



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ МЕГАПОЛИСА

QUARTERLY PEER-REVIEWED JOURNAL

CITY HEALTHCARE

ТОМ 6
ВЫПУСК 2
2025

VOLUME 6
ISSUE 2
2025

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2>

Обновление кадров
в столичном здраво-
охранении: социально-
демографические аспекты

С. 8

Personnel Renewal
in Moscow Healthcare System:
Socio-Demographic
Aspects

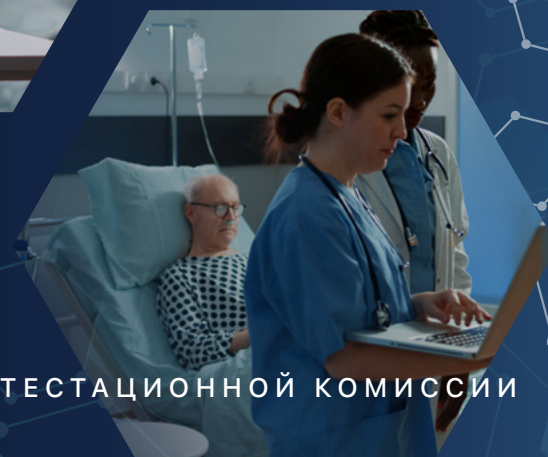
P. 8

Анализ международных
сервисных стандартов работы
с иностранными пациентами

С. 34

Analysis of International Service
Standards of International
Patient Management

P. 34



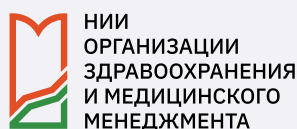
Журнал посвящен теоретическим и практическим аспектам организации здравоохранения, общественного здоровья и научных направлений, связанных со здравоохранением

Электронное издание
Выходит четыре раза в год
Издается с сентября 2020 года

Сайт журнала:
www.city-healthcare.com

Адрес редакции:
115088, г. Москва,
ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Телефон: +7 (495) 530-12-89
(доб. 161)

Учредитель и издатель



Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору
в сфере связи и массовых
коммуникаций 5 декабря
2019 года. Регистрационный
номер Эл № ФС77-77330
ISSN 2713-2617

Префикс DOI: 10.47619

Журнал открытого доступа.
Представлен в Cyberleninka
и eLIBRARY, Базе данных и
Реферативном журнале ВИНИТИ
РАН, каталоге периодических
изданий Ulrich's
Periodicals Directory,
библиографической базе
данных World Cat. Подключен
к международной системе
библиографических ссылок
CrossRef, присваивает
индексы DOI.

Том 6, выпуск 2

Ежеквартальный научный рецензируемый журнал. Включен в перечень изданий Высшей аттестационной комиссии

Апрель – июнь 2025 г.

Редакционная коллегия

Главный редактор

Хрипун Алексей Иванович, д-р мед. наук, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Заместитель главного редактора

Аксенова Елена Ивановна, д-р мед. наук, д-р экон. наук, профессор, директор ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Научный редактор

Камынина Наталья Николаевна, д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Александрова Ольга Аркадьевна, д-р экон. наук, главный научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, заместитель директора ИСЭПН ФНИСЦ РАН по научной работе, Москва, Россия

Атлагиц Синиша, д-р полит. наук, директор Центра русских исследований факультета политических наук Университета Белграда, Белград, Сербия

Берсенева Евгения Александровна, д-р мед. наук, профессор, научный руководитель Национального института качества Росздравнадзора, заведующий кафедрой организации здравоохранения и управления качеством Института отраслевого менеджмента РАНХиГС, Москва, Россия

Бобкова Елена Михайловна, д-р социол. наук, доцент, директор Института государственного управления и социально-гуманитарных наук Приднестровского государственного университета им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, Молдавия

Бударин Сергей Сергеевич, д-р экон. наук, руководитель отдела методологии проведения аудита эффективности деятельности учреждений здравоохранения Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Москва, Россия

Винтер Дезмонд, д-р мед. наук, профессор, практикующий ассоциированный профессор Университетского колледжа Дублина, консультирующий хирург Университетской больницы Святого Винсента, Дублин, Ирландия

Владимирский Антон Вячеславович, д-р мед. наук, заместитель директора по научной работе Научно-практического клинического центра диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ, Москва, Россия

Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

Гуревич Константин Георгиевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» Российского университета медицины Минздрава России, Москва, Россия

Гусев Александр Владимирович, канд. техн. наук, директор по развитию бизнеса Webiomed, эксперт по искусственному интеллекту Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, Москва, Россия

Ифантопулос Джон, д-р наук в области экономики здравоохранения, профессор экономики здравоохранения в Афинском национальном университете им. Каподистрии, Афины, Греция

Кодирзода (Кадыров) Диловар Бахридинович, д-р экон. наук, профессор кафедры теории экономики Таджикского национального университета, Душанбе, Таджикистан

Кузьмина Людмила Павловна, д-р биол. наук, профессор кафедры медицины труда, авиационной, космической и водолазной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, заместитель директора по научной работе Научно-исследовательского института медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова, Москва, Россия

Лебедев Георгий Станиславович, д-р техн. наук, директор Института цифровой медицины и заведующий кафедрой информационных и интернет-технологий Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия

Липай Татьяна Петровна, канд. социол. наук, профессор кафедры управления и экономики образования Минского городского института развития образования, Минск, Беларусь

Наберушкина Эльмира Кямаловна, д-р социол. наук, профессор кафедры социологии Финансового университета при Правительстве РФ, Москва, Россия

Нигматуллина Танзиля Алтафовна, д-р полит. наук, профессор, директор Башкирского института социальных технологий (филиала) образовательного учреждения профсоюзов высшего образования «Академия труда и социальных отношений», Уфа, Россия

Омаркулов Бауыржан Каденович, канд. мед. наук, профессор, директор Института общественного здравоохранения и профессионального здоровья Медицинского университета Караганды, Караганда, Республика Казахстан

Омуралиев Нурбек Ашимканович, д-р социол. наук, профессор, заведующий Центром социальных исследований Института философии, права и социально-политических исследований им. А. Алтмышбаева Национальной академии наук Киргизской Республики, Бишкек, Кыргызстан

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, д-р мед. наук, заслуженный врач РФ, первый заместитель директора Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины им. С.И. Спасокукоцкого, Москва, Россия

Сон Ирина Михайловна, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья Пензенского университета усовершенствования врачей – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, заслуженный деятель науки РФ, Москва, Россия

Турзин Петр Степанович, д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, Москва, Россия

Шадеркин Игорь Аркадьевич, канд. мед. наук, старший менеджер Центра цифровой медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия

Ярашева Азиза Викторовна, д-р экон. наук, профессор, заведующая Лабораторией исследования поведенческой экономики Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

**Входит в перечень
рецензируемых научных
изданий Высшей аттестационной
комиссии Минобрнауки России
и индексируется в Российском
индексе научного цитирования**



**Имеются противопоказания.
Необходима консультация
специалиста**

® – обозначение является товарным знаком, охраняемым на территории РФ.
Несанкционированное правообладателем использование товарного знака или сходных с ним обозначений преследуется по закону.

Все опубликованные материалы распространяются на условиях лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная. Авторские материалы не всегда отражают точку зрения редакции.
Фото на обложке:
НИИОЗММ ДЗМ

Шеф-редактор
Н.Н. Верзилина

Дизайн и верстка
**П.В. Жеребцов,
А.В. Усанов**

Редактор английского текста
Е.Д. Карпова

Корректор
Л.И. Базылевич

Дата выхода 18.06.2025

© НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, оригинал-макет, оформление, 2025

On theoretical and practical aspects
of healthcare organization, public
health and research related
to the field

Electronic publication

Published quarterly

Published since October 2020

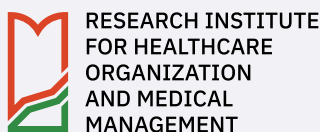
Website:

www.city-healthcare.com

Address of editorial office:

9, Sharikopodshipnikovskaya ul.,
Moscow, 115088, Russian
Federation
Tel.: +7 (495) 530-12-89 (ext. 161)

Founder and Publisher



The journal is registered by the
Federal Service for Supervision
of Communications, Information
Technology, and Mass Media
on December 05, 2019. Registration
number Эл № ФС77-77330

ISSN 2713-2617

DOI Prefix:10.47619

The journal is included in the list
of Russian Peer-Reviewed Scientific
Journals and indexed in the
Russian Science Citation Index.

Open Access Journal.

Journal is included in RSCI,
Cyberleninka and eLIBRARY,
VINITI Database RAS, Ulrich's
Periodicals Directory, WorldCat.
Member of Crossref
that creates DOI.

Volume 6, Issue 2

This Quarterly Scientific Peer-Reviewed Journal is
included in the list of Russian Peer-Reviewed Scientific
Journals.

April – June 2025

Editorial Board

Editor-in-Chief:

Alexey I. Khripun, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Head of Moscow
Healthcare Department, Moscow, Russia

Deputy Editor-in-Chief:

Elena I. Aksenova, Dr. Sci. in Medicine, Dr. Sci. in Economics, Professor,
Director of Research Institute for Healthcare Organization and Medical
Management, Moscow, Russia

Science Editor:

Natalia N. Kamynina, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Deputy Director for
Research, Research Institute for Healthcare Organization and Medical
Management, Moscow, Russia

Olga A. Aleksandrova, Dr. Sci. in Economics, Chief Researcher of the Insti-
tute of Socio-Economic Studies of Population of the Russian Academy of
Sciences (ISESP RAS), Deputy Director for Research of the Federal Center
of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences
(FCTAS RAS), Moscow, Russia

Siniša Atlagić, ScD in Politics, Director of Center for Russian Studies, Fac-
ulty of Political Sciences, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Evgenia A. Berseneva, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Scientific Supervi-
sor of Russian Scientific and Research Institute for Medical Engineering
of Federal Service for Surveillance in Healthcare, Head of Department of
Healthcare Organization and Quality Management, Institute of Industry
Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Pub-
lic Administration, Moscow, Russia

Elena M. Bobkova, Dr. Sci. in Sociology, Associate Professor, Head of the
Institute of Public Administration and Social and Human Sciences, Prid-
nestrovian State University named after T.G.Shevchenko, Tiraspol, Moldova

Sergey S. Budarin, Dr. Sci. in Economics, Head of the Division of Method-
ology for Auditing the Performance of Healthcare Institutions, Research
Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow,
Russia

Konstantin G. Gurevich, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Deputy Head of UN-
ESCO Department "A Healthy Lifestyle Is a Guarantee of Progress", Russian
University of Medicine, Moscow, Russia

Aleksander V. Gusev, Cand. Sci. in Technology, Expert on Artificial Intelli-
gence, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Business Devel-
opment Officer of Webiomed, Moscow, Russia

Dilovar B. Kodirzoda (Kadyrov) – Dr. Sci. in Economics, Professor of De-
partment of Theory of Economics, Tajik National University, Dushanbe, the
Republic of Tajikistan

Ludmila P. Kuzmina, Dr. Sci. in Biology, Professor, Department of Occupa-

tional Health, Aviation, Space, and Diving Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Deputy Director for Research, Izmerov Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia

Georgy S. Lebedev, Dr. Sci. in Technology, Associate Professor, Director of the Institute of Digital Medicine, Head of the Department of Information and Internet Technologies, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Tatyana P. Lipai, Cand. Sci. in Sociology, Associate Professor, Professor of the Department of Management and Economics of Education, Minsk City Institute for the Development of Education, Minsk, Belarus

Elmira K. Naberushkina, Dr. Sci. in Sociology, Associate Professor, Professor of the Department of Sociology, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia

Tanzilya A. Nigmatullina, Dr. Sci. in Politics, Director of Bashkir Institute of Social Technologies — Branch of Academy of Labour and Social Relations, Ufa, Russia

Bauyrzhan K. Omarkulov, Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor, Director of the Institute of Public Health and Professional Health of Karaganda Medical University NC JSC, Karaganda, Kazakhstan

Nurbek A. Omuraliev – Dr. Sci. in Sociology, Professor, Head of Center of Social Research, the Institute of Philosophy, Law and Socio-Political Research named after A.A. Altmysbbaeva of National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic, Bishkek, the Republic of Kyrgyzstan

Zurab G. Ordzhonikidze, Dr. Sci. in Medicine, Honored Doctor of the Russian Federation, Chief Specialist in Sports Medicine, First Deputy Director of S.I. Spasokukotsky Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

Igor A. Shaderkin, Cand. Sci. in Medicine, Senior Manager of Digital Medicine Center, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Irina M. Son, Dr. Sci. in Medicine, Professor, Honoured Science Worker of Russian Federation, Head of Department of Healthcare and Public Health Organization, Penza Institute for Further Training of Physicians – Branch Campus of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Petr S. Turzin, Dr. Sci. in Medicine, Leading Researcher of Department for Public Health Research, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, Moscow, Russia

Anton V. Vladzimirsky, Dr. Sci. in Medicine, Deputy Director for Research, Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia

Olga A. Volkova, Dr. Sci. in Sociology, Professor, Leading Researcher of the Institute for Demographic Research – Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Desmond Winter, ScD in Medicine, Professor, Clinical Associate Professor in Surgery, University College Dublin, Consultant Surgeon, St. Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland

Aziza V. Yarasheva, Dr. Sci. in Economics, Professor, Principal Researcher, Head of the Behavioral Economics Research Laboratory, Institute of Socio-Economic Studies of Population — Branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

John Yfantopoulos, PhD in Health Economics, Professor of Health Economics, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Possible contraindications.

Consult with your health provider

16+

® is a trademark protected in the territory of the Russian Federation. Unauthorized use of a trademark or similar designations by the right holder is punishable by law.

All published materials are distributed under the terms of the Creative Commons "Attribution-ShareAlike" 4.0 International. Opinion of authors does not always reflect the opinion of editors. Cover photo: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department

Managing editor

N. Verzilina

Design and page proofs

P. Zherebtsov,

A. Usanov

Editor of English text

E. Karpova

Proof-reader

L. Bazylevich

Release date 18.06.2025

Здоровье мегаполиса / City Healthcare

Том 6, выпуск 2

Volume 6, issue 2

Содержание

Contents

Оригинальные исследования

Original Research

Обновление кадров в столичном здравоохранении: социально-демографические аспекты
О.А. Коленникова, М.С. Токсанбаева

8

Personnel Renewal in Moscow Healthcare System: Socio-Demographic Aspects
Olga A. Kolennikova, Mairash S. Toksanbaeva

Некоторые аспекты обеспечения доступности медицинской помощи в московских поликлиниках
З.Х. Агамов, О.А. Зернова, А.Е. Якубова, М.М. Дзагоев, Р.Г. Зулкарнаев, В.В. Причеп, М.Н. Алимуратов, А.Л. Кошкакарян

18

Some Aspects of Ensuring Access to Health Care in Moscow Polyclinics
Zagir Kh. Agamov, Olga A. Zernova, Anastasiya Ye. Yakubova, Marad M. Dzagoev, Ruslan G. Zulkarnaev, Vladimir V. Prichepa, Murad N. Alimuradov, Arman L. Koshkakarayan

Особенности психоэмоционального состояния студентов и ординаторов медицинского вуза
Д.П. Дербенев, Е.Н. Сергеева, А.А. Родионов

25

Psychological and Emotional State of Students and Residents in Medical Universities
Dimitri P. Derbenev, Elena N. Sergeeva, Andrey A. Rodionov

Анализ международных сервисных стандартов работы с иностранными пациентами
Е.В. Чернышев, Г.Д. Петрова

34

Analysis of International Service Standards of International Patient Management
Evgeniy V. Chernyshev, Galina D. Petrova

Технология анализа инцидентов в реализации бережливого подхода к деятельности медицинской организации
В.Ю. Петрова, К.А. Барсегова, Р.К. Коготыжев, Г.М. Жирнова

45

Incident Analysis Technologies for Lean Management in Healthcare Organizations
Veronika Y. Petrova, Karina A. Barsegova, Rustam K. Kogotyzhev, Galina M. Zhirnova

Опыт использования метода SERVQUAL в практике внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинской организации
П.В. Работинская

55

Experience with the SERVQUAL Method in Internal Quality Control of Medical Activities in a Medical Organization
Polina V. Rabotinskaya

Обзоры

Reviews

Мобильные приложения для улучшения психического здоровья подростков и молодежи
И.В. Грибкова

64

Mobile Apps for Improving Mental Health in Teens and Young Adults
I.V. Gribkova

К вопросу о разработке PROM в рамках реализации ценностно-ориентированного здравоохранения
Ю.В. Бударина

74

On the Issue of Developing PROM as Part of the Value-based Healthcare
Yuliya V. Budarina

Здоровье мегаполиса / City Healthcare

Том 6, выпуск 2

Volume 6, issue 2

Содержание

Contents

Мнения и дискуссии

Opinions and Discussions

Актуальные вопросы нормативного правового регулирования наставничества в сфере здравоохранения
Н.А. Аракелян, Е.С. Воробцова

85

Current Issues of Legal Regulation of Mentoring in Healthcare
N.L. Arakelyan, E.S. Vorobtsova

Научный диалог: публикации сотрудников НИИ им. Н.А. Семашко

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

Летняя школа «Старт в науку» как инструмент развития профессиональных компетенций молодых ученых-медиков: из опыта реализации программы Visiting Professor
П.И. Ананченкова, Е.В. Малинович, О.А. Болбачан, Д.Д. Ибраимова

