалось нивелировать за счет перепрофилирования коечного фонда и создания моно-госпиталей; непредвиденные траты на восполнение дефицита индивидуальных защитных масок, костюмов, аппараты ИВЛ, машины и дополнительные бригады скорой помощи, стационарные койки, а также лекарственные препараты, что частично скомпенсировали распоряжения правительства по выделению средств; множество пациентов оказалось без систематического контроля –начали развивать телемедицину.

Литература

Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. 84 с.

Росстат назвал число умерших россиян с COVID-19 в 2020 году // rbc.ru URL: <https://www.rbc.ru/economics/08/02/2021/602132e19a7947073f7ddeb5> (дата обращения: 02.04.2021).

Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В. Здравоохранение во время и после пандемии covid-19 // Вестник Академии наук Республики Башкортостан. 2020. №2 (98).

Указ Президента Российской Федерации "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года" от 6 июня 2019 года № 254 // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации.

Перспективы развития телемедицины

Попова Александра Сергеевна

Адрес: sandrapopova8911@mail.ru

*Балакавриат Волгоградского государственного
медицинского университета, 2 курс, направление
подготовки «Менеджмент»*

Фарманян

Кристина

Робертовна

Адрес: kristine.farmanyan@gmail.com

*Балакавриат Волгоградского государственного
медицинского университета, 2 курс, направление
подготовки «Менеджмент»*

Научный руководитель: **Шестакова Ирина Валерьевна**

*Старший преподаватель кафедры экономики и
менеджмента Волгоградского государственного
медицинского университета*

Введение: Мир постоянно меняется. Появление новой коронавирусной инфекции - COVID-19 оказало влияние на все сферы деятельности человечества, в том числе изменениям подверглась и сама система здравоохранения. Для предотвращения дальнейшего распространения вирусной инфекции перед системой предоставления медицинских услуг была поставлена задача: найти удаленный способ приема и лечения пациентов, что обусловило рост потребности в услугах телемедицины.

Телемедицина — сегмент здравоохранения, услуги в котором предоставляются врачом дистанционно с

помощью интернета и компьютерных технологий. Во время онлайн-консультаций доктор может дать рекомендации, расшифровать результаты анализов и обследований, однако пока закон запрещает врачу выписывать лекарства и ставить диагноз без очного приема.

В России в период развития коронавирусной инфекции сложился благоприятный момент для прорывного развития рынка телемедицинских услуг, что для страны с огромной территорией, низкой плотностью населения в труднодоступных районах и практически отсутствием в них сети медицинских учреждений, телемедицинские услуги имеют особенно важное социальное и экономическое значение. Люди с ограниченными возможностями смогут легко получить необходимое медицинское обслуживание. Технология телемедицины позволяет производить частый мониторинг пациентов и сбор данных. С помощью телемедицины специалисты смогут обслуживать большее количество пациентов.

Цель данного исследования заключается в возможности выявить отношение общества к современным методам диагностики и лечения в онлайн-режиме.

Материалы: Для получения информации о сложившейся ситуации нами был проведено анкетирование в Google Forms. Результаты исследования были обработаны и зафиксированы в рисунках.

Результаты: В опросе приняло участие 123 человека из разных регионов Российской Федерации. В результате исследования было выявлено, что 82,3% респондента знают о существовании и развитии такой тенденции как телемедицина, остальные 17,7 не знают о ней. (Рис.1)



Рис.1 (Вопрос из анкеты «Знаете ли Вы о телемедицине?»)

Следующий вопрос касался обращения к услугам телемедицины в период пандемии. Как оказалось, 38% респондентов не обращались к данной услуге и не планируют, 30% - не обращались, но в будущем планируют воспользоваться данной услугой, 20% - обращались и будут прибегать к ней ещё, 12% опрошенных обращались, но не планируют делать этого в дальнейшем. (Рис.2)

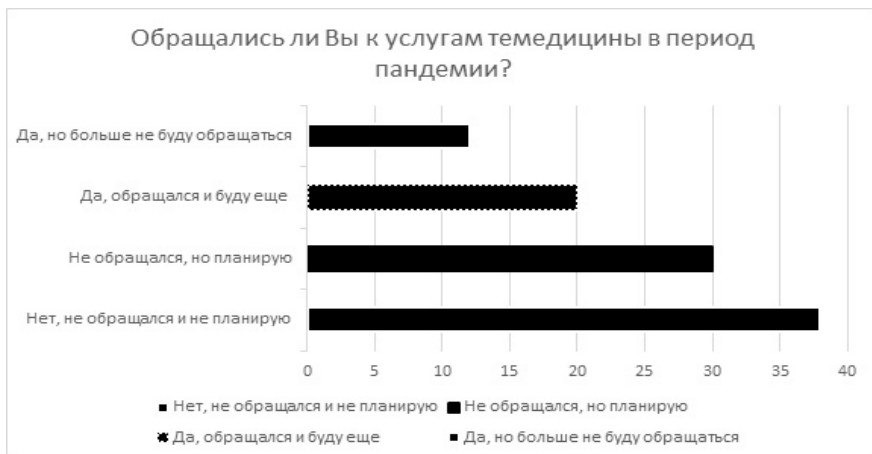


Рис.2 (Вопрос из анкеты «Обращались ли Вы к услугам телемедицины в период пандемии?»)

При ответе на вопрос «Повлияла ли пандемия на повышение спроса телемедицины?» ответы распределились следующим образом: 66% - считают, что да, спрос на онлайн-консультации повысился, 25% - считают, что нет, 9% ответили, что не знают, изменился спрос или нет. Рис.3.

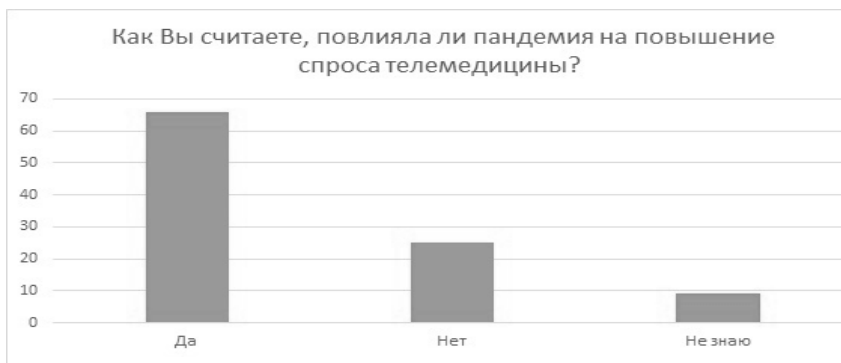


Рис.3 (Вопрос из анкеты «Как Вы считаете, повлияла ли пандемия на повышение спроса телемедицины?»)