94

The “Start in Science” Summer School as a Tool for Developing Professional Competencies of Young Medical Scientists based on Visiting Professor Program
Polina I. Ananchenkova, Evgeniya V. Malinovich, Olga A. Bolbachan, Dzhyldyz Dzh. Ibraimova

Этические и организационные вызовы при оказании медицинской помощи беженцам и вынужденным переселенцам: взгляд международных неправительственных организаций
В.В. Тонконог, С. Хмейди, Д.Т. Ананченков

103

Ethical and Organizational Challenges in Providing Medical Care to Refugees and Internally Displaced Persons: the Standpoint of International Non-Governmental Organizations
Victoria V. Tonkonog, Suhail Khmeidy, Daniil T. Ananchenkov

Социальные детерминанты охраны здоровья в России: вызовы и предполагаемые направления решения
Н.Е. Карпачев, В.С. Горячев, С.А. Баженова

111

Social Determinants of Health Protection in Russia: Challenges and Proposed Solutions
Nikita E. Karpachev, Vladislav S. Goryachev, Svetlana A. Bazhenov

Научные сообщения

Research briefs

Стратегии информационного сопровождения вакцинации
Д.А. Адамов

121

Strategies for Information Support of Vaccination
Denis A. Adamov

УДК 331
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;8-17>

Обновление кадров в столичном здравоохранении: социально-демографические аспекты

О.А. Коленникова^{1, 2*}, М.С. Токсанбаева^{1, 2}

¹ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

² Институт социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 117218, Россия, г. Москва, Нахимовский пр-т, д. 32

*Автор, ответственный за переписку, email: kolennikova@mail.ru

Аннотация

Введение. Обновление кадров медицинских организаций осуществляется с помощью их притока, призванного снижать количественный и качественный дефицит медицинских специалистов. О положительных и отрицательных сторонах этого процесса можно получить определенные представления, опираясь на использование социально-демографических характеристик кадрового состава. Соответствующий анализ, в том числе в динамическом разрезе (2019–2023), проведен на примере врачебного персонала, занятого в российской столице. **Цель исследования.** Анализ процессов обновления медицинских кадров на основе социально-демографических изменений, произошедших во врачебном персонале столичной медицины в динамике за пять лет. **Материалы и методы.** Эмпирическую базу исследования составили статистика Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) и информация выборочного анкетного опроса, проведенного в 2023 г. Респонденты – медицинские специалисты, занятые в организациях ДЗМ (использовались ответы врачей). Для анализа данных применялись методы статистической и аналитической обработки данных. **Результаты.** В рассматриваемое пятилетие приток молодых кадров в столичные медицинские организации превысил его рост в предшествующие годы. Приток способствовал увеличению численности врачебного персонала, компенсации выбытия врачей предпенсионного и пенсионного возраста и в целом омоложению кадрового состава. **Заключение.** Проведенный анализ показал, что опережающее привлечение в московскую медицину молодых кадров дает возможность существенно снизить количественный дефицит врачебного персонала. Однако для сокращения качественного дефицита необходим также опыт работы врачей как важнейшее слагаемое их высокой квалификации. Но у молодежи его недостаточно. Поэтому следует усилить трудовое взаимодействие молодых и опытных врачей, особенно в первичном звене.

Ключевые слова: здравоохранение; обновление кадров; медицинские кадры; численность врачей; обеспеченность кадрами; возрастная структура; система здравоохранения города Москвы; модернизация; трудовая мобильность

Для цитирования: Коленникова О.А., Токсанбаева М.С. Обновление кадров в столичном здравоохранении: социально-демографические аспекты. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):8-17. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;8-17>

УДК 331
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;8-17>

Personnel Renewal in Moscow Healthcare System: Socio-Demographic Aspects

Olga A. Kolennikova^{1,2*}, Mairash S. Toksanbaeva^{1,2}

¹ Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya st., Moscow, 115088, Russian Federation

² Institute of Socio-Economic Studies of Population of Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, 32, Nakhimovsky prospect, Moscow, 117218, Russian Federation

*Corresponding author, email: kolennikova@mail.ru

Abstract

Introduction. The staffing of healthcare organizations is renewed through the influx of personnel aimed at reducing both the quantitative and qualitative deficits of medical specialists. Insights into the progression of these processes, along with their positive and negative aspects, can be gained by examining the socio-demographic characteristics of the workforce. A corresponding analysis, including a dynamic assessment over the period from 2019 to 2023, has been conducted using the example of medical personnel employed in the capital of Russia. **Purpose.** The analysis of the processes of updating medical personnel based on socio-demographic changes that have occurred in the medical staff of the capital's medicine over the horizon of five years. **Materials and Methods.** The empirical basis of the study is statistics from the Moscow Healthcare Department, as well as information from a sample questionnaire survey conducted in 2023. Respondents included medical specialists employed in organizations under the Moscow Healthcare Department (answers from doctors were used). Statistical and analytical data processing methods were used for data analysis. **Results.** During the analyzed five-year period, the influx of young professionals into Moscow's healthcare organizations surpassed the growth seen in previous years. This influx contributed to an increase in the number of medical personnel, helped offset the retirement of doctors of pre-retirement and retirement age, and overall facilitated a rejuvenation of the staff. **Conclusion.** The analysis has shown that the rapid involvement of young specialists in Moscow's healthcare sector significantly mitigates the quantitative shortage of medical personnel. However, to address the quality deficit, the experience of seasoned doctors remains a vital component of high qualifications, which younger professionals currently lack. Therefore, it is essential to enhance collaboration between young and experienced doctors, particularly in primary care settings.

Keywords: healthcare; personnel renewal; medical personnel; number of doctors; staffing, age structure; healthcare system in Moscow; modernization; labour mobility

For citation: Kolennikova O.A., Toksanbayeva M.S. Personnel renewal in the Moscow Healthcare system: Socio-demographic aspects. *City Healthcare*. 2025;6(2):8-17. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;8-17>

Введение

Обновление кадров здравоохранения, и прежде всего медицинских специалистов как ключевой профессиональной группы, является непрерывным воспроизводственным процессом. В ходе этого процесса должны реализовываться не только задача компенсации выбытия кадров для минимизации их количественного дефицита, но и отраслевые цели устойчивого развития, отраженные в документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и направленные на обеспечение рабочей среды, благополучия на рабочем месте, достойного труда¹. В нашей стране в соответствии со Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации в состав целей и задач его модернизации входят также сокращение дисбаланса между качественными параметрами спроса и предложения медицинских кадров, прежде всего в амбулаторном звене; повышение квалификации специалистов и улучшение отраслевой инфраструктуры; увеличение масштабов и качества целевого обучения кадров высшей и средней квалификации; обеспечение сотрудников медицинских организаций мерами социальной поддержки и др. Направления их достижения разрабатываются многими исследователями [1–5].

Реализация данных целей и задач необходима для качественного улучшения и роста доступности медицинской помощи населению. Согласно результатам мониторинга мнения населения о предоставлении этой помощи, проводимого Министерством здравоохранения РФ, в 2022 г. удовлетворены ею были 41% опрошенных, а в 2023 г. – 48%, т.е. все еще меньшинство респондентов мониторинга². Превышения теми, кто дал положительные оценки, 50%-ного барьера удалось достичь к 1 октября 2024 г. (54,9%), что даже несколько превзошло плановый уровень этого индикатора³. Тем не менее многие наболевшие проблемы медицины все еще далеки от устранения.

К числу наболевших проблем, например, относится нехватка медицинского персонала, преодоление которой было намечено на 2025 г., но пока, по материалам доклада Высшей школы экономики, она не только не сокращена, но продолжает расти и среди врачей, и среди среднего медицинского персонала. Так, дефицитными по-прежнему остаются широко востребованные участковые

врачи (терапевты, педиатры, врачи общей практики), а также узкопрофильные специалисты (травматологи, дерматологи, фтизиатры и др.). Данную проблему усугубляет региональная дифференциация дефицита врачей, который в 22 субъектах РФ характеризуется существенным уровнем⁴. Нехватка кадров, особенно высококвалифицированных, а также организационные недостатки работы лечебных организаций (затяжные сроки записи и очередей на прием) негативно сказываются на доступности медицинской помощи, в том числе государственной бесплатной помощи, когда нуждающиеся в ней вынуждены прибегать к услугам частной платной медицины. Это ограничивает их конституционные права получать помощь за счет бюджетных ресурсов и лишает часть малообеспеченных граждан возможностей воспользоваться медицинскими услугами.

Указанные проблемы, как уже отмечено, варьируются по субъектам Федерации, а потому их следует изучать в том числе в региональном разрезе. Для анализа отобрана российская столица, которая ввиду статуса мегаполиса мирового уровня отличается своеобразием процессов обновления кадров и способами реализации основных целей и задач здравоохранения. Так, система московской медицины обладает большими, чем во многих других регионах, финансовыми, материально-техническими и информационными ресурсами, а также более широкими возможностями формировать кадровый потенциал за счет выпускников ведущих в стране медицинских образовательных учреждений и значительного притока специалистов из иных субъектов РФ [6]. Поэтому проблему нехватки врачебного и сестринского персонала для Москвы нельзя назвать очень острой, что смягчает задачу количественного обновления кадров.

Однако их качественное обновление сталкивается с определенными сложностями. Вследствие того что столичный рынок труда является высококонкурентным, что характерно и для его отраслевых сегментов, включая здравоохранение, за качественные медицинские кадры конкурируют федеральные, региональные и ведомственные учреждения. Растущий спрос на специалистов предъявляют и немедицинские организации, имеющие подразделения по оказанию медико-санитарной помощи, в которых на конец 2023 г. были заняты 6,7% столичных врачей⁵. Кроме того, борьбу

¹ Health workforce: Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets. WHO. 2018. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340830/WHO-EURO-2018-2366-42121->

² Минздрав России подвел итоги работы за 2023 год. Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]: URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2024/04/20/21284-minzdrav-rossii-podvyol-itogi-raboty-za-2023-god>

³ Бескаравайная Т. Минздрав оценил удовлетворенность населения медицинской помощью в 55%. Медвестник. 28.12.2024 [Электронный ресурс]: URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-ocenil-udovletvorennost-naseleniya-meditsinskoi-pomoshu-v-55.html?ysclid=m7xl5krgob21448962>

⁴ Мануйлова А. Врачам диагностировали нехватку. Коммерсант. Здравоохранение. 23.05.2024 [Электронный ресурс]: URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6691140>

⁵ Численность врачей всех специальностей (физических лиц) в организациях, оказывающих медицинские услуги населению, на конец отчетного года». Федеральная служба государственной статистики [сайт]: <https://fedstat.ru/indicator/31547>.

за качественные кадры в городе ведет и развивающаяся частная медицина. В этих условиях здравоохранению, подведомственному ДЗМ и представляющему собой самый крупный городской «анклав» медицинских специалистов, не всегда удается занимать лучшие конкурентные позиции.

В связи с этим задачам количественного и качественного обновления кадрового потенциала и улучшения позиций на рынке труда специалистов столичных медицинских организаций системы ДЗМ уделяется серьезное внимание, в том числе в Государственной программе «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», координатором которой является ДЗМ⁶. Позитивные и проблемные результаты реализации этой программы, относящиеся к улучшению кадрового состава, освещены во многих публикациях [7–9], тем не менее ряд вопросов, включенных в соответствующие задачи модернизации московской медицины, остаются недостаточно изученными.

В этом не последнюю роль играет ограниченность официальной статистики, которая необходима и в случаях, когда исследователи привлекают к анализу материалы социологических опросов. У официальной информации выше репрезентативность, поэтому с ее помощью проверяется приемлемость фактологических опросных данных. В случаях трудной доступности и официальной, и опросной статистики применяются индикаторы, которые косвенно характеризуют те или иные явления. Так, к труднодоступной информации относится квалификация медицинских специалистов, требуемая для анализа обновления медицинского персонала. Для ее исследования можно опираться на социально-демографические индикаторы, поскольку они в определенной степени варьируются по квалификационным параметрам. Этот подход на примере врачебного персонала реализован в статье в статике и в динамике.

Цель исследования: анализ процессов обновления медицинских кадров на основе социально-демографических изменений, произошедших во врачебном персонале столичной медицины за пятилетний период (2019–2023).

Материалы и методы

В основе статьи лежат следующие источники статистической информации. Во-первых, это официальные данные Департамента здравоохране-

ния города Москвы. Во-вторых, это выборочный анкетный опрос медицинских специалистов, проведенный в 2023 г. при участии авторов, который выполнялся по программе «Научно-методическое обеспечение организационных аспектов повышения доступности и качества медицинской помощи в государственной системе здравоохранения города Москвы» (в рамках реализации программы ДЗМ «Научное обеспечение столичного здравоохранения на 2023–2025 гг.»). Опрос по разработанной авторами анкете проводился в режиме онлайн, генеральную совокупность при его планировании и проведении составили врачи и средний медицинский персонал организаций, подведомственных ДЗМ. В статье акцент сделан на врачебном персонале, поэтому использовались ответы респондентов-врачей (844 анкеты). Репрезентативность данных обеспечена взвешиванием выборки на основе официальной статистики в отношении структуры врачебного персонала учреждений системы ДЗМ за 2023 г. (параметры – тип подразделения по оказанию медицинской помощи, возраст и наличие квалификационной категории). Состав опрошенных следующий: 23,1% мужчин и 76,9% женщин; в возрасте до 30 лет – 19,4%, от 30 до 54 лет – 59,3%, старше 55 лет – 21,3%. Имели стаж работы по специальности в пределах трех лет 18,9%, от 3 до 10 лет – 33,8%, от 10 до 25 лет – 30,7%, более 25 лет – 16,6%.

Статистическая обработка информации проведена по программе SPSS Statistics 23.0. Ошибка выборки при расчете относительных величин с вероятностью 0,954 не превышает 3,4%. Выводы о наличии различий и статистической связи делались с использованием критерия хи-квадрат, нулевая гипотеза об их отсутствии при $p < 0,05$ отвергалась.

Результаты и обсуждение

В той части стратегических документов по социально-экономическому развитию РФ, которая относится к здравоохранению, важнейшей задачей в области обеспечения регионов медицинскими кадрами заявлено содействие притоку врачей, восполняющему их естественный отток. Разумеется, в условиях модернизации здравоохранения не только растет приток врачебного персонала, но и происходит реструктуризация всего кадрового состава. Так, развитие первичного звена, создание нового каркаса московского здравоохранения с внедрением нового стандарта поликлиник⁷ и расширением сети стационаров требует соответ-

⁶ Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «О Государственной программе города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)"» (с изм. от 26.03.2024). Открытый бюджет города Москвы [Электронный ресурс]: URL: <https://budget.mos.ru/budget/gp/passports/02?ysclid=m8bjzeyf8d15215451>

⁷ Новый московский стандарт поликлиник подразумевает единые нормативы по ресурсному обеспечению, включая трудовые. Это, в частности, комплекция обычных городских поликлиник специалистами по 8 наиболее востребованным медицинским профилям (терапевт или врач общей практики, кардиолог, оториноларинголог, хирург, невролог, офтальмолог, уролог и эндокринолог) и дополнительно 5 узкими специалистами в центральных (аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, колопроктолог, инфекционист). Для каждого заболевания утверждены стандарты организации и оказания медицинской помощи, а также алгоритмы наблюдения за состоянием пациента.

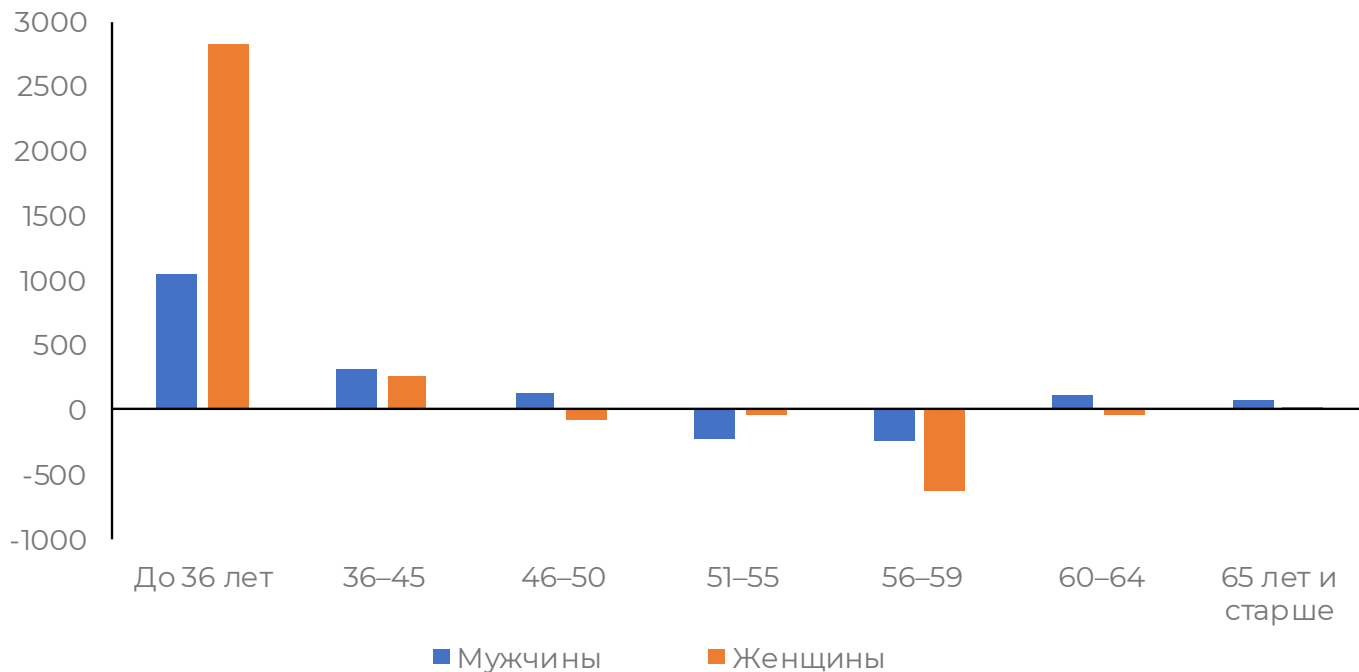


Рис. 1 – Прирост (+/-) численности врачей в медицинских организациях города Москвы по возрастным группам за 2019–2023 гг., чел.

Fig. 1 – Change (+/-) in the number of doctors by age group for the period 2019–2023, people

Составлено авторами по материалам статистики ДЗМ.

Compiled by the authors based on statistics from the Moscow Healthcare Department.

ствующих изменений в части комплектации требуемыми специалистами.

По данным статистики ДЗМ, в 2023 г. численность московских врачей в сравнении с 2019 г. повысилась на 7,2%, при этом их гендерная пропорция (30% мужчин и 70% женщин), отличающаяся устойчивостью, не изменилась и в рассматриваемое пятилетие. Изменения произошли в возрастной структуре врачебного персонала, что отражено на рисунке 1.

Судя по рисунку 1, основной вклад в увеличение численности врачей, превысившее общее выбытие врачебного персонала, внес приток сравнительно молодых кадров до 36 лет. На их долю в 2023 г. пришелся 61% принятых врачей. Благодаря этому притоку удалось компенсировать сокращение женского контингента 56–59 лет и возрастных групп мужчин 51–55 и 56–59 лет. Таким образом, за счет молодежи покрыт отток женщин, достигших пенсионного возраста и, видимо, по названной причине оставивших работу. Это мужчины от 50 до 60 лет, которые уволились из медицинских организаций в трудоспособном, отчасти в предпенсионном возрасте. Связывать отток трудоспособного сильного пола только с выходом на досрочную пенсию было бы преувеличением, данный процесс охватывает еще и трудовую мобильность. Ее компенсация также пришлась на врачей молодого возраста.

Для анализа обновления врачебных кадров в динамике выделены три возрастные группы: молодые врачи до 36 лет, контингент в самом активном

трудовом возрасте 36–55 лет, старшие возрастные группы от 56 лет и выше. Их распределение на основе анкетного опроса медицинских специалистов в рассматриваемый период показано на рисунке 2.

Как видно на рисунке 2, в 2019–2023 гг. численность врачей старшего возраста и в меньшей степени самого активного трудового возраста имела тенденцию к сокращению. Поэтому в рамках системы ДЗМ для компенсации недостающих кадров упор стал делаться на молодежь, причем в формах, позволяющих не только компенсировать, но и предотвращать их дефицит. С этой целью московский регион выделяет средства на поддержку медицинских учебных заведений, на заказы на целевое обучение необходимых специалистов, реализуется проект «Школа профессионального роста» и организуются медицинские классы в общеобразовательных учреждениях с курированием медицинскими специалистами готовности школьников обучаться медицинской профессии и другие меры.

В условиях обновления врачебного персонала большей частью за счет молодежи встает вопрос о каналах притока кадров в медицинские организации. Под каналами подразумеваются организации, из которых в рассматриваемое пятилетие врачи пришли на текущую работу. Для этого анализировались ответы респондентов, пришедших в медицинскую организацию, в которой работали на момент опроса, в период с 2019 по 2023 г., т.е. имели стаж непрерывной работы в данной медицинской организации в пределах 5 лет. В составе текущей работы выделены учреждения амбулатор-

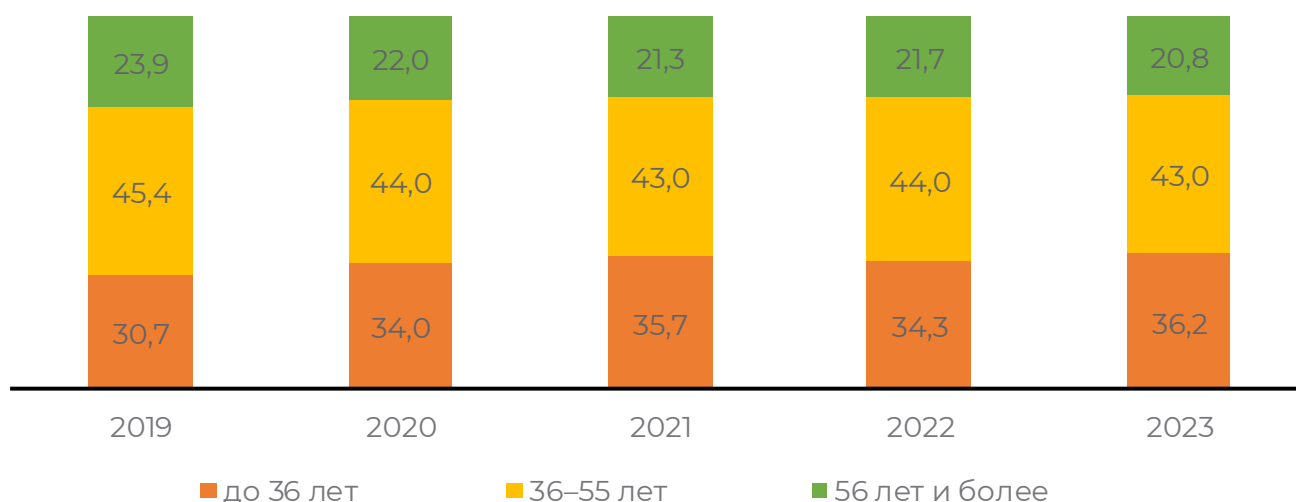


Рис. 2 – Возрастная структура врачей медицинских организаций города Москвы в 2019–2023 гг., %
Fig. 2 – Age structure of doctors in the Moscow medical organizations in 2019–2023, %

Составлено авторами по материалам статистики ДЗМ.
 Compiled by the authors based on statistics from the Moscow Healthcare Department.

ного и стационарного типа, чтобы понять, в какие из них главным образом приходят молодые кадры. Соответствующее распределение оттока и притока врачей определено по материалам анкетного опроса медицинских специалистов (рис. 3).

Приток врачей условно представляет две большие категории: выпускники вузов и специалисты с опытом работы в медицинских учреждениях. Судя по рисунку 3, набирают выпускников вузов без обучения в ординатуре в основном поликлинические подразделения, а врачей с опытом – больше стацио-

нары. Если сопоставить характеристики общего притока врачебных кадров в последние пять лет и более раннего периода, то они тоже сильно отличаются друг от друга. Суть различий в том, что в последнее время пришло в два раза больше молодых специалистов сразу после окончания вуза (15,9% общего притока опрошенных врачей), чем ранее, и лишь 17,4% закончивших ординатуру. Для сравнения: среди пришедших в медицинские организации до 2019 г. было только 8,8% выпускников вузов, а 30,7% окончили ординатуру или интернатуру.

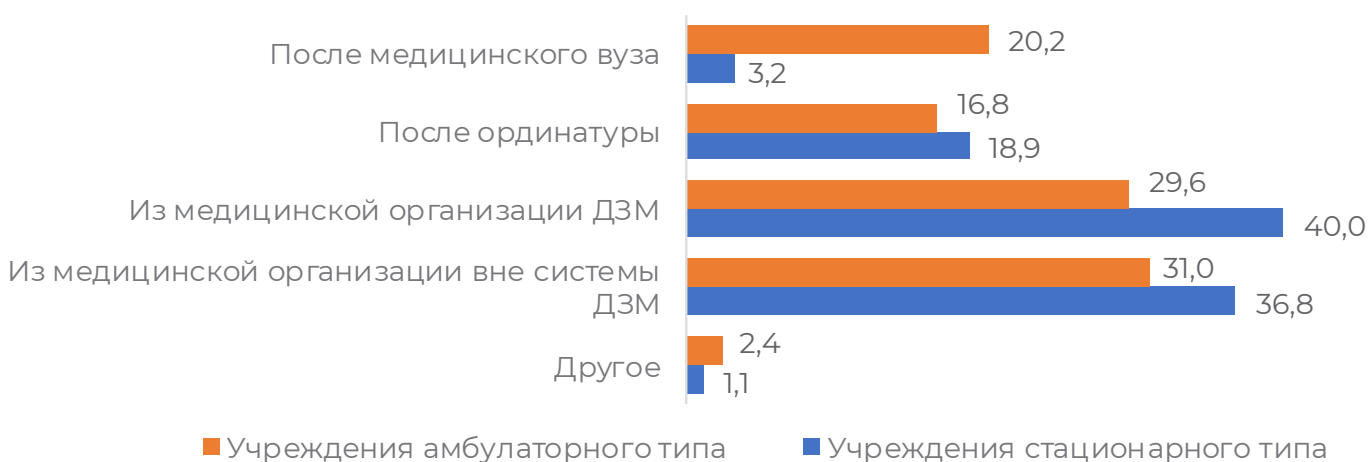


Рис. 3 – Респонденты медицинских организаций амбулаторного и стационарного типа города Москвы по каналам пополнения врачебного состава в 2019–2023 гг., процент к итогу
Fig. 3 – Respondents of outpatient and inpatient medical organizations in Moscow through recruitment channels in 2019–2023, % of total

Источник: анкетный опрос врачей московских медицинских организаций в 2023 г.

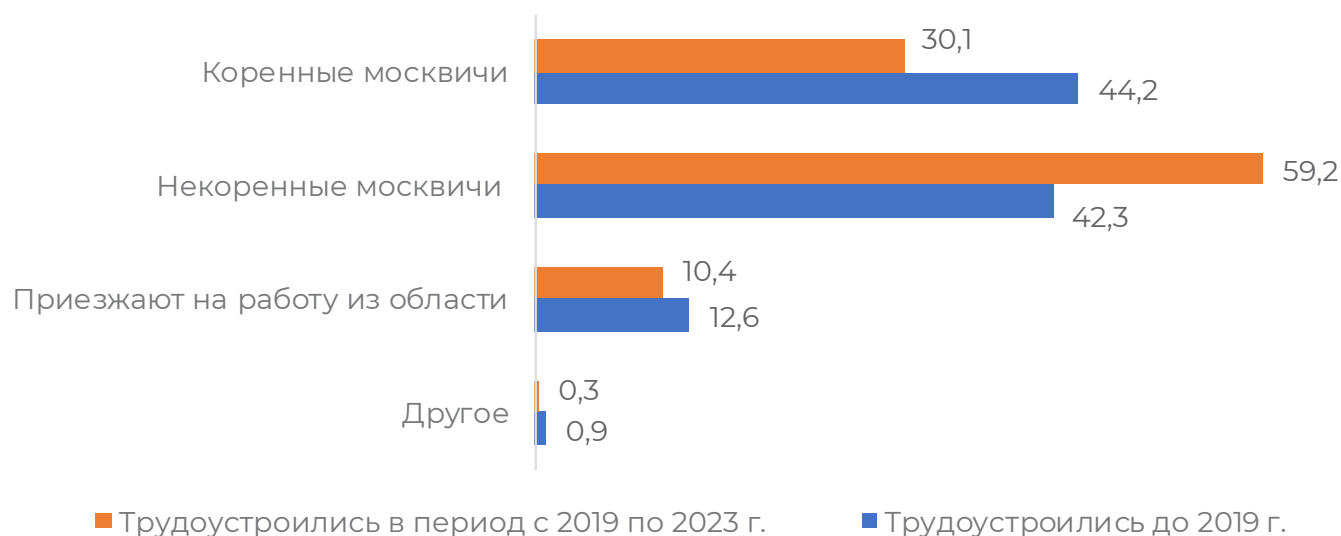


Рис. 4 – Распределение респондентов, трудоустроившихся в медицинские организации в разное время, по месту проживания, процент к итогу
Fig. 4 – Distribution of respondents who were employed by medical organizations at different times, by place of residence, % of the total

Источник: анкетный опрос врачей московских медицинских организаций в 2023 г.
 Source: questionnaire survey of doctors of Moscow medical organizations in 2023.

Что касается врачей с опытом работы в других медицинских организациях, то общий приток (в амбулаторные и стационарные медицинские организации) извне системы ДЗМ (32,7%) примерно соответствует масштабам внутриведомственной ротации кадров (31,7%). Это говорит о достаточной привлекательности условий труда в московских поликлиниках и больницах, в том числе с точки зрения возможностей профессионального развития. В целом трудовая мобильность растет, ее стимулируют разного рода факторы, традиционно повышенную подвижность демонстрируют более молодые кадры [10]. Так, за последние три года место работы менял каждый третий респондент в возрасте до 36 лет, каждый пятый от 36 до 45 лет, а старше 45 лет лишь каждый десятый. В два раза бóльшая склонность к поиску новой работы отмечается у врачей-мужчин, чем женщин.

Другой аспект пополнения кадрового состава московского здравоохранения касается того, в какой мере эта сфера труда привлекательна для москвичей. На рисунке 4 показано распределение респондентов, в разное время трудоустроившихся на текущем месте работы, по месту проживания.

Как видно на рисунке 4, врачебный состав в рассматриваемое пятилетие почти на 90% пополнился москвичами, а на 10% – кадрами из регионов, в подавляющем большинстве жителями Подмосковья. На другие регионы пришлось менее процента респондентов. Пополнение врачебных кадров в 2019–2023 гг. в сравнении с теми, кто трудится на текущих рабочих местах более пяти лет,

отличается в полтора раза меньшим числом коренных москвичей. С одной стороны, это отражает идущее увеличение численности населения столицы за счет иммиграционных потоков, а с другой – говорит о действенных стимулах привлечения в систему ДЗМ и закрепления в столице выпускников медицинских образовательных учреждений и опытных специалистов из других регионов. Стоит добавить, что принимают на работу новых москвичей больше в поликлиниках, чем в больницах.

Возникает вопрос, в какой мере стабильна занятость рассматриваемых категорий врачебного персонала. Согласно результатам анкетного опроса, желание работать на прежнем месте высказали 68,7% респондентов, пришедших в организации в последние пять лет, а среди проработавших более пяти лет – 80,2%. Среди тех, кто настроен на трудовую мобильность, в первой категории значительную часть составляет молодежь, и это во многом и объясняет ее бóльшую склонность к поиску другого места работы. Она чаще, чем респонденты второй категории, ориентируется на внутрифирменный переход на другое рабочее место, в другую медицинскую организацию или вообще на смену сферы деятельности. В графе «Другое» несколько респондентов указали на отсутствие вакантных мест по той специальности, по которой они хотели бы работать, а также на желание пройти переподготовку.

В целом кадровую ситуацию с точки зрения последнего пополнения кадрами можно расценивать как относительно стабильную. При наличии

бесспорного прогресса в омоложении врачебного состава, компенсирующего естественное выветывание, возникают вопросы влияния притока молодых кадров на общий профессиональный уровень, приверженности специальности, по которой работают и другие врачи, что также требует углубленного изучения.

Заключение

В процессе обновления врачебного персонала в столичных медицинских организациях в 2019–2023 гг. выявлены следующие основные особенности. Во-первых, в притоке кадров заметно увеличилась численность молодых врачей до 36 лет, доля которых ежегодно росла, тогда как процент лиц в возрасте от 56 лет и старше сокращался. Во-вторых, молодежь в большей мере принимала на работу в учреждения амбулаторного типа, в том числе выпускников вузов, доля которых в сравнении с приемом в стационары выросла в разы. В-третьих, среди трудоустроенных сократилась доля коренных москвичей, а значит, в обновлении столичных кадров шире стали принимать участие специалисты из других регионов.

Эти процессы имеют двойные последствия. С одной стороны, благодаря притоку молодежи,

в том числе за счет межрегиональной мобильности, удастся не только компенсировать выветывание кадров, но и обеспечить их количественный рост. Омоложение врачебного персонала позволяет также пополнить кадры медицинских организаций специалистами, в силу молодого возраста более восприимчивыми к новациям, значительный объем которых и скорость появления характерны для современной медицины. Это открывает молодежи хорошие возможности для профессионального развития и должностного продвижения.

С другой стороны, специфика медицины состоит в сравнительно затяжном сроке для врачебного персонала достижения высокой квалификации, в чем немалая роль принадлежит опыту работы, которого молодым кадрам объективно недостает. С этим, например, связан предпочтительный прием на работу в стационары более опытных специалистов, тогда как в первичном звене здравоохранения выше концентрация кадров меньшей квалификации, что затрудняет назревшее приоритетное развитие первичного звена. В связи с этим в учреждениях амбулаторного типа следует активизировать меры по профессиональному развитию молодежи и более взвешенно подходить к оптимизации возрастного состава кадров.