Для того, чтобы определить в каких ситуациях респонденты выбрали онлайн-консультацию, следующий наш вопрос был таким «В каких ситуациях Вы бы выбрали онлайн-консультацию?». Вариант «Нет возможности посетить врача очно» - наиболее популярен среди аудитории - 47%, за ним следует «Необходима срочная консультация врача» - 31%, «Необходимость перепроверить рекомендации или получить мнение ещё одного специалиста» - 12%, и вариант, набравший наименьшее количество голосов, «Консультация после очного приема» - 10%. Рис.4



Рис.4 (Вопрос из анкеты «В каких ситуациях Вы бы выбрали онлайн-консультацию?»)

Далее нами было выявлено, при каких условиях респонденты согласились посетить онлайн-консультацию. Так, профессионализм врача играет главную роль - 46%, на втором месте положительные отзывы об онлайн-консультациях - 23 %, доступная цена и защита личных данных получили одинаковое количество голосов - 11%, хорошее интернет-соединение - 9%. Рис.5

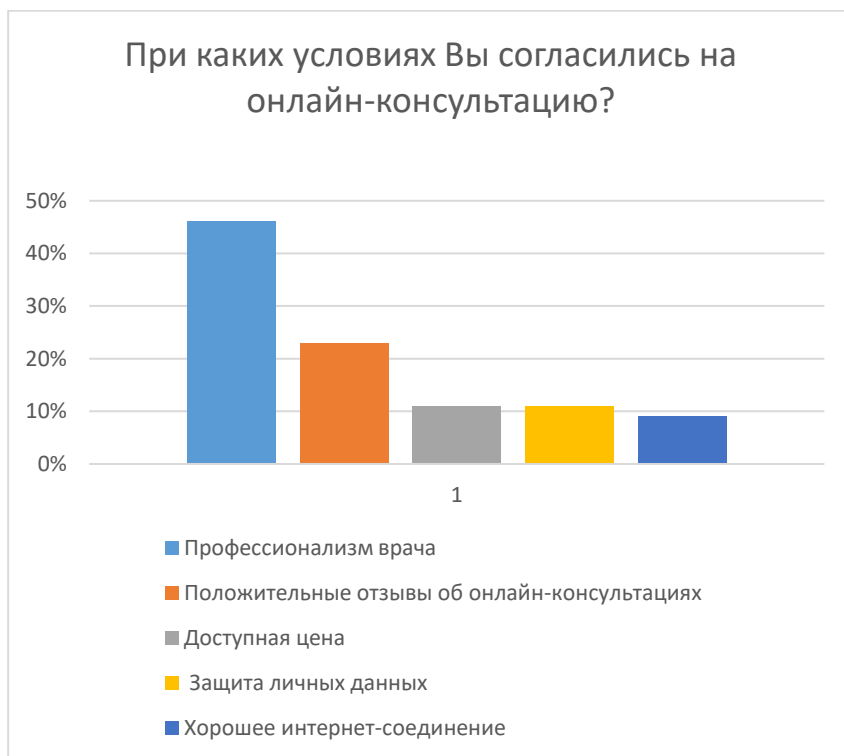


Рис.5 (Вопрос из анкеты «При каких условиях Вы согласились посетить онлайн-консультацию?»)

Следует обратить внимание на то, какие вопросы опрошенные готовы решить дистанционно. В большей степени получать направления на обследования - 54%,

заказывать лекарственные средства и медицинские изделия с доставкой на дом - 20%, регулярно сообщать врачу о своём самочувствии и состоянии в процессе лечения отметили 12%, получать информационные материалы о своей болезни, назначенном лечении и его особенности - 11%, остальные 3% респондентов выделили дистанционно продлевать листок нетрудоспособности и получать рецепт на лекарственные средства. Рис.6



Рис.6 (Вопрос из анкеты «Какие вопросы Вы готовы решить в дистанционном формате?»)

Также нами было отмечено какие, по мнению респондентов, существуют недостатки телемедицины

(онлайн-консультаций). Отсутствие возможности проверить компетентность врача, который проводит онлайн-консультацию, находится на высшей ступени - 38%, соответственно, это приводит к недоверию населения онлайн-консультациям отмеченного 32% опрошенных, возможность возникновения технических проблем и проблем со связью в отдаленных регионах - 19%, так же проблемы возникают и со стороны специалиста – нехватка специалистов готовых проводить онлайн-консультации - 11%. Рис.7



Рис.7 (Вопрос из анкеты «Какие, по вашему мнению, существуют недостатки телемедицины (онлайн-консультаций)?»)

Заключение: По результатам проведенного онлайн опроса можно сделать вывод, что большая часть

респондентов поддерживает данное современное направление в медицине и считает, что оно должно получить развитие в ближайшем будущем.

Теория развития телемедицины для проведения дистанционной консультативной помощи экономически выгодна и ясно продемонстрировала свою эффективность в развитых странах.

Телемедицина может оказать большое влияние на систему лечебно-профилактической помощи населению, на управление системой здравоохранения в целом и повышение эффективности ее функционирования в сложных ситуациях, на развитие науки, на появление новых медицинских технологий, на квалификацию персонала.

Телемедицинские системы позволяют организовать диалог с врачом на любом расстоянии и передать практически всю необходимую для заключения медицинскую информацию (выписки из истории болезни, рентгенограммы, компьютерные томограммы, снимки УЗИ и т.д.).

Литература

Технологии телемедицины на базе искусственного интеллекта и Интернета вещей [Электронный ресурс] URL: <https://www.intel.ru/content/www/ru/ru/healthcare-it/telemedicine.html>/(дата обращения: 05.04.21).

Горбань В.В., Раззорова Т.В., Свистун О.В.: Телемедицина в амбулаторной практике терапевта, 2020. 5 с.