Список литературы

1. Витер Т.А., Самохина Е.А., Мариен Л.С. Тенденции формирования спроса на труд в здравоохранении на российском рынке. *Экономика труда*. 2025;12(1):79-96. <https://doi.org/10.18334/et.12.1.122491>
2. Карпова О.Б., Загоруйченко А.А. Актуальные вопросы кадрового обеспечения в здравоохранении в России и в мире. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022;(3):181-187. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187>
3. Бизин С.В. Особенности государственной кадровой политики в сфере здравоохранения: региональный аспект. *Экономика, предпринимательство и право*. 2023;13(10):4169-4192. <https://doi.org/10.18334/epp.13.10.118954>
4. Сенотрусова Ю.Е. Кадровая политика в здравоохранении в аспекте кадрового обеспечения системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Аналитический обзор. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2024;70(S5):24. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2024-70-S5-24>
5. Пономаренко Б.Т., Сусякова Е.В. Формирование компетентностного подхода к управлению медицинским персоналом. *Этносоциум и межнациональная культура*. 2024;1(187):46-53.
6. Аксенова Е.И., Александрова О.А., Ярашева А.В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения. М.: ГБУ НИИОЗММ ДЗМ; 2019. 244 с. ISBN: 978-5-907251-15-1.
7. Коленникова О.А. Социальные проблемы рабочей силы в современной России. М.: ФНИСЦ РАН, 2024. 368 с. ISBN: 978-5-89697-431-4. <https://doi.org/10.19181/MONOGR.978-5-89697-431-4.2024>
8. Семенова Т.В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении. *Вестник Росздравнадзора*. 2019;(4):49-59. https://doi.org/10.35576/article_5d651dbc55e202.19015133

9. Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Хетагурова А.К., Подчернина А.М. К вопросу о кадровом обеспечении медицинских организаций в условиях структурных преобразований системы здравоохранения города Москвы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):486-490. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-486-490>
10. Коленникова О.А., Токсанбаева М.С. Трудовая мобильность медицинских специалистов: установки и факторы. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2024;68(5):371-378. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2024-68-5-371-378>

References

1. Viter T.A., Samoxina E.A., Marien L.S. Trends in healthcare labour demand in Russia. *Russian Journal of Labour Economics*, 2025; 12(1):79-96. <https://doi.org/10.18334/et.12.1.122491> (In Russ.)
2. Karpova O.B., Zagoruychenko A.A. Current issues of staffing in healthcare in Russia and in the world. *Health care of the Russian Federation*. 2022;66(3):181-187. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187> (In Russ.)
3. Bizin S.V. Characteristics of state personnel policy in healthcare: regional dimension. *Journal of Economics, Entrepreneurship and Law*, 13(10), 4169-4192. <https://doi.org/10.18334/epp.13.10.118954> (In Russ.)
4. Senotrusova Yu.E. Personnel policy in healthcare in the aspect of staffing the primary health care system. Analytical review. *Social Aspects of Population Health*. 2024;70(S5):24. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2024-70-S5-24> (In Russ.)
5. Ponomarenko B.T., Suslyakova E.V. Formation of a competence-based approach to medical personnel management. *Etnosocium and multinational culture*. 2024;1(187):46-53 (In Russ.)
6. Aksenova E.I., Aleksandrova O.A., Yarasheva A.V., et al. Development of the personnel potential of Moscow healthcare. Moscow: Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, 2019. P. 244. ISBN: 978-5-907251-15-1 (In Russ.)
7. Kolennikova O. A. Social problems of the labour force in modern Russia. M.: FNISCz RAN, 2024. 368 p. ISBN: 978-5-89697-431-4. <https://doi.org/10.19181/MONOGR.978-5-89697-431-4.2024> (In Russ.)
8. Semenova T.V. Medical personnel of Russia. Personnel imbalance and its elimination in healthcare. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2019;(4):49-59. https://doi.org/10.35576/article_5d651dbc55e202.19015133 (In Russ.)
9. Aksenova E.I., Kamynina N.N., Khetagurova A.K., Podchernina A.M. On the issue of personnel support of medical organizations in conditions of structural transformation of health care system of the City of Moscow. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2020;28(3):486-490. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-486-490>
10. Kolennikova O.A., Toksanbaeva M.S. Labour mobility of medical specialists: attitudes and factors. *Health Care of the Russian Federation*. 2024;68(5):371-378. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2024-68-5-371-378> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: статья подготовлена авторами в рамках НИР «Научно-методическое обеспечение организационных аспектов повышения доступности и качества медицинской помощи в государственной системе здравоохранения города Москвы» (Номер по ЕГИСУ: 123032100063-3).

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: This article was prepared by the authors within the framework of the research "Scientific and methodological support of organizational aspects of improving the availability and quality of medical care in the public health system of Moscow" (No. according to EGISU: № 123032100063-3).

Сведения об авторах

Коленникова Ольга Александровна – канд. экон. наук, научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, <https://orcid.org/0000-0002-0138-6115>

Токсанбаева Майраш Сейтказыевна – д-р экон. наук, научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; главный научный сотрудник, зав. лабораторией Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, <https://orcid.org/0000-0002-3570-592X>

Вклад авторов

Участие авторов: все соавторы – концепция и дизайн исследования, сбор материалов, написание текста, утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи. М.С. Токсанбаева – редактирование, составление списка литературы; О.А. Коленникова – статистическая обработка материалов.

Все авторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Коленникова Ольга Александровна
kolennikova@mail.ru

Статья поступила 24.03.2025.
Принята к печати 21.05.2025.
Опубликована 18.06.2025

About authors

Olga A. Kolennikova – Cand. Sci. in Economics, Researcher Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department; Leading researcher, Institute of Socio-Economic Studies of Population, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS, <https://orcid.org/0000-0002-0138-6115>

Mairash S. Toksanbaeva – Dr. Sci. in Economics, Researcher Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department; Chief researcher, Head of Laboratory, Institute of Socio-Economic Studies of Population, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology RAS, <https://orcid.org/0000-0002-3570-592X>

Authors' contributions

Authors' participation: All authors contributed to the conception and design of the study, material collection, manuscript writing, approval of the final version of the article, and ensuring the integrity of all parts of the article. M.S. Toksanbaeva was responsible for editing and compiling the reference list. O.A. Kolennikova handled the statistical analysis of the materials.

All authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Olga A. Kolennikova
kolennikova@mail.ru

Received 24.03.2025.
Accepted for publication 21.05.2025.
Published 18.06.2025

УДК 614.2:338.48
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2:18-24>

Некоторые аспекты обеспечения доступности медицинской помощи в московских поликлиниках

З.Х. Агамов^{1,2*}, О.А. Зернова², А.Е. Якубова², М.М. Дзагоев², Р.Г. Зулькарнаев², В.В. Причеп², М.Н. Алимуратов², А.Л. Кошкакарян³

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12, стр. 1

² Городская поликлиника № 115 Департамента здравоохранения города Москвы, 123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 14, к. 1

³ Городская поликлиника № 219 Департамента здравоохранения города Москвы, 125373, Россия, г. Москва, б-р Яна Райниса, д. 47

*Автор, ответственный за переписку, email: azxur@rambler.ru

Аннотация

Актуальность. Обеспечение доступности медицинской помощи – одно из приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения. Для улучшения доступности, наряду с устранением кадрового дефицита, актуальным является разработка и внедрение новых организационных технологий. Прием врача, в рамках которого оказывается медицинская помощь, является наиболее ценным ресурсом поликлиники, в связи с чем неявка пациентов на прием без отмены предварительной записи приводит к потере рабочего времени врачей и снижению уровня доступности медицинской помощи. **Цель** – обеспечение доступности медицинской помощи на основе устранения потерь рабочего времени врачей, связанных с неявкой пациентов по предварительной записи. **Материалы исследования.** Данные, полученные из ЕМИАС по количеству записавшихся на прием по предварительной записи к врачам различных специальностей городской поликлиники в течение одного календарного года и количеству не явившихся на прием впоследствии; результаты организационного эксперимента. **Методы:** аналитический, организационного эксперимента, социологический, статистический. **Результаты.** Доля предварительно записавшихся, но впоследствии не явившихся на прием к врачам московской поликлиники составляет от 9 до 18,9% в зависимости от врачебной специальности. Организационный эксперимент по предварительному информированию медицинской сестрой урологического кабинета с помощью обзвона пациентов, записавшихся на прием в поликлинику к врачу-урологу, для получения подтверждения явки или отказа от приема позволил уменьшить долю несостоявшихся приемов с 13 до 3,4% ($p < 0,001$). **Выводы.** Предварительное взаимодействие медицинских работников поликлиники и пациентов, записавшихся на прием к врачам, с информированием о предстоящем приеме и подтверждением или отказом от явки на прием является эффективной мерой по обеспечению доступности медицинской помощи в поликлиниках города Москвы.

Ключевые слова: поликлиника; прием врача; первичная медико-санитарная помощь; доступность медицинской помощи

Для цитирования: Агамов З.Х., Зернова О.А., Якубова А.Е., Дзагоев М.М., Зулькарнаев Р.Г., Причеп В.В., Алимуратов М.Н., Кошкакарян А.Л. Некоторые аспекты обеспечения доступности медицинской помощи в московских поликлиниках. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):18-24. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2:18-24>

УДК 614.2:338.48
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;18-24>

Some Aspects of Ensuring Access to Health Care in Moscow Polyclinics

Zagir Kh. Agamov^{1,2*}, Olga A. Zernova², Anastasiya Ye. Yakubova², Marad M. Dzagoev², Ruslan G. Zulkarnaev², Vladimir V. Prichepa², Murad N. Alimuradov², Arman L. Koshkakaryan³

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, bldg. 1, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russia

² City Polyclinic No. 115 of Moscow Healthcare Department, 14, bldg. 1, Marshala Novikova ul., 123098, Moscow, Russia

³ City Polyclinic No. 219 of Moscow Healthcare Department, 47, Yana Raynisa blvd., 125373, Moscow, Russia

*Corresponding author, email: azxur@rambler.ru

Abstract

Background. Ensuring access to health care is a priority area of development in Russian healthcare. Introducing new organizational technologies along with eliminating medical staff shortages is important to improve access to health care. Doctors provide care at consultations, so they are the polyclinic's most valuable resource. Therefore, doctors' working time is lost and access to health care is limited when patients fail to show up without canceling an appointment. **Purpose.** To ensure access to health care by eliminating the loss of doctors' working time due to patient no-shows. **Materials.** The authors used the results of a facility-based experiment and the data from the Unified Medical Information System (EMIAS) on the number of people who made an appointment with doctors of various specialties at a city polyclinic during one calendar year and the number of people who did not show up for an appointment later. **Methods.** The authors carried out a facility-based experiment and applied analytical, sociological, and statistical methods. **Results.** The percentage of people who pre-registered to an appointment with a doctor but subsequently failed to show up for it at a Moscow polyclinic ranged from 9% to 18.9%, depending on the medical specialty. During a facility-based experiment, the nurses of an urology office called patients who had made an appointment with a urologist to confirm their attendance. The experiment enabled to reduce the proportion of missed appointments from 13 to 3.4% ($p < 0.001$). **Conclusion.** Preliminary communication between patients who have made an appointment with doctors, and polyclinic's healthcare workers who call patients to remind them about appointments and receive their confirmation or refusal to show up for an appointment is proved to be efficient to ensure access to health care in Moscow polyclinics.

Keywords: polyclinic; doctor's appointment; primary health care; access to health care

For citation: Agamov Z.Kh., Zernova O.A., Yakubova A.Ye., Dzagoev M.M., Zulkarnaev R.G., Prichepa V.V., Alimuradov M.N., Koshkakaryan A.L. Some Aspects of Ensuring Access to Health Care in Moscow Polyclinics. *City Healthcare*. 2025;6(2):18-24. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;18-24>

Введение

Обеспечение доступности медицинской помощи – одно из главных направлений развития отечественного здравоохранения. Для улучшения доступности, наряду с устранением дефицита медицинских кадров, в настоящее время крайне актуальным является внедрение новых организационных технологий, в том числе телемедицинских¹. При этом существующий в настоящее время уровень информатизации здравоохранения должен сыграть ключевую роль. Наряду с этим Программой государственных гарантий установлены целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики².

Одним из прорывных направлений Государственной программы «Столичное здравоохранение»³ является информатизация, в рамках которой внедрена Единая медицинская информационно-аналитическая система (далее – ЕМИАС), к ней подключены все медицинские организации государственной системы здравоохранения Москвы [1]. Внедрение ЕМИАС позволило уменьшить время ожидания приемов врачей поликлиник, позволило записываться на приемы к врачам и лабораторно-инструментальные исследования дистанционно, сократить документооборот [2, 3]. Наряду с этим с помощью ЕМИАС стало возможным управление потоками пациентов в медицинских организациях; ведение учета оказываемой медицинской помощи гражданам; получение данных о загруженности медицинских организаций и потребности во врачах; получение информации о сроках ожидания медицинской помощи, числе несостоявшихся приемов у врачей первичного звена и др.⁴. Такой функционал ЕМИАС расширяет возможности для эффективного менеджмента в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП), в том числе на принципах бережливого производства, предполагающих поиск, выявление и устранение всех видов потерь ресурсов медицинской организации,

что способствует улучшению доступности медицинской помощи и повышению ее качества с наименьшими затратами [4, 5]. Технологии бережливого производства активно внедряются в системе здравоохранения Российской Федерации, медицинских организациях, оказывающих ПМСП в рамках реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национально-го проекта «Здравоохранение»⁵.

Прием врача, в рамках которого оказывается ПМСП, является основным ресурсом поликлиники, в связи с чем неявка пациентов без отмены записи приводит к потере рабочего времени врачей и ограничивает доступность медицинской помощи.

Цель исследования – обеспечение доступности медицинской помощи на основе устранения потерь рабочего времени врачей, связанных с неявкой пациентов по предварительной записи

Материалы исследования: данные, полученные из ЕМИАС по количеству записавшихся на прием по предварительной записи к врачам различных специальностей городской поликлиники в течение одного календарного года и количеству не явившихся на прием впоследствии; результаты организационного эксперимента. Методы: аналитический, организационного эксперимента, социологический, статистический.

Результаты

Зарегистрировано 678 342 предварительные записи на прием к врачам городской поликлиники по следующим специальностям: врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-уролог, врач-хирург, врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог, врач-кардиолог, врач-невролог, врач-эндокринолог. Число несостоявшихся приемов составило 116 387, а это 17,2%.

За календарный год в структуре предварительно записавшихся доля не явившихся впоследствии на прием варьирует от 9% у врачей-эндокринологов до 18,9% у врачей-хирургов (рис. 1).

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025).

² Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».

³ Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «О Государственной программе города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

⁴ Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.07.2015 № 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы и критериев оценки эффективности и результативности деятельности руководителей государственных учреждений города Москвы, находящихся в ведении Департамента здравоохранения города Москвы».

⁵ Паспорт национального проекта «Здравоохранение» // Правительство России. Официальный сайт | Заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам. 2018, 24 дек.

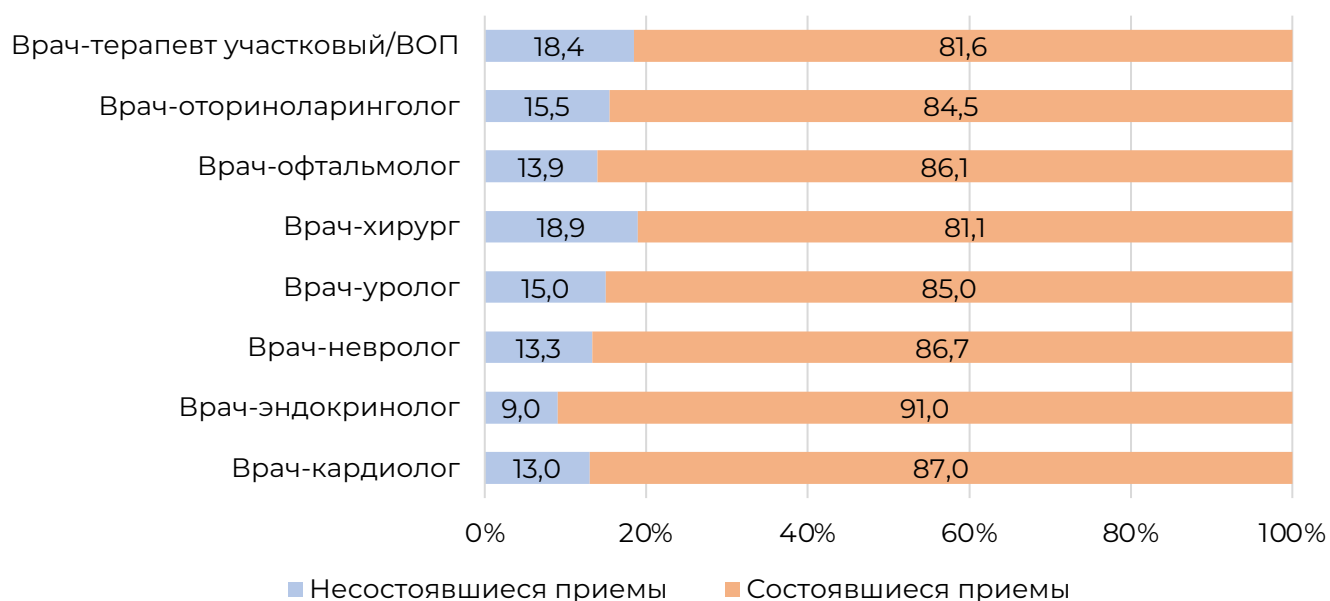


Рис. 1 – Структура записи врачей по состоявшимся / несостоявшимся приемам в течение года, %

Fig. 1 – Structure of doctor's consultations by missed and non-missed appointments within a year, %

Предварительные данные получены в абсолютных цифрах из ЕМИАС, авторами рассчитаны доли и составлена диаграмма.

Полученные данные определили необходимость разработки мер по сокращению доли несостоявшихся приемов. Разработан и апробирован организационный эксперимент по предварительному информированию медицинской сестрой урологического кабинета с помощью обзвона⁶ пациентов, записавшихся на прием к врачу-урологу, для подтверждения явки на прием. Обзвон записавшихся пациентов выполнялся за один день до приема по списку предварительной записи пациентов к врачу-урологу. Данный список с контактными данными пациентов формировался из ЕМИАС.

В ходе выполненного анализа за предыдущий организационному эксперименту календарный месяц, согласно данным ЕМИАС, к врачу-урологу

зарегистрированы 588 записей пациентов, доля несостоявшихся приемов составила 13% (77 пациентов).

В течение следующего календарного месяца за день до приема врачом-урологом медицинской сестрой выполнялся обзвон предварительно записанных пациентов, в ходе которого пациентам напоминали о предстоящем приеме врача-уролога и получали от пациента подтверждение явки или отказ. Количество записанных в течение месяца составило 616 пациентов, из них выполнен обзвон 589 пациентов, из которых 13,7% (81 пациент) оповестили медицинскую сестру, что не смогут явиться на прием. Предварительная запись данных пациентов удалялась с высвобождением свободных слотов⁷ для записи другими пациентами. По итогам эксперимента доля несостоявшихся приемов составила 3,4% (табл. 1).

Таблица 1 – Динамика приемов врача-уролога до и после организационного эксперимента

Table 1 – Dynamics of attendance of doctor's appointments before and after a facility-based experiment

Составлено авторами
Compiled by the authors

Показатель	До эксперимента	После эксперимента
Число предварительно записанных на прием	588	616
Не явились на прием	77 (13%)	21 (3,4%)

⁶ Применен социологический метод телефонного опроса (обзвон), позволивший получить информацию из первых уст.

⁷ Синхронное расписание (слоты) – расписание, в котором для врача определены конкретные временные промежутки (слоты) для приема пациентов.

Обсуждение

Внедрение ЕМИАС упростило возможность для пациентов записи на прием к врачам первичного звена здравоохранения города Москвы, в том числе с использованием удаленных каналов записи. Однако проблема неявки пациентов на прием по предварительной записи ухудшает доступность ПМСП из-за отсутствия свободных квот для записи и приводит к увеличению сроков ожидания медицинской помощи.

Полученные в ходе настоящего исследования результаты подтвердили данные более ранних исследований по определению доли несостоявшихся приемов у врачей различных специальностей московских городских поликлиник, которая составляет от 4 до 19% [6, 7].

Проведенный организационный эксперимент продемонстрировал эффективность предварительных обзвонив пациентов, записавшихся к врачам; зарегистрировано статистически достоверное снижение доли несостоявшихся приемов ($p < 0,001$). Высвобождение при этом слотов для записи другими пациентами позволяет улучшить доступность медицинской помощи в поликлинике.

Наряду с предварительным обзвоном пациентов необходимы дополнительные меры по информированию пациентов о предстоящем приеме и в случае невозможности явки необходимости отмены записи. Представляется актуальным размещение в поликлиниках информационных стендов с соответствующей информацией; включение в выдаваемые при записи к врачам талоны информации о необходимости отмены записи в случае невозможности явки.

Наряду с информированием граждан актуальными являются меры по повышению дисциплинированности и ответственности предварительно записавшихся на прием к врачам пациентов в случае их неявки. Однако в нормативных правовых актах (далее – НПА) не прописана ответственность граждан в сфере охраны здоровья. При этом в п. 3 ст. 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указано, что «граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения... и правила поведения пациента в медицинских организациях». Разработка и закрепление в локальных НПА медицинских организаций, оказывающих ПМСП, мер ответственности для пациентов за неявку к врачу без предварительной отмены позволили бы повысить дисциплинированность граждан.

На основании опыта, полученного в ходе реализации проектов по улучшениям в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, разработаны критерии новой модели организации оказания медицинской помощи, использующиеся при реализации мероприятий федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» [8], которые содержат один критерий относительно посещений пациентов: доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, должна составлять не менее 80%. Выполненное исследование демонстрирует необходимость обеспечения именно явки пациентов на прием к врачам по предварительной записи как таковой, что определяет необходимость закрепления данного критерия как обязательный элемент для обеспечения доступности ПМСП. Наряду с этим представляется актуальным выполнять обзвон записавшихся не за один, а за 2–3 дня до приема, что расширило бы возможности для записи пациентов на освободившиеся места.

Представленная апробированная практика не является новой организационной технологией. В рамках федерального инцидента № 38 разработаны методические рекомендации, в которых представлен алгоритм информирования пациентов о предстоящем визите для получения подтверждения от пациента о готовности явки в ранее согласованные дату и время или отказа от записи⁸. Однако при очевидности эффекта от использования данной технологии отсутствуют публикации по оценке эффективности ее применения, что и определило необходимость выполнения данного исследования, которое продемонстрировало сокращение доли несостоявшихся приемов врачей в 4 раза с высвобождением слотов для записи другими пациентами и повышением доступности ПМСП.

Выводы

Одной из эффективных мер по обеспечению доступности ПМСП является предварительное взаимодействие медицинских работников поликлиники и пациентов, записавшихся на прием к врачам, с информированием о предстоящем приеме и подтверждением или отказом от явки на прием. Наряду с работой по информированию пациентов о возможности отмены записи к врачу необходимы меры по повышению сознательного

⁸ Методические рекомендации № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры» (издание третье, переработанное и дополненное) (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 27 сентября 2023 г.).

и бережного отношения граждан к самому важному ресурсу поликлиники, в рамках которого оказывается медицинская помощь, – приему врача с определением ответственности пациентов и повышению их дисциплинированности в случаях их неявки на прием по предварительной записи.

Список литературы

1. Агамов З.Х. К вопросу о реформах здравоохранения Москвы (обзор). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):455-463. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-3-455-463>
2. Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Алленов А.М. и др. Значение информационно-аналитических технологий в современном здравоохранении. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2017;(7-8):5-10.
3. Эльбек Ю.В., Нефедов Р.Д. Приверженность граждан при осуществлении записи к врачу в условиях информатизации здравоохранения. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. *Вестник ВШОУЗ*. 2022;8(2):146-153. <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2022-8-2-146-153>
4. Ивашинников А.В., Нямцу А.М., Шуплецова В.А. Бережливое производство в здравоохранении. 2-е изд., испр. Тюмень: РИЦ «Айвекс»; 2022. 180 с.
5. Протасова Л.М., Масунов В.Н., Бойков В.А., Деев И.А., Кобякова О.С., Суворова Т.А., Шибалков И.П., Шнайдер Г.В. Опыт внедрения технологий бережливого производства в здравоохранении: обзор лучших практик. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019;65(4). <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-4-1>
6. Бударин С.С., Старшинин А.В., Тяжелников А.А. и др. Анализ структуры и причин несостоявшихся приемов граждан, записавшихся к врачу по каналам самозаписи в московских поликлиниках. *Вестник Росздравнадзора*. 2021;(2):62-69
7. Игнатъев Е.А., Васильева Т.М. Анализ несостоявшихся приемов по профилю «детская хирургия» в поликлиниках СВАО г. Москвы в 2021 году. *Здоровье мегаполиса*. 2022;(1):16-23. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2022.v3i1;16-23>
8. Каракулина Е.В., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н., Крошка Д.В., Трефилов Р.Н., Бакулин П.С., Минигулов С.Р., Курмангулов А.А., Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (4-е издание с дополнениями и уточнениями). Методические рекомендации. Москва: РОПНИЗ; 2024. 308 с. <https://doi.org/10.15829/ROPNIZ-k10-2024>

References

1. Agamov Z.Kh. On the issue of Moscow health care reforms: a review of publications. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2022;30(3):455-463. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-3-455-463> (In Russ.)
2. Khalfin R.A., Madyanova V.V., Allenov M.A., et al. The importance of information and analytical technologies in modern healthcare. *Health care Standardization Problems*. 2017;(7-8):5-10. (In Russ.)
3. Elbek Yu.V., Nefyodov R.D. Commitment of citizens when making an appointment with a doctor in the conditions of health informatization. HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. *Bulletin of VSHOUZ*. 2022;8(2):146-153. <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2022-8-2-146-153> (In Russ.)
4. Ivashinnikov A.V., Nyamtsu A.M., Shupletsova V.A. Lean manufacturing in healthcare. 2nd ed upd. Tyumen: Advertising and Publishing Center "Aiveks"; 2022. (In Russ.)
5. Protasova L.M., Masunov V.N., Boykov V.A., et al. Experience in introducing lean manufacturing into health care: overview of best practices. *Social aspects of population health* [serial online] 2019;65(4). <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-4-1> (In Russ.)
6. Budarin S.S., Starshinin A.V., Tyazhelnikov A.A., et al. Analysis of the structure and causes for failed appointments of citizens made an appointment with a doctor through self-recording channels in Moscow polyclinics. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2021;2:62-69. (In Russ.)
7. Ignatev E.A., Vasilyeva T.M. Analysis of failed receptions in the profile of "pediatric surgery" in polyclinics of the NEAO of Moscow in 2021. *City Healthcare*. 2022;3(1):16-23. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2022.v3i1;16-23> (In Russ.)
8. Karakulina E.V., Shhegolev P.E., Khodyreva I.N., et al. New model of healthcare organization providing primary health care: guidelines. 4th ed upd and rev. Moscow: Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases, Silicea-Poligraf, LLC; 2024. <https://doi.org/10.15829/ROPNIZ-k10-2024> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Агамов Загир Хидирович – д-р мед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», <https://orcid.org/0000-0002-3745-4888>

Зернова Ольга Александровна – врач-уролог ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ»

Якубова Анастасия Евгениевна – врач-уролог ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ»

Дзагоев Марад Мурадиевич – врач-уролог ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ»

Зулькарнаев Руслан Гиззатович – врач-уролог ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ»

Причеп Владимир Владимирович – врач-уролог ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ»

Алимурадов Мурад Насуруллаевич – врач-уролог ГБУЗ «Городская поликлиника № 115 ДЗМ»

Кошкакарян Арман Леонович – канд. мед. наук, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы в СЗАО по оказанию урологической помощи амбулаторно, врач-уролог ГБУЗ «Городская поликлиника № 219 ДЗМ», <https://orcid.org/0009-0009-7057-8987>

Вклад авторов

Участие авторов: З.Х. Агамов – концепция и дизайн исследования; М.Н. Алимурадов – поиск литературы; О.А. Зернова, А.Е. Якубова, М.М. Дзагоев – сбор и обработка материала; В.В. Причеп, Р.Г. Зулькарнаев, З.Х. Агамов – анализ данных; З.Х. Агамов – написание текста; З.Х. Агамов, А.Л. Кошкакарян – редактирование.

Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Загир Хидирович Агамов
azxur@rambler.ru

Поступила 17.03.2025
Принята к печати 15.05.2025
Опубликована 18.06.2025

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About authors

Zagir Kh. Agamov – Dr. Sci. in Medicine, Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <https://orcid.org/0000-0002-3745-4888>

Olga A. Zernova – urologist, the City Polyclinic No. 115 of Moscow Healthcare Department

Anastasia Ye. Yakubova – urologist, the City Polyclinic No. 115 of Moscow Healthcare Department

Marad M. Dzagoev – urologist, the City Polyclinic No. 115 of Moscow Healthcare Department

Ruslan G. Zulkarnaev – urologist, the City Polyclinic No. 115 of Moscow Healthcare Department

Vladimir V. Prichepa – urologist, the City Polyclinic No. 115 of Moscow Healthcare Department

Murad N. Alimuradov – urologist, the City Polyclinic No. 115 of Moscow Healthcare Department

Arman L. Koshkakarayan – Cand. Sci. in Medicine, Chief Specialist in Outpatient Urological Care at the North-Western Administrative Okrug of Moscow, urologist, the City Polyclinic No. 219 of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0009-0009-7057-8987>

Authors' contributions

Z.H. Agamov – concept and design of the study; M.N. Alimuradov – literature search; O.A. Zernova, A.Ye. Yakubova, M.M. Dzagoev – collection and processing of material; V.V. Prichepa, R.G. Zulkarnaev, Z.H. Agamov – data analysis; Z.H. Agamov – writing the text; Z.H. Agamov, A.L. Koshkakarayan – text editing.

All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Zagir Kh. Agamov
azxur@rambler.ru

Received 17.03.2025
Accepted for publication 15.05.2025
Published 18.06.2025

УДК 159.923
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;25-33>

Особенности психоэмоционального состояния студентов и ординаторов медицинского вуза

Д.П. Дербенев^{1*}, Е.Н. Сергеева², А.А. Родионов²

¹ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

² Тверской государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, 170100, г. Тверь, Россия, ул. Советская, д. 4

*Автор, ответственный за переписку, email: dipald@mail.ru

Аннотация

Цель исследования заключалась в оценке психоэмоционального состояния студентов и ординаторов медицинского вуза в связи с их полом, стадией и специальностью профессиональной подготовки. **Материалы и методы исследования.** В исследовании участвовали 1007 студентов и ординаторов медицинского вуза, проходящих обучение по программам специалитета и ординатуры. Основное внимание было уделено оценке их психоэмоционального состояния на основе уровней тревожности и депрессивности. Сбор данных, их обработка и последующий анализ проводились с применением комплекса валидированных психологических, социологических и статистических методов. **Результаты исследования.** Общее психоэмоциональное состояние студентов и ординаторов медицинского вуза характеризуется преобладанием лиц с отсутствием признаков тревоги и депрессии, т.е. является относительно благополучным. Обучающимся женского пола свойственна более высокая тревожность. Отмечена тенденция к усилению степени депрессивности обследованных лиц в динамике от первого курса специалитета к этапу ординатуры. Степень психоэмоционального благополучия обучающихся по специальности «педиатрия» (студентов и ординаторов-выпускников педиатрического факультета) заметно выше, чем в сопоставимых группах обучающихся по специальностям «стоматология» и «лечебное дело».

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние; тревога; депрессия; студенты медицинского вуза; ординаторы медицинского вуза

Для цитирования: Дербенев Д.П., Сергеева Е.Н., Родионов А.А. Особенности психоэмоционального состояния студентов и ординаторов медицинского вуза. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):25-33. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;25-33>

УДК 159.923
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;25-33>

Psychological and Emotional State of Students and Residents in Medical Universities

Dimitri P. Derbenev^{1*}, Elena N. Sergeeva², Andrey A. Rodionov³

¹ Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Tver State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 4, Sovetskaya ul., 170100, Tver, Russian Federation

* Corresponding author, email: dipald@mail.ru

Abstract

The purpose of the study was to assess the psychological and emotional state of students and residents in medical universities in relation to their sex, professional stage, and training specialty. **Materials and methods.** The study included 1,007 medical students undergoing specialty and residency programs. The study assessed the psychological and emotional state of students and residents in medical university based on anxiety and depression levels. The study applied validated psychological, sociological, and statistical methods for data collection, processing, and subsequent analysis. **Results.** The general psychological and emotional state of students and residents of medical universities is relatively prosperous and characterized by a majority of individuals having no signs of anxiety or depression. Female students tend to have higher anxiety levels. The study depicted a tendency toward depression level increase from the first-year specialists to the residents. The level of psychological and emotional well-being of students (specialists and residency graduates) majoring in pediatrics is noticeably higher than in comparable groups of dentistry and general medicine.

Keywords: psychological and emotional state; anxiety; depression; medical university students; medical university residents.

For citation: Derbenev D.P., Sergeeva E.N., Rodionov A.A. Psychological and Emotional State of Students and Residents in Medical Universities. *City Healthcare*. 2025;6(2):25-33. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;25-33>

Введение

Процесс получения обучающимися высшего медицинского образования в рамках специалитета и ординатуры сопряжен с постоянными высокими учебными нагрузками, с необходимостью интенсивной и психологически энергоемкой адаптации к новой и достаточно сложной образовательной, а затем и профессиональной среде [1, 2, 3, 4]. Прямым следствием этого может стать активное развитие у студентов и ординаторов негативных психоэмоциональных состояний, прежде всего тревожного и депрессивного спектра, как реакции на переживаемый стресс, зачастую достигающий уровня дистресса [5, 6, 7]. Неблагоприятные тенденции в формировании состояния психоэмоциональной сферы обучающихся способны привести к разноплановым негативным социальным и медицинским проявлениям: ослаблению когнитивного потенциала, нарушениям межличностного взаимодействия, понижению результативности учебной деятельности и вплоть до возникновения соматовегетативных, психических и психосоматических расстройств [8, 9, 10, 11]. В данной статье представлен анализ психоэмоционального состояния студентов и ординаторов медицинского вуза, что позволяет конкретизировать направления профилактических мероприятий, направленных на снижение риска развития психоэмоциональных нарушений у этой категории обучающихся [11, 12, 13].

Целью исследования являлась оценка психоэмоционального состояния студентов и ординаторов медицинского вуза с учетом их гендерной принадлежности, этапа обучения и выбранной врачебной специальности.

Материалы и методы

Публикация подготовлена на основе медико-социального исследования, проведенного

в 2020–2023 гг. с использованием комплекса прикладных социологических, психологических и статистических методов, соответствующих задачам изучения состояния соматического и психического здоровья, уровня социальной адаптации и профессионального становления обучающихся.

В качестве объекта исследования рассматривалась репрезентативная выборка ($p < 0,05$), включавшая 1007 студентов и ординаторов медицинского вуза. Сбор эмпирических данных осуществлялся с применением анонимного анкетирования по авторской анкете и психодиагностического тестирования с использованием адаптированных методических инструментов.

Оценка психоэмоционального состояния проводилась с использованием шкалы HADS, применяемой для диагностики и скрининга тревоги и депрессии. Интерпретация теста: от нуля до семи баллов – отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии; от восьми до десяти баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; одиннадцать и более баллов – клинически выраженная тревога/депрессия. Статистическая обработка данных и анализ абсолютных показателей проводились в соответствии с установленными методологическими принципами медицинской статистики с использованием программных средств Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0.