Опыт исследования лояльности в медицинской организации

Праведников Александр Владимирович,

Адрес: PravednikovAV@zdrav.mos.ru

*Аналитик отдела медико-социологических исследований
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»*

Методика Net Promoter Score (далее – NPS) изначально была предложена Ф. Райхельдом для оценки степени лояльности клиентов. [1] Впоследствии с некоторыми доработками она стала использоваться и для оценки лояльности работников – (e)NPS. Лояльность клиентов едва ли может быть достигнута, если не обеспечена лояльность собственного персонала. [2] Одним из плюсов применения методики является ее простота и понятное широкому кругу лиц единое итоговое значение, варьирующееся от – 100 (все являются нелояльными «критиками») до + 100 (все являются лояльными «промоутерами»). Более подробное описание методики представлено в работах Ф. Райхельда [например 1, 2].

Несмотря на то, что возможность применения данной методики к неконкурентным сферам может вызывать сомнение, немногочисленные исследования позволяют говорить о ее применимости для государственных организаций [3], что позволяет использовать данную методику для исследования уровня лояльности пациентов и работников не только частных, но и государственных медицинских организаций.

В контексте здравоохранения уровень лояльности персонала является крайне важным, поскольку медицинский персонал непосредственно контактирует с

пациентами и его лояльность может влиять на качество этих взаимодействий. При этом по данным некоторых исследований [4] именно характер взаимодействия пациентов с врачебным и сестринским персоналом обнаруживает наибольшие корреляции с показателями NPS.

Опыт исследований, проведенных авторским коллективом, позволяет говорить о существовании определенных тенденций. В качестве кейса можно привести исследование одной из столичных медицинских организаций. Сбор данных осуществлён в конце марта – начале апреля 2020 г. (организация не была перепрофилирована под лечение пациентов с коронавирусом). Метод – анкетирование, сплошной опрос сотрудников, response rate $\approx 75\%$.

По итогам было выявлено, что самой лояльной группой сотрудников являются врачи-специалисты, а самой нелояльной – медицинские сестры. Данная ситуация является в целом характерной для медицинских организаций, что подтверждается и другими исследованиями [например, 5]

В ходе исследования было выявлено, что лояльность не обнаруживает связи со стажем работы ($p < 0,05$), а основным ее фактором выступает хорошая атмосфера в коллективе. Материальное стимулирование стабильно входит в топ-3 факторов, но ни в одном случае не выступает в качестве доминирующего, что зачастую выходит за рамки представлений организаторов здравоохранения.

Основными же барьерами для формирования лояльности работников являются маленькая зарплата и повышенная, в т.ч. бумажная, нагрузка. В данном случае уместно говорить о том, что с высокой долей вероятности эти факторы стоит рассматривать во взаимосвязи как несоответствие уровня заработной

платы текущей нагрузке. При этом значимо чаще эти факторы упоминаются сестринским персоналом ($p < 0,05$).

Примечательным в данном исследовании является то, что в ряде подразделений врачи называли сильными сторонами работы в отделении то, что для медсестер является слабыми сторонами: например, оплату труда или ряд организационных моментов.

Таким образом, использование методики NPS позволило не только оценить уровень лояльности в целом по организации, но и по отдельным подразделениям и группам персонала в частности. Кроме того, она также позволила выявить некоторые существенные проблемы, в т.ч. в области взаимодействия персонала как внутри подразделений, так и между подразделениями. То есть, исследования с применением данной методики позволяют получить широкий пласт информации, полезной для управленческих кадров.

Однако стоит отметить, что, несмотря на кажущуюся простоту методики, ее использование для получения достоверных результатов специалистами в области организации и управления здравоохранением по-прежнему может быть связано с методическими и методологическими трудностями, вызванными в т.ч. нехваткой знаний в области применения опросных методов и анализа данных. Для того, чтобы хотя бы отчасти нивелировать эту проблему работниками ГБУ НИИОЗММ ДЗМ были разработаны методические рекомендации для мониторинга лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций. [6]

1. Reichheld F. F. The one number you need to grow //Harvard business review. – 2003. – Т. 81. – №. 12. – С. 46-55.

2. Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность //Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь. М. – 2013. С. 209
3. Employee engagement in the public sector. A review of literature. Scottish Executive Social Research. May 2007. P. 15
<https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/3000/https://www.gov.scot/Topics/Research/About/Social-Research/>
4. Krol M. W. et al. The Net Promoter Score—an asset to patient experience surveys? //Health Expectations. – 2015. – Т. 18. – №. 6. – С. 3099-3109.
5. Богдан И. В., Гурылина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи // Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6–11.
6. Богдан И.В. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS) [текст]: методические рекомендации № 2. / И.В. Богдан, А.В. Праведников, Д.П. Чистякова. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. - 36 с.

Проблемы и перспективы институционализации самозанятых граждан в России

Слепнёв Денис Дмитриевич

Адрес: slepnyov.dd@gmail.com

*Санкт-Петербургский государственный экономический
университет*

Теневая занятость является одной из актуальных проблем российской экономики, прямо или косвенно затрагивающая вопросы бюджетной, налоговой и социальной политик государства. Генезис данной проблемы многогранен и затрагивает не только экономические, но и политические, социальные и психологические причины подобного девиантного поведения отдельных участников экономических отношений [1].

Поиску решения проблемы теневой занятости посвящено множество исследований, а также практик борьбы с неформальной занятостью на государственном уровне. В результате научной работы Э. Фридман и др. приходят к выводу о том, что процесс легитимизации теневого сектора должен сочетать в себе два ключевых подхода. С одной стороны, выход из тени самозанятых граждан может быть обусловлен ужесточением ответственности за неформальную занятость, а с другой, созданием дополнительных стимулов, направленных на их институционализацию [2]. Авторы отмечают важность баланса между двумя подходами. Так, например, излишний административный контроль может привести к контрреакции и большему росту теневого сектора экономики.

Проблема контроля упирается в специфику деятельности самозанятых. По оценкам доклада «Рынок услуг самозанятых граждан» Института государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ объём рынка самозанятых в 2019 году составил порядка 2,76 трлн рублей [3]. Однако такой объём складывается из множества малых сумм, контроль за которыми требует высоких затрат на налоговое администрирование.

Институционализация самозанятых граждан в качестве экономических агентов с легальным правовым статусом включает в себя превентивные меры, предотвращающие уход самозанятых в теневой сектор, и практику стимулирования добровольного выхода из тени [4]. Среди мер, направленных на недопущение ведения неформальной экономической деятельности, выделяют корректировку трудового и налогового законодательства, введение специальных налоговых режимов.

Российская практика институционализации самозанятых граждан включает в себя несколько этапов. Первым шагом к выводу неформально занятых из тени стало объявление налоговых каникул для самозанятых, однако данная мера не привела к их массовому переходу в легальное правовое поле. В 2019 году на территории четырёх субъектов Российской Федерации был введен новый экспериментальный налоговый режим, предполагающий уплату самозанятыми налога на профессиональный доход.

Выгодные условия нового налога, простота регистрации в качестве самозанятого и удобство платформы «Мой налог» позволили увеличить количество лиц, уплачивающих налог на

профессиональный доход, с 19,4 до 337,4 тыс. человек в течение первого года действия специального налогового режима [5].

Стоит отметить, что доля занятых в теневом секторе остается высокой. Об этом свидетельствует сравнение количества неформально занятых, ведущих деятельность в тени, с числом самозанятых, чья деятельность была легализована посредством регистрации в качестве плательщика налога на профессиональный доход. Так, на конец 2019 года суммарное количество занятых неформально в Москве, Московской и Калужской областях и Республике Татарстан составляло 1,05 млн человек, а количество зарегистрированных самозанятых равнялось 337 тыс. чел. Сравнение показывает, что несмотря на введение экспериментального налогового режима, доля лиц, занятых в теневом секторе остается высокой и составляет около 68 процентов. Подобная тенденция иллюстрирует необходимость введения дополнительных стимулирующих мер.

Стимулирование добровольного выхода самозанятых из теневого сектора может осуществляться посредством предоставления налоговой амнистии или поощрения самостоятельного и добровольного выхода в легальное правовое поле [4]. Меры стимулирования разнообразны, они зависят от качества развития институтов и особенностей отдельной страны.

Попытки институционализации самозанятых путём объявления налоговой амнистии и последующего введения налога на профессиональный доход не привели к массовому оттоку занятых неформально в легальное правовое поле, о чем, в частности, свидетельствуют итоги отчета Счетной Палаты РФ «Анализ практики

проведения эксперимента по внедрению налога на профессиональный доход» [6].

Для совершенствования действующего налога на профессиональный доход с целью последующего процесса институционализации самозанятых автором предлагается применение следующих стимулирующих мер:

- Доступ к льготному кредитованию;
- Корректировка действующих условий налога;
- Создание национального маркетплейса.

Каждая из мер способна повысить привлекательность налогового режима. Например, доступ к льготному кредитованию формализует отношения плательщиков нового налога с кредитными организациями. На данный момент не существует однозначной позиции банковских учреждений в отношении самозанятых. В этой связи становится актуальным вопрос о предоставлении самозанятым доступа к льготному кредитованию путем разработки уникальных кредитных продуктов. Корректировка условий налога посредством введения коэффициента-дефлятора позволит учитывать инфляционные колебания, сезонность работы и сделает режим более гибким и привлекательным для большего числа самозанятых. Наконец, создание национального маркетплейса упростит поиск и взаимодействие как с частными клиентами, так и с государственными или муниципальными заказчиками.

Таким образом, исследование показывает, что в настоящий момент большое количество самозанятых не институционализированы. Стимулирование неформально занятых через ужесточение административной ответственности подразумевает высокие издержки на налоговое администрирование.

Дальнейшей институционализации самозанятых возможно добиться путём разработки и внедрения мер поддержки, среди которых автор выделяет доступ к льготному кредитованию, корректировку действующих условий налога и создание национального маркетплейса.

Литература

Суслина А.Л., Леухин Р.С. Борьба с теневой экономикой в России: частные аспекты общих проблем // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2015. № 6.

Friedman E., Johnson S., Kaufmann D., Zoido-Lobaton P. Dodging the grabbing hand: the determinants of unofficial activity in 69 countries // Journal of Public Economics. 2000. № 76 (4).

Рынок услуг самозанятых граждан. 2021. Доклад [Электронный ресурс] / Официальный сайт ИГМУ НИУ «Высшая школа экономики» – Режим доступа: <https://www.hse.ru/mirror/pubs/share/442787036.pdf>

Schneider F., Williams C. C. The Shadow Economy // The Institute of Economic Affairs, 2013.

Статистика о представленных физическими лицами в налоговые органы уведомлениях об осуществлении деятельности по оказанию услуг физическим лицам для личных, домашних и (или) иных подобных нужд на 01.01.2020. 2020. Отчет [Электронный ресурс] / Официальный сайт ФНС России. – Режим доступа: https://www.nalog.ru/rn77/related_activities/statistics_and_analytics/selfemployed

Анализ практики проведения эксперимента по
внедрению налога на профессиональный доход. 2020.
Отчет [Электронный ресурс] / Официальный сайт СП
РФ. – Режим
доступа:[https://ach.gov.ru/upload/iblock/fa8/fa89868067b8
e65b72f55dea90e89488.pdf](https://ach.gov.ru/upload/iblock/fa8/fa89868067b8e65b72f55dea90e89488.pdf)

Удовлетворенность населения первичной медико-санитарной помощью (ПМСП): текущее состояние, проблемы и пути решения

Стужук Дарья Андреевна

Адрес: dastuzhuk@edu.hse.ru

*НИУ ВШЭ, Факультет социальных наук, бакалавриат
4 г/о «Государственное и муниципальное управление»*

Введение

Первичная медико-санитарная помощь (далее ПМСП) является одним из основных аспектов развития системы здравоохранения. Актуальность вопроса о создании условий для оказания высокоэффективной ПМСП обусловлена тем, что данная отрасль медицинской помощи задает направление для развития медицинской помощи на более поздних этапах ее оказания и во многом определяет конечный результат, что особенно актуально для существующей в мире эпидемиологической ситуации.