Результаты

Анализ полученных данных (табл. 1) показал, что свыше 60% обследованных студентов и ординаторов не имели выраженных признаков тревожности. Субклинические проявления тревоги были зафиксированы у менее чем 20% участников исследования, а клинические формы тревоги – у примерно одной пятой части обучающихся.

Таблица 1 – Распространенность различной степени выраженности тревоги по шкале HADS среди обучающихся в медицинском вузе в связи с полом и стадией профессиональной подготовки ($p \pm m, \%$)

Table 1 – The HADS scale levels of anxiety among medical students, depending on gender and stage of professional training ($p \pm m, \%$)

Уровень тревоги	Мужчины				Женщины				Все обучающиеся обоих полов
	студенты специалитета		ордина- торы	все обучаю- щиеся	студенты специалитета		ордина- торы	все обучаю- ющиеся	
	1 курс	4 курс			1 курс	4 курс			
Норма*, 0–7 баллов	66,1 ± 4,2	67,9 ± 3,6	69,4 ± 6,6	67,4 ± 2,8	55,3 ± 2,36	63 ± 3,69	61 ± 5,01	59,3 ± 2,23	62,3 ± 1,75
Субклинически выраженная тревога, 8–11 баллов	11,5 ± 2,45	19,5 ± 2,82	16,3 ± 5,28	15,0 ± 2,14	20,1 ± 2,71	19,3 ± 3,02	17,0 ± 3,88	19,2 ± 1,79	17,7 ± 1,38
Клинически выраженная тревога, 11 баллов и выше	23,5 ± 2,68	13,6 ± 3,38	13,3 ± 4,06	17,56 ± 2,28	24,6 ± 2,91	17,5 ± 2,91	23,5 ± 3,01	21,5 ± 1,87	20,1 ± 1,45

* Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги.
Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

Анализ распространенности тревожных состояний среди студентов и ординаторов выявил выраженные гендерные различия. В группе обучающихся мужчин по сравнению с женщинами, несмотря на сходную долю лиц без признаков тревоги, реже фиксировались случаи как субклинически выраженной, так и клинически выраженной тревожности. У студентов 1 курса специалитета были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по частоте встречаемости субклинической и клинической тревожности в зависимости от пола. Изменения уровня тревожности у студентов и ординаторов в процессе перехода от начальных к более продвинутым стадиям профессиональной подготовки отражают особенности их личностной и профессиональной социализации. Динамика этих изменений носит определенный, хотя местами противоречивый характер, проявляясь на протяжении всего образовательного пути: от 1 курса специалитета через 4 курс к обучению в ординатуре. Примечательно, что среди обучающихся мужского пола в ординатуре доля лиц без признаков тревожности оказалась выше, чем на 1 и 4 курсах. У студенток отмечалась иная динамика: минимальное число лиц без тревожной симптоматики фиксировалось на 1 курсе, затем этот показатель достигал максимума на 4 курсе, а в ординатуре вновь снижался до субминимального уровня. Аналогичная тенденция изменения частоты тревожных состояний, наблюдаемая при переходе обучающихся на более высокие этапы профессиональной подготовки, отчетливо проявляется и в динамике показателей субклинической и клинической тревожности, достигая уровня статистической значимости. У обучающихся мужского пола минимальная распространенность субклинически выраженной тревожности зафиксирована на 1 курсе, с последующим статистически значимым увеличением к 4 курсу ($p < 0,05$) и последу-

ющим снижением до субмаксимального уровня в ординатуре. У студенток, напротив, наибольшая частота субклинической тревожности наблюдается на 1 курсе, затем она уменьшается на 4 курсе и достигает минимальных значений в ординатуре. У студентов мужского пола максимальная частота клинически выраженной тревожности наблюдалась на 1 курсе, после чего отмечалось ее статистически значимое снижение ($p < 0,05$) к 4 курсу и далее в ординатуре до минимальных уровней. Такой же тренд характерен и для девушек. Выявлено, что распространенность клинически выраженной тревоги в группе девушек максимальна на 1 курсе, имеет тенденцию к снижению на 4 курсе и субмаксимально выражена среди ординаторов.

Уровень тревожности студентов и ординаторов, осваивавших разные врачебные специальности (табл. 2), имел определенные отличия в связи с этим признаком. Наиболее выраженной тревожностью характеризовались обучающиеся на лечебном факультете, наименее выраженной – на педиатрическом. Тревожность стоматологов превосходила таковую у педиатров, но была меньше, чем у лечебников. Если среди обучающихся на лечебном факультете лиц с отсутствием признаков тревоги было немногим более половины, то на стоматологическом факультете – более 2/5, а на педиатрическом факультете этот показатель составил 2/3. В группе будущих врачей-лечебников свыше 1/5 являлись носителями субклинически выраженной тревоги и более четверти – носителями клинически выраженной тревоги, при этом среди будущих врачей-стоматологов и в равной с ними степени среди будущих врачей-педиатров соответствующие показатели были практически в 2 раза меньше. При этом различия между лечебниками и педиатрами в распространенности тревожности по всем трем ее уровням были достоверно различны ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 3, большинство ре-

Таблица 2 – Распространенность степени выраженности тревоги среди обучающихся в медицинском вузе в связи со специальностью профессиональной подготовки на этапе специалитета ($p \pm m, \%$)

Table 2 – Anxiety levels among medical students in accordance with professional specialty program ($p \pm m, \%$)

Уровень тревоги	Специальность		
	Лечебное дело	Стоматология	Педиатрия
Норма*, 0–7 баллов	53,69 ± 3,50	64,40 ± 3,46	66,81 ± 3,13
Субклинически выраженная тревога, 8–11 баллов	23,20 ± 2,82	17,28 ± 2,74	15,37 ± 2,46
Клинически выраженная тревога, 11 баллов и выше	26,11 ± 3,08	18,32 ± 2,80	16,81 ± 2,49

* Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги.

Составлено авторами по данным исследования.

Таблица 3 – Распространенность степени выраженности депрессии по шкале HADS среди обучающихся в медицинском вузе в связи с полом и стадией профессиональной подготовки ($p \pm m, \%$)**Table 3** – The HADS depression severity among medical students in accordance with gender and stage of professional training ($p \pm m, \%$)

Уровень депрессии	Мужчины				Женщины				Все обучающиеся обоих полов
	студенты специалитета		ординаторы	все обучающиеся	студенты специалитета		ординаторы	все обучающиеся	
	1 курс	4 курс			1 курс	4 курс			
Норма*, 0–7 баллов	82,7 ± 3,36	76,7 ± 4,17	70,2 ± 6,67	78,3 ± 2,48	81,7 ± 2,61	75,2 ± 3,10	74,5 ± 4,50	77,9 ± 1,84	78,1 ± 1,48
Субклинически выраженная депрессия, 8–11 баллов	12,6 ± 2,94	16,5 ± 3,66	25,5 ± 5,36	16,3 ± 2,22	13,2 ± 2,29	14,9 ± 2,56	13,1 ± 3,00	14,6 ± 1,57	15,2 ± 1,28
Клинически выраженная депрессия, 11 баллов и выше	4,7 ± 1,88	6,8 ± 2,48	4,3 ± 2,94	5,4 ± 1,36	4,5 ± 1,48	9,8 ± 2,13	8,5 ± 2,88	7,5 ± 1,17	6,7 ± 0,90

* Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии.

Составлено авторами по данным исследования.

Compiled by the authors based on research data.

спондентов, 4/5 всех обследованных, не имели признаков депрессии. Обучающиеся с субклинически выраженной депрессией составили менее 1/5, а с клинически выраженной депрессией – менее 5% обследованных лиц, что в обоих случаях было достоверно ниже распространенности отсутствия признаков депрессии ($p < 0,001$).

Распространенность депрессии среди обучающихся в медицинском вузе студентов и ординаторов имеет различия по половому признаку.

В группе всех обучающихся мужчин по сравнению с группой всех обучающихся женщин (табл. 4) при практически одинаковом количестве лиц с отсутствием признаков депрессии распространенность субклинически выраженной депрессии незначительно выше среди обследованных мужского пола, тогда как клинически выраженной депрессии статистически значимо ($p < 0,05$) среди обследованных женского пола. Среди обучающихся мужского пола происходит последовательное повышение частоты встречаемости субклинически выраженной депрессии от 1 курса к 4-му и далее к этапу обучения в ординатуре. Различия в уровне этого показателя между первокурсниками и ординаторами статистически значимы ($p < 0,05$). Среди обучающихся женского пола распространенность субклинически выраженной депрессии на протяжении всего периода обучения мало изменяется. Частота встречаемости клинически выраженной депрессии в группе мужчин несколько повышается среди обучающихся на 4 курсе по сравнению с первокурсниками и потом снижается до минимальных значений среди ординаторов. Среди девушек распространенность обучающихся с признаками выраженной депрессии резко возрастает от 1 курса к 4-му, различия статистически достоверны ($p < 0,05$) и затем несколько снижаются в ординатуре.

Уровень депрессии студентов и ординаторов, осваивавших разные врачебные специальности (табл. 4), имел определенные отличия в связи с этим признаком, свидетельствующие о существенно меньшей выраженности депрессивных проявлений у педиатров по сравнению с лечебниками и стоматологами.

Среди студентов и ординаторов, обучавшихся по направлениям «лечебное дело» и «стоматология», доля лиц без признаков депрессии составляла около 75%, тогда как в группе обучающихся по специальности «педиатрия» этот показатель превышал 85%.

Носителями субклинически и клинически выраженной депрессии являлись более 1/5 будущих врачей как лечебного, так и стоматологического профиля, тогда как среди будущих врачей-педиатров соответствующие показатели были практически в 1,7 раза меньше. При этом различия в частоте встречаемости выраженной депрессии между «лечебниками» и педиатрами были достоверно различны ($p < 0,05$).

Обсуждение

Психоэмоциональное состояние студентов и ординаторов медицинского вуза характеризуется значительным преобладанием среди них лиц с отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги и достоверно выраженных симптомов депрессии и может быть оценено в целом как благополучное.

Уровню психоэмоционального благополучия обучающихся по образовательным программам специалитета и ординатуры свойственна определенная гендерная обусловленность, выражающаяся прежде всего в более высокой тревожности обучающихся женского пола. Психоэмоциональ-

Таблица 4 – Распространенность степени выраженности депрессии среди обучающихся в медицинском вузе в связи со специальностью профессиональной подготовки на этапе специалитета (p ± m, %)**Table 4** – Depression severity among medical students in accordance with professional specialty program (p ± m, %)

Уровни депрессии	Специальность		
	Лечебное дело	Стоматология	Педиатрия
Норма*, 0–7 баллов	75,8 ± 3,00	75,7 ± 2,93	85,40 ± 2,35
Субклинически выраженная депрессия, 8–11 баллов	15,7 ± 2,56	17,36 ± 2,53	10,62 ± 2,05
Клинически выраженная депрессия, 11 баллов и выше	9,3 ± 1,94	7,94 ± 1,85	3,98 ± 1,30

* Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии.

Составлено авторами по данным исследования.

Compiled by the authors based on research data.

ное состояние обследованных обучающихся демонстрирует выраженные изменения по мере продвижения от начальных к более высоким этапам профессионального обучения, что прежде всего выражается в нарастании уровня депрессивности от 1 курса специалитета к периоду ординатуры.

Степень психоэмоционального благополучия обучающихся зависит от осваиваемой ими специальности: в группе педиатров (студентов и ординаторов-выпускников педиатрического факультета) она существенно превосходит таковую в группе стоматологов, и в особенности «лечебников», как по критерию тревожности, так и по критерию депрессии.

Выводы

1. Преобладающая часть студентов и ординаторов медицинского вуза характеризуется относительно благополучным состоянием психоэмоциональной сферы, проявляющимся в отсутствии тревожной и депрессивной симптоматики у 62,3 и 78,1% обследованных соответственно.

2. Формирование неблагоприятного психоэмоционального состояния, студентов и ординаторов медицинского вуза определяется влиянием факторов гендерного плана, личностной и профессиональной социализации, социальных и психологических особенностей, свойственных процессу освоения избранной врачебной специальности.

Список литературы

1. Гарифуллин Т.Ю., Авдеева М.В., Мариничева Г.Н., Гасанова А.В. Проблемы адаптации молодых врачей в период начала трудовой деятельности в первичном звене здравоохранения. *Профилактическая медицина*. 2024;27(8):13-18. <https://doi.org/10.17116/profmed20242708113>
2. Аракелян Н.Л., Воробцова Е.С. Адаптация молодых врачей к профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях. *Здоровье мегаполиса*. 2024;5(1):29-40. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i1;29-40>
3. Дербенев Д.П., Сергеева Е.Н., Майоров Р.В. Уровень социальной адаптации студентов и ординаторов медицинского вуза. *Вестник Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко*. 2024;(4):162-166. <https://doi.org/10.69541/NRIPH.2024.04.025>
4. Акарачкова Е.С., Байдаулетова А.И., Беляев А.А. и др. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации. СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс; 2020.
5. Задорожная О.В., Кушнерев И.С. Тревожные и депрессивные расстройства у студентов медицинских университетов в контексте особенностей поколения Z. *Современные проблемы науки и образования*. 2021;(2). <https://doi.org/10.17513/spno.30730>
6. Маракшина Ю.А., Исмагуллина В.И., Лобаскова М.М. Стресс и стратегии совладания у студенческой молодежи: обзор исследований. *Клиническая и специальная психология*. 2024;13(2):5-33. <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130201>

7. Тюков Ю.А., Матвеева Е.С., Березина А.М. Профессиональные ожидания выпускников медицинского университета в решении вопросов кадрового обеспечения системы здравоохранения. *Уральский медицинский журнал*. 2021;(4):67-72. <https://doi.org/10.52420/2071-5943-2021-20-4-67-72>
8. Макаров С.В., Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю. и др. Приверженность к профессии будущих врачей и молодых специалистов как фактор развития кадрового потенциала системы здравоохранения. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2019;157(2):5-12.
9. Васильева А.В., Караваева Т.А., Незнанов Н.Г. и др. Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия: методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; 2022. 33 с.
10. Прусова Т.И., Касьянова Е.Д. Расстройства, непосредственно связанные со стрессом в МКБ-11. Диагностическое руководство. 2022 [дата обращения 28.06.2024]. Доступно: <https://psyandneuro.ru/icd-11/>
11. Almeida T., Kadhum M., Farrell S.M., et al. A Descriptive Study of the mental health and unwell-being of medical students in Portugal. *International Review Of Dogs*. 2019;31(7-8):574-578. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1675283>
12. Volpe U., Ventriglio A., Bellomo A., et al. Mental health and well-being of Italian medical students: a descriptive study. *Int. Rev. Psychiatry*. 2019;31(7-8):569-573. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1654718>
13. Milich J., Skitarelich N., Majstorovich D., et al. Levels of depression, anxiety, and subjective happiness among medical students in Croatia: a multicenter cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2024;24(50). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05498-5>

References

1. Garifullin T.Yu., Avdeeva M.V., Marinicheva G.N., Gasanova A.V. Problems of adaptation of young doctors in the beginning of their careers at the primary health care 2024;27(8):13-18. <https://doi.org/10.17116/profmed20242708113> (In Russ.)
2. Arakelyan N.L., Vorobtsova E.S. Adaptation of Young Doctors to Professional Activity in Outpatient Medical Organizations. *City Healthcare*. 2024;5(1):29-40. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i1:29-40> (In Russ.)
3. Derbenev D.P., Sergeeva E.N., Mayorov R.V. The level of social adaptation of students and residents of a medical university. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(4):162-166. <https://doi.org/10.69541/NRIPH.2024.04.025> (In Russ.)
4. Akarachkova E.S., Baydauletova A.I., Belyaev A.A. and others. Stress: causes and consequences, treatment and prevention. Clinical recommendations. St. Petersburg: Scythia print; M.: Profmedpress; 2020 (In Russ.)
5. Zadorozhnaya O.V., Kushnerev I.S. Anxiety and depressive disorders of medical university students in the context of peculiarities of generation Z. *Modern problems of science and education*. 2021;(2) <https://doi.org/10.17513/spno.30730> (In Russ.)
6. Marakshina Yu.A., Ismatullina V.I., Lobaskova M.M. Stress and coping strategies among students: a review of research. *Clinical Psychology and Special Education*. 2024;13(2):5-33. <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130201> (In Russ.)
7. Tjukov J.A., Matveeva E.S., Berezina A.M. Professional expectations of medical university graduates in solving the issues of health care system staffing. *Ural Medical Journal*. 2021;(4):67-72. <https://doi.org/10.52420/2071-5943-2021-20-4-67-72> (In Russ.)
8. Makarov S.V., Gaidarov G.M., Alekseeva N.Yu., et al. Adherence to the profession of the future doctors and young specialists as a factor of the development of the personnel potential of the healthcare system. *Siberian Scientific Medical Journal* 2019;157(2):5-12. (In Russ.)