Для того, чтобы можно было объективно оценивать работу первичного звена медицины, необходимо оценивать, насколько пациенты удовлетворены доступностью и качеством оказываемой им помощи, так как именно система ПМСП обеспечивает первый контакт пациента с системой. Однако в нынешних реалиях большая часть работ российских исследователей направлена на оценку эффективности самой системы [0], в то время как учету оценки удовлетворенности пациентов не уделяется должное внимание, хотя исследования и даже попытки разработки критериев оценки в данной области все же есть [0,0,0].

Цель работы - определить влияние существующих в системе ПМСП проблем на уровень удовлетворенности населения.

Методология

Оценка функционирования системы ПМСП в России проведена с опорой на исследование состояния ПМСП в России и мер по ее укреплению [0], а также исследование подходов к оценке эффективности ПМСП [0,0] и удовлетворенности населения качеством оказания первичной медико-санитарной помощи [0]. В результате проведенного анализа были выявлены следующие ключевые аспекты: *во-первых*, в РФ развитие ПМСП определяется как приоритетное; *во-вторых*, происходит регулирование системы на всех уровнях государственной власти и местного самоуправления, что позволяет выстраивать работу наиболее эффективно и в то же время определять, в каких направлениях необходима поддержка системы и ее модернизация; *в-третьих*, в РФ недостаточно развит инструмент оценки обратной связи пациентов, который используется в большей степени или локально, то есть не в масштабах, позволяющих оценить и сравнить ситуацию по всей стране, или в рамках научных исследований (более распространенным является метод независимой оценки). Соответственно, процесс реформирования системы здравоохранения происходит без учета мнения и интересов населения в отношении того, как они видят наиболее эффективную для них систему [0].

В работе был также поведен *сравнительный анализ зарубежного опыта организации ПМСП*. Страны для анализа были выбраны на основании результатов исследования «Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and

the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors» (2017), в котором страны сравнивались по показателям отзывчивости системы ПМСП [0]. Анализ стран основывался на данных исследования «Building primary care in a changing Europe» [0]. В результате анализа опыта организации системы ПМСП в Швейцарии и Германии были сделаны выводы, обуславливающие более высокие показатели эффективности: *во-первых*, более быстрый и организованный переход к модели врача общей практики позволил обеспечить координационную функцию системы ПМСП и снизить спрос на узких специалистов; *во-вторых*, для повышения роли системы ПМСП происходит популяризация семейной медицины и привлечение молодых специалистов.

Количественное исследование было проведено при помощи опроса населения г. Москвы (N=107) в возрасте от 19 до 62 лет. Проведенный статистический анализ показал следующие результаты:

1. 66,4% опрошенных были удовлетворены качеством оказания медицинских услуг при обращении за первичной медико-санитарной помощью;
2. Наиболее частые причины неудовлетворенности оказанными медицинскими услугами: «время ожидания приема» и «отсутствие нужных специалистов» (равные доли респондентов – 28%); «отношение медперсонала» – 14%; «наличие очередей» – 13%.
3. Наиболее эффективные меры для улучшения качества оказания медицинских услуг, по мнению опрошенных: введение личной ответственности руководителей медицинских организаций и врачей за качество оказываемых услуг – 42% респондентов; формирование заработной платы врачей на основании качества их работы – 37%; учет мнения

пациентов в работе врачей и функционировании медицинской организации – 30%; усиление контроля за уровнем профессиональной подготовки врачей и других сотрудников медицинских организаций – 29%.

В результате проведения корреляционного анализа были выявлены *следующие взаимосвязи: во-первых*, чем человек старше, тем больше его удовлетворенность оказанной медицинской помощью. Однако удовлетворенность не связана с числом обращений за медицинской помощью; *во-вторых*, уровень образования не влияет на уровень удовлетворенности; *в-третьих*, чем выше уровень дохода, тем ниже удовлетворенность. Было также определено, что 67,3% опрошенных никогда не сталкивались с оценкой оказания качества медицинских услуг. Анализ показал, что *если человек сталкивался с оценкой качества медицинских услуг, то уровень его удовлетворенности будет выше.*

Результаты и обсуждение

В большинстве случаев существующая в РФ нормативно-правовая база регламентирует только формальные и технические аспекты оказания помощи, а такие направления как взаимоотношение между врачом первичного звена и пациентом не разработаны в должной мере. Учитывая то, что, на первый взгляд, система находится под контролем, нельзя отрицать тот факт, что существуют направления ПМСП, которые не покрываются полностью государственными программами и требуют дополнительных усилий для модернизации. К наиболее масштабным и значимым проблемам ПМСП на данный момент можно отнести дефицит участковых врачей, узкий спектр их лечебного

и координационного функционала (по ключевым показателям Европейского мониторинга в лечении набора из 9 распространенных заболеваний и состояний врачи первичного звена в России лечат только 4 [0]), а также нехватку ресурсов и потенциала данного сектора здравоохранения для эффективного перехода от стационара к амбулатории.

Для того, чтобы решить или, по крайней мере, смягчить проблемы, существующие в системе здравоохранения, в России на данный момент (2019-2024г.) реализуется национальный проект «Здравоохранение», федеральный проект, направленный на устранение несовершенств системы первичной медико-санитарной помощи – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Помимо этого для решения проблем, которые не охвачены федеральным проектом, реализуются дополнительные мероприятия: дефицит участковых врачей в большей степени устраняется за счет привлечения выпускников медицинских вузов, но, несмотря на реализуемые меры, дефицит участковых врачей все еще остается не полностью решенной проблемой; для улучшения работы поликлиник реализуется проект «Бережливая поликлиника»; происходит внедрение информационно-телекоммуникационных технологий (использование ЕМИАС), а также усиление процессов разделения труда в поликлиниках для оптимизация работы.

Несмотря на достаточно широкий спектр реализуемых мер, направленных на решение или, по крайней мере, смягчение существующих проблем, состояние ПМСП в России значительно ниже, чем в Европе, в особенности по ключевым показателям эффективности ПМСП: доступность, комплексность, непрерывность и координация оказания медицинской

помощи. К причинам, объясняющим наличие провалов в данных сферах можно отнести недостаточность стратегического видения роли первичной медико-санитарной помощи, чрезмерную специализацию первичной медико-санитарной помощи и несвоевременный переход на модель использования врачей общей практики [0].

Очевидно, что помимо государственных мер на современном этапе развития необходимо активно включать мнение населения в систему поиска решений для повышения качества ПМСП, так как граждане являются непосредственными получателями медицинских услуг. Однако в нынешних реалиях России инструмент оценки обратной связи пациентов недостаточно развит. Для внедрения подобных оценок можно использовать опыт зарубежных стран (в большей степени Европейских), так как там в значительной степени развита модель врача общей практики (семейного врача) и установлена система устойчивых и доверительных отношений с врачами первичного звена. Однако опыт устройства самой системы ПМСП должен быть использован с большой осторожностью и поправкой на культурный и социально-экономический контекст России и других стран с более эффективной системой здравоохранения.

Таким образом, несмотря на приоритетность системы ПМСП, в нынешних условиях модернизации системы здравоохранения все еще остается немало проблем, требующих решения. Дополнительные возможности для модернизации открываются благодаря перспективе вовлечения населения в принятие решений и учета мнения граждан относительно их удовлетворенности качеством первичной медико-санитарной помощи.

Литература

Карайланов М. Г., Федоткина С. А., Маликова Е. А. Организационно-методический подход к оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи на современном этапе //Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2016. – №. 8 (80).

Михайлова Ю. В., Сон И.М., Поликарпов А.В., Шикина И.Б., Вечорко В.И., Иванов И.В., Голубев Н.А. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население //Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 51. – №. 5.

Одринский В. А. Оценка пациентами врачей общей практики как инструмент повышения качества первичной медико-санитарной помощи //Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2014. – №. 4.

Шейман И. М. и др. Приоритет первичной медико-санитарной помощи-декларация или реальность? //Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – №. 1 (65).

Шилова Л. С. Оценка пациентами услуг первичной медицинской помощи (в Липецкой и Тюменской областях) //Журнал исследований социальной политики. – 2008. – Т. 6. – №. 3.

Kringos D. S. et al. Building primary care in a changing Europe. – WHO Regional Office for Europe, 2015.

Murante A. M. et al. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with

the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors //Social Science & Medicine. – 2017. – T. 186. – C. 139-147.

Sheiman I., Shevski V. Two models of primary health care development: Russia vs. central and Eastern European countries //Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP. – 2017. – T. 6.

Поддержка медицинских работников в период COVID-19

Фарманян Кристина Робертовна

Адрес: kristine.farmanyane@gmail.com

Балакавриат Волгоградского государственного
медицинского университета, 2 курс, направление
подготовки «Менеджмент»

Попова Александра Сергеевна

Адрес: sandrapopova8911@mail.ru

Балакавриат Волгоградского государственного
медицинского университета, 2 курс, направление
подготовки «Менеджмент»

Научный руководитель: ***Шестакова Ирина Валерьевна***

старший преподаватель кафедры экономики и
менеджмента Волгоградского государственного
медицинского университета

Введение: В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции системы здравоохранения всех стран испытывают общие сложности. В силу того, что COVID-19 стал быстро распространяться, потребовалось большое количество медицинских работников для борьбы с эпидемией. Чтобы простимулировать медицинский персонал, Правительством было принято решение о том, что медики, которые непосредственно работают с заболевшими COVID-19, получают специальные выплаты.

Стимулирующие выплаты являются единовременными и выплачиваются работникам в установленных размерах.

В целях обеспечения организации медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, руководители учреждений утверждали временное штатное расписание медицинской организации и при необходимости (в том числе при перепрофилировании) осуществляли перераспределение функциональных обязанностей медицинских работников, определяли структурные подразделения и перечень должностей медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлен COVID-19.

Целью проведенного исследования был анализ того, как государство содействовало в поддержке отраслей здравоохранения и их сотрудников.

Материалы: В ходе изучения данной темы были рассмотрены постановления и распоряжения Правительства РФ с момента начала пандемии и до настоящего времени.

Результаты: Для рассмотрения поставленного вопроса были детально изучены несколько аспектов стимулирующих выплат.

Во-первых, доплата медработникам, которые непосредственно контактируют с инфицированными. Согласно распоряжению от 18 марта 2020 года №648-р Правительства России выделило из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2020 году бюджетные ассигнования Минздраву России 10,2 млрд рублей на предоставление иных межбюджетных

трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией. Для поддержки врачей, среднего и младшего медперсонала, водителей скорых, которые сейчас трудятся в условиях повышенной нагрузки, было направлено 10 млрд рублей из резервного фонда Правительства, согласно Распоряжению от 26 ноября 2020 года №3118-р.

С ноября 2020 года размер выплат определяется в зависимости от должности и характера работы. За одну нормативную смену выплаты для работников скорой помощи составляют: для врачей – 2430 руб., среднего медперсонала и водителей – 1215 руб., младшего медперсонала – 950 руб., фельдшеров по приему вызовов – 600 руб.

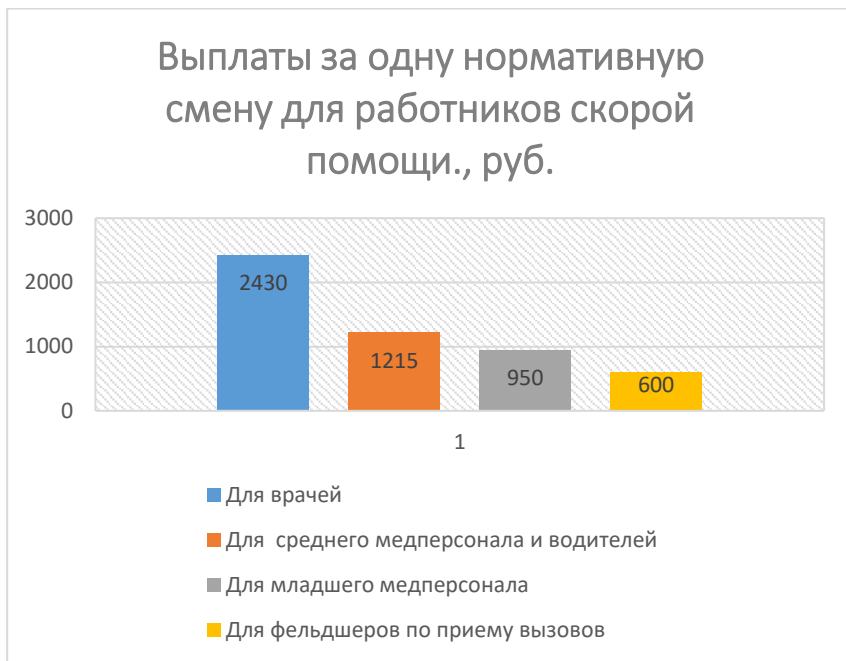


Рисунок 1. Выплаты за одну нормативную смену для работников скорой помощи.