9. Vasilyeva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G., et al. Post-traumatic stress disorder in the paradigm of evidence-based medicine: pathogenesis, clinic, diagnosis and therapy: methodological recommendations. St. Petersburg: NMITS PN named after V.M. Bekhterev; 2022. 33 p. (In Russ.)
10. Prusova T.I., Kasyanova E.D. Disorders directly related to stress in ICD-11. Diagnostic manual. 2022 Available from: <https://psyandneuro.ru/icd-11/> (In Russ.)
11. Almeida T., Kadhum M., Farrell S.M., et al. A Descriptive Study of the mental health and unwell-being of medical students in Portugal. *International Review Of Dogs*. 2019;31(7-8):574-578. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1675283>
12. Volpe U., Ventriglio A., Bellomo A., et al. Mental health and well-being of Italian medical students: a descriptive study. *Int. Rev. Psychiatry*. 2019;31(7-8):569-573. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1654718>
13. Milic Y., Skitarelich N., Maistorovich D., et al. Levels of depression, anxiety, and subjective happiness among medical students in Croatia: a multicenter cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 24, 50 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05498-5>

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Дербенев Димитрий Павлович – д-р мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья образовательного центра ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0009-0004-8359-3987>

Сергеева Елена Николаевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации, заместитель главного врача клиники Тверского ГМУ Минздрава России, <https://orcid.org/0009-0002-3813-2327>

Родионов Андрей Александрович – канд. мед. наук, доцент кафедры организации и информатизации здравоохранения, начальник управления подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре Тверского ГМУ Минздрава России, <https://orcid.org/0000-0002-7226-772X>

Вклад авторов

Авторы внесли эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Все авторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About the authors

Dimitry P. Derbenev – Dr. Sci. in Medicine, Professor of the Department of Healthcare Organization and Public Health of the Educational Center of the Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Health Department, <https://orcid.org/0009-0004-8359-3987>.

Elena N. Sergeeva – Cand. Sci. Medicine, Assistant of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Rehabilitation, Deputy Chief Physician of the Clinic of the Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, <https://orcid.org/0009-0002-3813-2327>

Andrey A. Rodionov – Cand. Sci. Medicine, Associate Professor of the Department of Organization and Informatization of Healthcare, Head of Administration of Residency, Tver State Medical University, <https://orcid.org/0000-0002-7226-772X>

Authors' contributions

The authors contributed equally to this article.

All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Для корреспонденции

Дербенев Дмитрий Павлович
dipald@mail.ru

Статья поступила 24.03.2025
Принята к печати 22.05.2025
Опубликована 18.06.2025

Corresponding author

Dimitry P. Derbenev
dipald@mail.ru

Received 24.03.2025
Accepted for publication 22.05.2025
Published 18.06.2025

УДК 614.2:338.48
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;34-44>

Анализ международных сервисных стандартов работы с иностранными пациентами

Е.В. Чернышев, Г.Д. Петрова*

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

*Автор, ответственный за переписку, email: petrovagd@zdrav.mos.ru

Аннотация

Актуальность. В статье впервые проведен анализ международных систем сертификации по медицинскому туризму, которые являются драйверами развития экспорта медицинских услуг в условиях интернационализации здравоохранения и вывода достижений отечественной медицины на международный рынок. **Результаты.** Проанализирована макрорегиональная политика активности международных систем сертификации и их направленность от качества и безопасности медицинской помощи до сервисных стандартов в работе с иностранными гражданами. Подробно рассмотрены стандарты системы сертификации Patients International и дана оценка уровню вовлеченности различных подразделений медицинской организации при внедрении международных стандартов.

Ключевые слова: медицинский туризм; экспорт медицинских услуг; международная сертификация; сервисные стандарты; иностранные пациенты

Для цитирования: Е.В. Чернышев, Г.Д. Петрова. Анализ международных сервисных стандартов работы с иностранными пациентами. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):34-44. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;34-44>

УДК 614.2:338.48
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;34-44>

Analysis of International Service Standards of International Patient Management

Evgeniy V. Chernyshev, Galina D. Petrova*

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, email: PetrovaGD@zdrav.mos.ru

Abstract

Background. The article is the first to analyze international certification systems for medical tourism as key drivers for growing export of medical services while healthcare is getting international and Russian medical advances are introduced to the global market. **Results.** The macro-regional activity of international certification systems and their scope of application—from the quality and safety of medical care to service standards of communication with foreign citizens—are analyzed. The Patients International certification standards were examined in detail. It was evaluated to what extent various departments of a healthcare organization are involved in the implementation of international standards.

Keywords: medical tourism; export of medical services; international certification; international standards; international patients

For citation: Chernyshev E.V., Petrova G.D. Analysis of International Service Standards of International Patient Management. *City Healthcare*. 2025;6(2):34-44. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;34-44>

Международный медицинский туризм

Интеграция отечественной медицины в глобальное здравоохранение с учетом тренда на его интернационализацию за последние годы приняла многовекторный характер [1]. Катализатором данного процесса стало развитие цифровых технологий, в основу которых заложены трансграничность, big data и медицинская стандартизация [2, 3]. Среди приоритетных направлений вывода достижений отечественного здравоохранения на зарубежные рынки выделяются экспорт медицинского оборудования, произведенного в РФ; экспорт медицинского образования; открытие российских медицинских организаций на зарубежных рынках; экспорт фармацевтических препаратов; врачебные миссии за рубежом в рамках развития гуманитарной дипломатии в сфере здравоохранения; трансляция стандартов российской системы менеджмента качества национальным системам здравоохранения стран СНГ; научно-практические обмены, включая стажировки. Кроме того, среди приоритетных направлений интернационализации достижений российского здравоохранения отмечается медицинский туризм и экспорт медицинских услуг, отнесенные Президентом России В.В. Путиным к числу национальных целей и задач¹. Данная инициатива нашла отражение в федеральном проекте «Развитие экспорта медицинских услуг» национального проекта «Здравоохранение»².

За пятилетний период (2019–2023) реализации федерального проекта по экспорту медицинских услуг сформирован устойчивый тренд на стабильный рост въездного рынка медицинского туризма [4]. Экономический эффект от экспорта медицинских услуг охватывает не только сами медицинские организации-провайдеры медицинской помощи иностранным пациентам, но и самые разные сферы экономики, вовлекая в отрасль организации с различными кодами экономической деятельности из Общероссийского классификатора видов экономической деятельности [5]. Кроме своего позитивного воздействия на социально-экономические показатели субъектов РФ, медицинский туризм стал практическим инструментом гуманитарной дипломатии и продвижения бренда России, российского здравоохранения и медицинской науки за рубежом [6, 7]. Позитивное влияние медицинского туризма и экспорта медицинских услуг на социально-экономические показатели субъектов нашло подтверждение в работах отечественных ученых [8, 9, 10].

Отраслевая стандартизация и сертификация

Развитие и реализация национальной программы медицинского туризма в условиях глобальной конкуренции стимулируют организации – участницы рынка к разработке и внедрению более эффективных форм управления. И если в ранний период развития медицинского туризма России отечественными исследователями изучался внутрикорпоративный интеграционный процесс между развитием корпоративной культуры организации и деятельностью по развитию медицинского туризма, то сегодня с учетом развития стандартизации и международных систем сертификации исследователи уделяют значительное внимание корпоративной гармонизации трех сил, влияющих на результат: корпоративной культуре, медицинскому туризму и международной сертификации медицинских организаций [11].

В рамках анализа отчета Всемирной торговой организации (ВТО) под названием «Взаимосвязь торговых отношений, стандартов и ВТО» была выявлена взаимосвязь между гармонизацией стандартов в странах и темпом прироста взаимной торговли товарами и услугами. Так, повышение гармонизации стандартов на 10% способно привести к росту двусторонней торговли, в том числе услугами, между странами на 3% [12]. Экономически обоснованная эффективность внедрения стандартов привела к активному развитию региональных, национальных и международных систем сертификации как совокупности наиболее успешных практик и критериев оценки стандартов, разработанных на их основе [13]. За последние годы влияние международных систем сертификации на национальные экономики существенно возросло благодаря развитию мировых интеграционных процессов, а именно формированию единого рынка ресурсов, производственных компонентов, стандартов международной деловой коммуникации и внешней торговли [14]. Вслед за ростом влияния международных систем сертификации на национальные экономики наблюдается рост их влияния на регулирование международной торговли в целом [15].

Ключевым фокусом международных систем сертификации в международной торговле товарами и услугами стали вопросы качества и безопасности. Благодаря диверсификации международных систем сертификации по областям экономики и объектам стандартизации сформировалась группа авторитетных систем

¹ О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297432 (дата обращения: 02.06.2024).

² Паспорт федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг»: Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/044/789/original/Pasport_FP_export.pdf?1558614408 (дата обращения: 02.06.2024).

сертификации по вопросам качества – сначала продукции, а позднее и услуг [16]. Наличие международного сертификата у экспортеров товаров и услуг открывает участникам международного рынка широкие экономические возможности в экспорте.

Менеджмент качества в здравоохранении

Организация контроля и менеджмента качества стала стратегическим направлением развития национального здравоохранения многих развитых стран мира [17]. В рамках обеспечения технологической независимости Российской Федерации в контексте качества и безопасности медицинской помощи Росздравнадзором была разработана и активно внедряется национальная система менеджмента качества в здравоохранении [18, 19, 20]. Успешным примером вывода национальной системы менеджмента качества в здравоохранении на мировой рынок можно считать аккредитацию Joint Commission International (JCI), зарегистрированную в США. На сегодняшний день в 70 странах мира свыше 22 000 медицинских организаций имеют действующую аккредитацию по стандартам качества и безопасности медицинской помощи JCI³. Феномен активного распространения JCI

по всему миру стал возможен благодаря фокусу при разработке стандартов, прежде всего на социальную значимость, что превалировало над экономическими стимулами развития стандартизации [21]. В последние годы в отечественной и зарубежной науке значительное внимание исследователей уделялось оценке влияния внедряемых JCI-стандартов на реальные показатели повышения безопасности медицинской помощи и предотвращения травматизма пациентов [22]. Положительные заключения в рамках подобных исследований были получены в целом ряде стран, включая Италию, ОАЭ, Индию [23, 24, 25].

В рамках развития международного медицинского туризма и экспорта медицинских услуг выделились отдельные отраслевые системы сертификации, которые вобрали в себя стандарты как по качеству и безопасности медицинской помощи, так и по сервисной ориентации на иностранных пациентов, медицинских туристов. К тройке наиболее авторитетных систем сертификации по медицинскому туризму можно отнести Global Healthcare Accreditation (GHA), Temos Worldwide и Patients International. Каждая из приведенных систем сертификации сфокусировалась на работе в конкретных макрорегионах, объединенных в рамках экономической интеграции на базе конкретной макрорегиональной организации (табл. 1).

Таблица 1 – Макрорегиональные интересы систем сертификации по медицинскому туризму
Table 1 – Macro-regional activity of medical tourism certification systems

Составлено авторами
Compiled by the authors

	Интеграция	GHA	Temos Worldwide	Medical Tourism Friendly
1	ЕС		V	
2	НАФТА	V		
3	МЕРКОСУР	V		
4	БРИКС			V
5	ЕАЭС			V
6	ЛАГ	V	V	
7	ЭКОВАС		V	
8	АТЭС	V	V	

Примечание. ЕС – Европейский союз; НАФТА – Североамериканское соглашение о свободной торговле; МЕРКОСУР – Общий рынок стран Южной Америки; БРИКС – межгосударственный союз государств Бразилии, России, Индии, Китая, Южной Африки; ЕАЭС – Евразийский экономический союз; ЛАГ – Лига арабских государств; ЭКОВАС – Экономическое сообщество западноафриканских государств; АТЭС – Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество.

³ The Joint Commission International. National Patient Safety Goals. URL: <https://www.jointcommission.org/> (дата обращения: 03.06.2024).

Система сертификации GHA сосредоточила свою деятельность в макрорегионах Северной и Латинской Америки; в арабских странах и Юго-Восточной Азии. Фокус коммерческих интересов системы сертификации Temos Worldwide распространяется преимущественно на страны Европейского союза, арабского мира, Северной Африки и Юго-Восточной Азии. Зоной своих ключевых интересов система сертификации Medical Tourism Friendly считает страны БРИКС и ЕАЭС,

поскольку была учреждена экспертным сообществом стран БРИКС, а значительная часть материалов сертификации переведена на русский язык и адаптирована под российское законодательство.

Каждая из приведенных систем сертификации верхнеуровнево сфокусирована на безопасности медицинской помощи или на сервисных стандартах, а также имеет преимущественную ориентацию на национальных или иностранных пациентов (табл. 2).

Таблица 2 – Фокус применения систем сертификации по медицинскому туризму
Table 2 – Scope of application of medical tourism certification systems

Составлено авторами
Compiled by the authors

		Область сертификации	
		Безопасность	Сервис
Потребительский фокус сертификации	Национальные	A GHA	B
	Иностранные	C Temos Worldwide	D Medical Tourism Friendly

Как видно из таблицы 2, международные системы сертификации по медицинскому туризму имеют принципиально разный фокус в основе своих стандартов. Так, система GHA ориентирована прежде всего на оценку качества и безопасности медицинской помощи в отношении национальных пациентов, в меньшей степени беря в расчет работу с иностранцами⁴. Система Temos Worldwide, напротив, делая ставку на стандарты безопасности медицинской помощи, ориентируется на медицинских туристов, иностранных пациентов⁵. В условиях активной разработки национальными институтами качества здравоохранения собственных систем сертификации с каждым годом повышается риск «стандарт-конфликт», когда все чаще международные системы сертификации вступают в прямое противоречие с национальными требованиями в области качества и безопасности медицинской помощи. Одновременно с этим стоит отметить внушительную перспективу развития именно сервисных стандартов, которые не затрагивают регламентирование порядка оказания медицинской помощи в стационарах и амбулаториях. К такой системе сертификации относится Medical Tourism Friendly, которая сфокусирована на сервисных стандартах в отношении иностранных пациентов, игнорируя стандарты в области качества и безопасности, поднадзорные национальным органам контроля в сфере здравоохранения.

Стандарты системы сертификации Medical Tourism Friendly

С учетом ориентации на страны БРИКС и ЕАЭС, а также принимая во внимание сервисный фокус комплекса стандартов Medical Tourism Friendly, данная система сертификации была рассмотрена детально на предмет мультидисциплинарности при подготовке и внедрении международных стандартов, иными словами, какие структурные подразделения медицинской организации вовлечены в работу проектного офиса по подготовке к сертификации. Поскольку система Medical Tourism Friendly имеет 2 разные системы сертификации – для стационаров и амбулаторий, за основу для анализа была взята сертификация для амбулаторий ввиду меньшего числа требований к медицинской организации. В таблице 3 приведены по 3 стандарта на каждую из 8 тематических групп стандартов (стратегия, ресурсы, процессы, квалификация, прозрачность, коммуникация, сопровождение, маркетинг), а также авторами предложены структурные подразделения медицинской организации, которые могут принимать участие в подготовке к сертификации по международным стандартам.

⁴ Global Healthcare Accreditation. Edition 2024. URL: <https://www.globalhealthcareaccreditation.com/healthcare-home> (дата обращения: 03.06.2024).

⁵ Temos Worldwide certification. Medical tourism certification. URL: <https://www.temos-worldwide.com/> (дата обращения: 03.06.2024).

Таблица 3 – Стандарты системы сертификации Medical Tourism Friendly (сокращенная версия)
Table 3 – Patients International Certification standards (short version)

Составлено авторами
 Compiled by the authors

№	Код	Наименование	Главный врач	Экономический отдел	Отдел платных услуг	Юридический отдел	PR и маркетинг
Стратегия							
1	СТ-01	Памятка для руководителя отдела платных услуг по итогам оценки свободных мощностей		V	V		
2	СТ-02	Памятка для руководителя отдела платных услуг по перечню нозологий, пользующихся наибольшим спросом		V	V		
3	СТ-03	Решение администрации медицинской организации по вопросу использования иностранных языков	V		V	V	
Ресурсы							
4	РС-01	Памятка для руководителя отдела платных услуг по медицинским работникам и их уровню владения иностранными языками			V		
5	РС-02	Дублирующая табличка с названием медицинской организации на фасадной части здания			V		V
6	РС-03	Памятка для сотрудника отдела платных услуг с контактной информацией по зарубежным консульским учреждениям			V	V	
Процессы							
7	ПЦ-01	Алгоритм оформления приглашения на въезд в страну деятельности медицинской организации			V	V	
8	ПЦ-02	Алгоритм идентификации иностранного пациента при поступлении в медицинскую организацию			V	V	
9	ПЦ-03	Шаблон информационного письма о готовности принять иностранного пациента			V	V	
Прозрачность							
10	ПР-01	Шаблон согласия на обработку персональных данных на одном из иностранных языков				V	
11	ПР-02	Памятка для иностранного пациента о видах принимаемых платежей		V			
12	ПР-03	Прейскурант объемом не менее 15% от национального прейскуранта на одном из иностранных языков		V	V		
Коммуникация							
13	КМ-01	Алгоритм маршрутизации запроса от иностранного пациента в медицинской организации			V		
14	КМ-02	Шаблон ответа медицинской организации на запрос от иностранного пациента			V		
15	КМ-03	Алгоритм постлечебной коммуникации с иностранным пациентом			V	V	
Сопровождение							
16	СП-01	Шаблон письма-подтверждения первичного приема для пограничной службы			V	V	
17	СП-02	Опросная анкета по немедицинским услугам для иностранного пациента			V		
18	СП-03	Памятка для иностранного пациента по близлежащим от медицинских организаций отелям			V		

№	Код	Наименование	Главный врач	Экономический отдел	Отдел платных услуг	Юридический отдел	PR и маркетинг
Маркетинг							
19	MP-01	Веб-страница на сайте медицинской организации, ориентированная на иностранного пациента	V		V	V	V
20	MP-02	Памятка для сотрудника отдела платных услуг о низкобюджетных инструментах продвижения			V		V
21	MP-03	Пакетное предложение по медицинским услугам для иностранного пациента			V		V
Квалификация							
22	КЦ-01	Должностные обязанности специалиста по работе с иностранными пациентами			V	V	
23	КЦ-02	Участие сотрудника отдела платных услуг в деловом мероприятии, посвященном медицинскому туризму		V	V		V
24	КЦ-03	Памятка для сотрудника отдела платных услуг по особенностям организации въезда иностранных граждан из визовых стран			V	V	

Данные таблицы свидетельствуют о том, что основная нагрузка по внедрению стандартов системы сертификации ложится на отдел платных услуг / внебюджетной деятельности. Поскольку работа с иностранными гражданами регламентирована множеством документов по линии миграционного учета и ответственности стороны, принимающей иностранного гражданина (пациента), то вторым ключевым участником процесса разработки документов для прохождения сертификации является юридический/правовой отдел. Планово-экономический отдел привлекается эпизодически для оценки свободных мощностей и вопросов прейскуранта. Наименьшая вовлеченность у пресс-службы (PR и маркетинг) и административного управления медицинской организацией. Также следует отметить, что стандарты по системе Medical Tourism Friendly имеют двойное назначение и могут быть использованы не только на международном, но и на внутрироссийском рынке медицинского туризма.