Работникам стационаров за одну смену выплачивается: врачам – 3880 руб., среднему и младшему медперсоналу – 2430 и 1215 руб. соответственно.

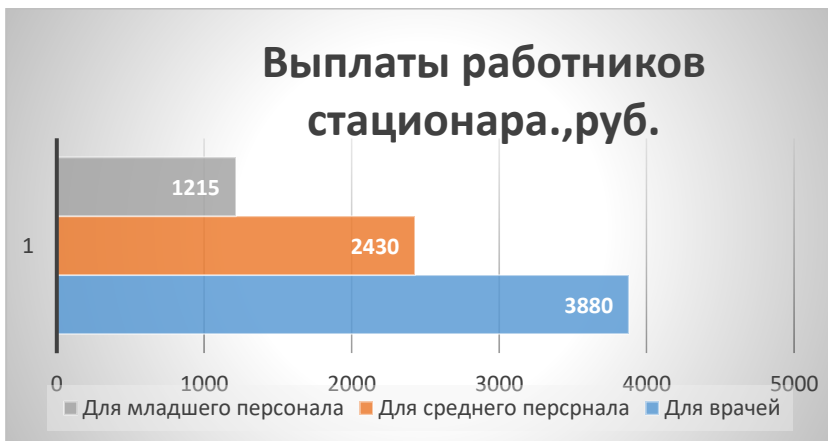


Рисунок 2. Выплаты работникам стационара.

Врачам амбулаторий – 2430 руб., среднему медперсоналу – 1215 руб., младшему медперсоналу – 600 руб. Реализация данных выплат началась в апреле 2020 года и продолжится по февраль 2022 года.



Рисунок 3. Выплаты работникам амбулаторий.

Во-вторых, выплаты медикам, заболевшим COVID-19 при выполнении своих профессиональных обязанностей. Указом Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 года №313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» размер страховых выплат составит 68 811 рублей, если заболевание повлекло за собой временную нетрудоспособность, но не привело к инвалидности. При установлении работнику диагноза заболевания, включённого в перечень, медицинская организация незамедлительно уведомляет Фонд социального страхования и в день получения справки подготавливает документы для выплаты и осуществляет её не позднее следующего дня со дня получения справки на указанный в справке счёт работника. Если болезнь приведёт к инвалидности или смерти, выплата будет больше. Если медик умер от коронавируса, которым заразился на работе, его семье выплатят 2 752 452 рубля. Если в результате коронавируса медик стал инвалидом, сумма составит 2 064 339 рублей при первой группе, 1 376 226 рублей — при второй, 688 113 рублей — при третьей.

Ещё 7,9 млрд рублей по распоряжению от 18 декабря 2020 года №3395-р и №3407-р было выделено на обеспечение страховых гарантий медработникам, заразившимся коронавирусом. Средства позволили осуществить выплаты в декабре 2020 года, а также в январе и феврале 2021 года.

В-третьих, работающим с COVID-19 медицинским работникам пенсионный стаж будет считаться как день за два. для соответствующих категорий медицинских работников.

(Постановление №1191 устанавливает особый порядок исчисления периодов имевшей место с 1 января по 30 сентября 2020 года соответствующей работы медицинских работников, занятых в медицинских организациях и их структурных подразделениях оказанием медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и подозрением на COVID-19, при досрочном назначении страховой пенсии. Так день работы, дающей право на досрочное пенсионное обеспечение медицинским работникам, засчитывается как два дня стажа на соответствующих видах работ в отношении медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19 и подозрением на COVID-19.)

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 06.08.2020 № 1191 "О порядке исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение страховой пенсии по старости в соответствии с пунктами 1, 2 и 20 части 1 статьи 30 Федерального закона "О страховых пенсиях", медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19", определено 3 круга лиц, которые подпадают под указанное постановление:

- 1) медицинские работники, занятые оказанием медицинской помощи пациентам с COVID-19 в стационарных условиях;

- 2) медицинские работники, занятые оказанием скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи пациентами с симптомами ОРВИ и внебольничной

пневмонии, в том числе по отбору биологического материала пациентов для лабораторного исследования на наличие COVID-19, а также осуществляющим медицинскую эвакуацию пациентов с подозрением на COVID-19;

3) медицинские работники, занятые оказанием первичной медико-социальной помощи пациентам с установленным диагнозом COVID-19 в амбулаторных условиях (в том числе на дому), а также первичной медико-социальной помощи больным с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонии, осуществлением отбора биологического материала пациентов для лабораторного исследования на наличие COVID-19, транспортировкой пациентов в поликлинические отделения, оборудованные под КТ-центры, и иные медицинские организации для проведения инструментального исследования на наличие внебольничной пневмонии.

Стоит отметить, что на основании Федерального закона от 22 апреля 2020 г. N 121-ФЗ "О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации», выплаты медицинским работникам, оказывающим помощь гражданам, заразившимся коронавирусом, не облагаются подоходным налогом. Освобождение от обложения НДФЛ применяется сразу при получении выплаты

Заключение: По результатам проведенного исследования стало ясно, что государство реализует меры поддержки работников сферы здравоохранения в сложной эпидемиологической обстановке. Об этом можно утверждать на основе рассмотренных распоряжений и постановлений, в который рассмотрены

аспекты доплаты медицинским работникам, выплаты медикам, заболевшим COVID-19, подсчет страхового стажа для определения права на досрочную пенсию, а также освобождение от НДФЛ выплат медикам. Можно говорить о том, что данные стимулирующие выплаты повлияли на активизацию кадровой политики в медицинских учреждениях, что приближает нас к победе над коронавирусной инфекцией.

Социально-экономические факторы смертности в российских регионах (на примере инфекционных заболеваний)

Чубаров Михаил Юрьевич

Адрес: myuchubarov@edu.hse.ru

*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», г. Москва*

Здоровье людей – человеческий капитал экономики, а также показатель качества жизни населения. Среди причин заболеваемости и смертности в России - инфекционные болезни, частота которых неравномерно распространена по регионам. Сегодня вопрос инфекционной заболеваемости особенно важен из-за охватившей мир пандемии. Поэтому выявление факторов, препятствующих инфекциям, актуально для политики здравоохранения.

Цель моего исследования - установление на основе корреляционного и регрессионного анализа социально-экономических факторов, влияющих на смертность от инфекционных заболеваний в регионах РФ.

Факторы, влияющие на заболеваемость и здоровье населения, изучались в работах как зарубежных, так и российских экономистов и демографов, начиная с классических теоретических исследований С.Мушкин и М.Гроссмана, и заканчивая современными российскими работами - Н. Римашевской, И.Калабихиной, А.Щура и др. Сельма Мушкин первой среди экономистов рассматривала здоровье как часть человеческого капитала, которая может быть объектом инвестирования [6]. Майкл Гроссман предложил модель спроса на здоровье, где одним из факторов выступают доходы

индивида [4]. Н.Римашевская исследовала взаимосвязь различных факторов с ожидаемой продолжительностью предстоящей жизни в регионах России и выделила 5 блоков значимых факторов: биологические, социально-экономические, средовые, экологию и природно-климатические условия, и состояние здоровья [2]. К.Валчак изучал смертность от инфекционных заболеваний в США, в том числе рассматривая такой фактор как плотность населения [7]. С.Леонард и соавторы изучали смертность от инфекционных заболеваний в развивающихся промышленных городах Новой Англии в конце 19 века. По мнению авторов, именно плотность населения была причиной распространения инфекционных заболеваний в промышленных центрах [5]. Напротив, А.Щур показывает положительную роль больших городов России в сокращении заболеваемости, за счет высокого образования населения [3]. И.Калабихина на примере пандемии COVID-19 отмечает роль доходов стран и регионов, а также развития систем здравоохранения в распространении инфекции [1].

На основе теоретических моделей экономики здоровья и эмпирических исследований, проведенных в других странах или ранее в России, мы ожидаем, что смертность (заболеваемость) от инфекционных болезней должна зависеть от нескольких групп факторов: экономических, демографических, экологических и социально-культурных.

В исследовании используются официальные данные Росстата. Влияют ли выбранные факторы на смертность, мы определяем с помощью регрессионного анализа объединенных данных по регионам РФ за 5 лет (2014-2018 гг.). После удаления выбросов выборка составила 374 наблюдения. Зависимой переменной в модели выступает смертность в регионе от

инфекционных заболеваний (на 100 тыс. населения), как прокси-переменная заболеваемости. В качестве независимых экономических переменных мы включили в модель среднедушевой доход населения и общую площадь жилых помещений, приходящихся на одного жителя региона. Мы предполагаем, что эти переменные будут отрицательно влиять на смертность, ведь чем больше доход, тем больше индивид готов инвестировать в свое здоровье; наоборот, тесное проживание семей способствует распространению инфекций. Мы также включили в модель среднедушевое потребление овощей и фруктов, которые повышают иммунитет и снижают вероятность заболеть. Поэтому мы также ожидаем, что их потребление будет отрицательно влиять на зависимую переменную. В качестве экономических факторов включались также: коэффициент Джини, уровень безработицы, число врачей на 10 тыс. жителей, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, продажа алкогольных напитков на душу населения, пассажирооборот автобусов общего пользования на душу населения. Как демографические переменные, мы используем численность лиц, прибывших из-за пределов РФ, ожидая, что этот показатель ухудшает инфекционную ситуацию в регионе, а также долю населения региона, проживающего в столице региона и крупных городах с численностью населения не менее 300 тыс. человек. Эта переменная ранее не использовалась в других исследованиях, но мы считаем, что она крайне важна из-за контагиозности инфекционных заболеваний. В качестве переменных климата и экологии использовались количество выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух и средняя температура января, в качестве социально-культурного фактора было выбрано число студентов вузов на душу населения региона, как прокси-переменная образования.

Регрессия была оценена с помощью МНК, с использованием кластерных робастных стандартных ошибок. Полученные оценки позволяют утверждать, что распространенность инфекционных заболеваний, при прочих равных условиях, выше в регионах: с высоким уровнем выбросов загрязняющих веществ; с высокой долей внешних мигрантов в составе населения; с большей долей населения, проживающего в крупных городах. И наоборот, инфекционная обстановка лучше в регионах, где выше среднедушевой доход населения, общая площадь жилых помещений, приходящихся на одного жителя региона, потребление фруктов, численность студентов вузов. Таким образом, гипотезы исследования в целом подтвердились. Результаты говорят о том, что общее социально-экономическое развитие регионов оказывает существенное влияние на смертность (заболеваемость) инфекционными болезнями.

Литература

Калабихина И.Е., Панин А.Н. Spatial choreography of the coronavirus // Population and Economics. 2020. – том 4, № 2. – С. 123-152.

Римашевская Н. М., Мигранова Л. А., Молчанова Е. В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. – 2011. – №. 1 (51). – С. 38-49.

Щур А. Е. Города-миллионники на карте смертности России. Демографическое обозрение. – 2019. – № 5(4). – С. 66-91.

Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health //Journal of Political Economy. – 1972. – T. 80. – №. 2. – C. 223-255.

Leonard S. H. et al. The effects of wealth, occupation, and immigration on epidemic mortality from selected infectious diseases and epidemics in Holyoke township, Massachusetts, 1850–1912 //Demographic research. – 2015. – T. 33. – C. 1035.

Mushkin S. J., Collings F. A. Economic costs of disease and injury: A review of concepts //Public health reports. – 1959. – T. 74. – №. 9. – C. 795.

Walczak K. G. The effects of socioeconomic, demographic, and health variables upon the mortality rates from infectious diseases. PhD dissertation. Brigham Young University – 1987.