Заключение

Позиции Российской Федерации в глобальном здравоохранении укрепляются с каждым годом. Интернационализация здравоохранения происходит по десятку векторов, среди которых отмечается медицинский туризм. В условиях

повсеместной стандартизации на региональном, национальном и международном уровне важным актором и драйвером развития международного здравоохранения выступает сертификация как внедрение успешно зарекомендовавших себя стандартов. Стандартизация оказала позитивное воздействие на мировую торговлю, что привело к диверсификации видов сертификаций по отраслям и областям фокуса. Международный медицинский туризм прошел путь от стандартизации по качеству и безопасности медицинской помощи к стандартизации сервисных стандартов. Несмотря на единое рыночное пространство работы трех ключевых систем сертификации в медицинском туризме, каждая из них имеет не только свой фокус, но и макрорегиональные интересы. При этом международные системы сертификации, сделавшие ставку на качество и безопасность медицинской помощи, теряют свои позиции в разных странах из-за конфликта с национальными стандартами по качеству и безопасности медицинской помощи. Сервисные же системы сертификации на примере Medical Tourism Friendly не только не вступают в подобный конфликт, но и не оттягивают внимание административного звена медицинской организации при внедрении стандартов, возлагая основную работу на коммерческую службу – отделы развития внебюджетной деятельности.

Список литературы

1. Воронцов Д.В. Российский и зарубежный опыт развития сферы медицинского здравоохранения в условиях глобализации. Информационные проблемы и драйверы социально-экономического развития общества в условиях глобализации: Сборник научных статей Международной научно-практической конференции, Ставрополь, 26–27 сентября 2020 года. Ставрополь: АГРУС; 2020. С. 170-173.
2. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Глобализация и циферизация в экономике здравоохранения. *Наука и инновационные технологии*. 2021;1(18):224-230.
3. Платунина Г.П., Старовойтова А.С. Цифровое здравоохранение как результат глобализации и трансформации мирового экономического общества. Мобильный бизнес: перспективы развития и реализации систем радиосвязи в России и за рубежом: Сборник материалов 47-й Международной конференции, Москва, 5–7 апреля 2021 года. Москва: ЗАО «Национальный институт радио и инфокоммуникационных технологий»; 2021. С. 35-38.
4. Khamadeeva Z.A. Medical tourism as a promising direction for the development of tourism in Russia. *Bulletin WKU*. 2023;1(89):122-127. [https://doi.org/10.37238/1680-0761.2023.89\(1\).16](https://doi.org/10.37238/1680-0761.2023.89(1).16)
5. Арсаханова Г.А. Стратегическое планирование и развитие управления медицинского туризма в государстве: вызовы и перспективы. *Международный журнал прикладных наук и технологий Integral*. 2023;3:777-789.
6. Амлаев К.Р. Медицинский туризм: краткий обзор российского контекста. *Ремедиум*. 2024;28(1):53-56. <https://doi.org/10.32687/1561-5936-2024-28-1-53-56>
7. Штольц Л.Ю. Медицинский туризм: роль, значение, факторы изменения и последствия для России и мира. *Мир науки. Социология, филология, культурология*. 2023;14(1).
8. Карпова Г.А., Мозокина С.Л., Латышева А.А. Основные показатели развития медицинского и лечебно-оздоровительного туризма в Санкт-Петербурге. Вестник туризма и гостеприимства: Тематический сборник научных статей. Санкт-Петербург: Ассоциация графических искусств; 2023. С. 40-48.
9. Кривенко Н.В., Цветков А.И., Кича Д.И. Медицинский туризм как фактор эффективного использования потенциала регионального здравоохранения. *Народонаселение*. 2022;25(4):136-150. <https://doi.org/10.19181/population.2022.25.4.12>
10. Шкарин В.В., Ивашева В.В., Емельянова О.С., Багметов Н.П. Проблемы и перспективы развития экспорта медицинских услуг в Волгоградской области. Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности: Научные материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пятигорск, 5–6 мая 2019 года. Пятигорск: Волгоградский государственный медицинский университет; 2019. С. 150-162.
11. Махрова О.Н. Медицинский туризм и корпоративная культура медицинских организаций. Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента. 2023;1(15):143-150.
12. Никаноров П.А. Международные исследования в области стандартизации и сертификации. *Стандарты и качество*. 2019;11:92-97.
13. Туманов К.М. Международная и региональная стандартизация и сертификация: учебное пособие. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный экономический университет; 2019. 77 с. ISBN 978-5-7310-4808-8.
14. Турбан Г.В. Возрастающая роль сертификации в регулировании международной торговли. *Белорусский экономический журнал*. 2019;4(89):117-125.
15. Губский М.И., Турбан Г.В. Роль сертификации в регулировании международной торговли. Современные вызовы и перспективы развития международной торговой системы. Санкт-Петербург: Скифия-принт; 2020. С. 39-47.
16. Абдурахманов А.А., Эшанкулова М.Н. Международные стандарты качества и сертификация. *Экономика и социум*. 2024;2-1(117):861-864. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10829128>
17. Бацина Е.А., Дубинкин Д.М. Перспективы развития добровольной сертификации систем менеджмента качества в области здравоохранения. Фундаментальные научные исследования: теоретические и практические аспекты: Сборник материалов VI Международной научно-практической конференции, Кемерово, 2 февраля 2018 года. Кемерово: Западно-Сибирский научный центр; 2018. С. 143-146.
18. Габриелян Ю.В. Анализ функционирования СМК в организациях здравоохранения. Структурная и технологическая трансформация России: проблемы и перспективы. От НЭПа до наших дней: ма-

- териалы Международной научно-практической конференции, Краснодар, 10 июля 2021 года. Краснодар: Российское энергетическое агентство; 2021. С. 119-126.
19. Иванова Е.В. Особенность внедрения СМК в области здравоохранения. Наука, техника, промышленное производство: история, современное состояние, перспективы: материалы региональной научно-практической конференции студентов и аспирантов, Владивосток, 8-28 декабря 2020 года. Владивосток: Дальневосточный федеральный университет; 2021. С. 198-201.
 20. Секлецова А.А. Актуальность внедрения СМК в здравоохранении. Пищевые инновации в биотехнологии: Сборник тезисов VI Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Кемерово, 16 мая 2018 года. Кемерово: Кемеровский государственный университет; 2018. С. 249-250.
 21. Шигамбаева С.А. Управление качеством медицинской помощи через внедрение стандартов международной аккредитации Joint commission international. Окружающая среда и здоровье: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Иркутск, 2 октября 2020 года. Иркутск: Типография «ИРКУТ»; 2020. С. 161-166.
 22. Sallam M., Hamdan A. Examining the Influence of Joint Commission International (JCI) Accreditation Surveys on Medication Safety Practices: A Cross-Sectional Study from Mediclinic Welcare Hospital in Dubai, UAE. *Journal of Integrated Health*. 2023;2(4):68-73. <https://doi.org/10.51219/jih/mohammed-sallam/13>
 23. Campra M., Riva P., Oricchio G., Brescia V. Association between patient outcomes and Joint Commission International (JCI) accreditation in Italy: An observational study. *Quality - Access to Success*. 2021;22(181):93-100. <https://iris.unito.it/handle/2318/1759722>
 24. Nazareth J., Kamath R., Lakshmi R.V., Somu G. An Exploratory Study on Adherence to Joint Commission International Standards on Facility Management and Safety at a Tertiary Care Hospital in Dubai, United Arab Emirates. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2023;11(E):271-275. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2023.10590>
 25. Suman S., Pravalika J., Nupur S., Manjula P. A prescription audit in the outpatient department of the National accreditation board for hospitals and healthcare providers and Joint Commission International approved super speciality hospital in the capital territory of India. *QAI Journal for Healthcare Quality and Patient Safety*. 2023;4(1):1-6. https://doi.org/10.4103/qaij.qaij_3_23

References

1. Vorontsov D.V. Russian and foreign experience in the development of the medical sector health care in the context of globalization. In: Information problems and drivers socio-economic development societies in the context of globalization: Proceedings of the International scientific and practical conference, September 26-27, 2020. Stavropol: Agrus; 2020. P. 170-173. (In Russ.)
2. Tinassilov M.D., Urkumbayeva A.R. Globalization and digitalization in the health economy. *Science and Innovative Technologies*. 2021;1(18):224-230 (In Russ.)
3. Platunina G.P., Starovoitova A.S. Digital healthcare from globalization and transformation of the world economic society. In: Mobile communications industry: prospects for development and implementation of radio systems in Russia and abroad: Proceedings of the 47th International Conference, April 05-07, 2021. Moscow: National Institute of Radio and Infocommunication Technologies Ltd.Co; 2021. P. 35-38. (In Russ.)
4. Khamadeeva Z.A. Medical tourism as a promising direction for the development of tourism in Russia. *Bulletin WKU*. 2023;1(89):122-127. [https://doi.org/10.37238/1680-0761.2023.89\(1\).16](https://doi.org/10.37238/1680-0761.2023.89(1).16)
5. Arsakhanova G.A. Strategic planning and development of tourism management in the state: challenges and prospects. *International Journal of Applied Sciences and Technology "Integral"*. 2023;3:777-789. (In Russ.)
6. Amlaev K.R. Medical tourism: a brief overview of the Russian context. *Remedium*. 2024;28(1):53-56. <https://doi.org/10.32687/1561-5936-2024-28-1-53-56> (In Russ.)
7. Shtol'ts L.Yu. Medical tourism: role, significance, factors of change and consequences for Russia and the world. *World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies*. 2023;14(1). (In Russ.)
8. Karpova G.A., Mozokina S.L., Latisheva A.A. Main indicators of development of medical, health and wellness tourism in Saint-Petersburg. *Bulletin of Tourism and Hospitality: Thematic Collection of Articles*. Saint-Petersburg: Association of Graphic Arts. 2023:40-48 (In Russ.)

9. Krivenko N.V., Tsvetkov A.I., Kicha D.I. Medical tourism as a factor in the effective use of the regional health care potential. *Population*. 2022;25(4):136-150. <https://doi.org/10.19181/population.2022.25.4.12> (In Russ.).
10. Shkarin V.V., Ivasheva I.V., Emelyanova O.S., Bagmetov N.P. Problems and prospects of export of medical services in the Volgograd Region. In: Modern tourism in medical and health care activities: Proceedings of the V All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation, May 05-06, 2019. Pyatigorsk: Volgograd State Medical University; 2019. P.150-162. (In Russ.)
11. Makhrova O.N. Medical tourism and corporate culture of healthcare organizations. In: Scientific papers of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management. 2023;1(15):143-150. (In Russ.)
12. Nikanorov P.A. International studies in the field of standardization and certification. *Standards and Quality*. 2019;11:92-97. (In Russ.)
13. Tumanov K.M. International and regional standardization and certification: guide. Saint-Petersburg: Saint-Petersburg State Economic University; 2019. ISBN 978-5-7310-4808-8 (In Russ.)
14. Turban G.V. A growing role of certification in regulating international trade. *Belarusian Economic Journal*. 2019;4(89):117-125. (In Russ.)
15. Gubsky M.I., Turban G.V. Modern challenges and prospects for development of international trade system. Saint-Petersburg: Skifia-print; 2020. Chapter 2.3, Role of certification in regulation of international trade; p.39-37. (In Russ.)
16. Abdurakhmanov A.A., Eshankulova M.N. International quality standards and certification. *Economics and Community*. 2024;2-1(117):861-864. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10829128> (In Russ.)
17. Batsina Ye.A., Dubinkin D.M. Prospects for development of voluntary certification of quality management systems in healthcare. In: Fundamental research: theoretical and practical aspects: Proceedings of the VI International research-to-practice conference, February 2, 2018. Kemerovo: West-Siberian center of learning; 2018. P.143-146. (In Russ.)
18. Gabrielyan Yu.V. Analysis of functioning of quality management system in healthcare organization. In: Structural and technological transformation of Russia: problems and prospects. From the NEP to the present day: Proceedings of the International Scientific and Practical Conference, July 10, 2021. Krasnodar: Russian Energy Agency; 2021. P. 119-126. (In Russ.)
19. Ivanova Ye.V. Features of implementation of quality management system in healthcare organization. In: Science, technology and industrial production: history, current status, prospects: Proceedings of the Regional Scientific and Practical Conference for Undergraduate and PhD Students, December 8-28, 2020. Vladivostok: Far Eastern Federal University; 2020. P. 198-201. (In Russ.)
20. Sekletsova A.A. Relevance of implementation of quality management system in healthcare organization. In: Food innovations in biotechnology: Proceedings of the VI International Scientific Conference for Undergraduate and PhD Students and Young Scientists, May 16, 2018. Kemerovo: Kemerovo State University; 2018. P. 249-250. (In Russ.)
21. Shigimbaeva S.A. Medical care quality management by implementing standards of Joint Commission International accreditation. In: Environment and health: Proceedings of the All-Russian scientific and practical conference, October 2, 2020. Irkutsk: Printing plant IRKUT; 2020. P. 161-166. (In Russ.)
22. Sallam M., Hamdan A. Examining the Influence of Joint Commission International (JCI) Accreditation Surveys on Medication Safety Practices: A Cross-Sectional Study from Mediclinic Welcare Hospital in Dubai, UAE. *Journal of Integrated Health*. 2023;2(4):68-73. <https://doi.org/10.51219/jih/mohammed-sallam/13>
23. Campra M., Riva P., Oricchio G., Brescia V. Association between patient outcomes and Joint Commission International (JCI) accreditation in Italy: An observational study. *Quality - Access to Success*. 2021;22(181):93-100. <https://hdl.handle.net/2318/1759722>
24. Nazareth J., Kamath R., Lakshmi R.V., Somu G. An Exploratory Study on Adherence to Joint Commission International Standards on Facility Management and Safety at a Tertiary Care Hospital in Dubai, United Arab Emirates. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2023;11(E):271-275. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2023.10590>
25. Suman S., Pravalika J., Nupur S., Manjula P. A prescription audit in the outpatient department of the National accreditation board for hospitals and healthcare providers and Joint Commission International approved super speciality hospital in the capital territory of India. *QAI Journal for Healthcare Quality and Patient Safety*. 2023;4(1):1-6. https://doi.org/10.4103/qaij.qaij_3_23

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Чернышев Евгений Владимирович – специалист сектора координации международного научного сотрудничества отдела мониторинга научной деятельности ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; <https://orcid.org/0000-0003-4434-502X>

Петрова Галина Дмитриевна – д-р филос. наук, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; <https://orcid.org/0000-0001-9919-2548>

Вклад авторов

Чернышев Е.В. – идея исследования, сбор и обработка материала, написание текста; Петрова Г.Д. – концепция и дизайн исследования, составление списка литературы, редактирование.

Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Петрова Галина Дмитриевна
petrovagd@zdrav.mos.ru

Статья поступила 10.02.2025
Принята к печати 06.05.2025
Опубликована 18.06.2025

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About authors

Evgeniy V. Chernyshev – Leading Specialist, International Cooperation Division, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0003-4434-502X>

Galina D. Petrova – Dr. Sci in Philosophy, Leading Researcher, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department <https://orcid.org/0000-0001-9919-2548>

Authors' contributions

E.V. Chernyshev – idea of the study, collection and processing of material, text writing; G.D. Petrova – concept and design of the study, compilation of the list of references, text editing.

All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Galina D. Petrova
petrovagd@zdrav.mos.ru

Received 10.02.2025
Accepted for publication 06.05.2025
Published 18.06.2025

УДК 614.2

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2:45-54>

Технология анализа инцидентов в реализации бережливого подхода к деятельности медицинской организации

В.Ю. Петрова^{1,2}, К.А. Барсегова¹, Р.К. Коготыжев¹, Г.М. Жирнова^{2*}

¹ Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы, 108814, Россия, г. Москва, пос. Коммунарка, ул. Сосенский Стан, д. 8

² Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

*Автор, ответственный за переписку, email: gzhirnova@yandex.ru

Аннотация

Актуальность. Системы здравоохранения существуют в условиях высокой потребности населения в медицинской помощи и требуют постоянного совершенствования деятельности медицинских организаций в условиях ограниченности ресурсов, которого можно добиться при помощи методик и технологий бережливого производства. **Цель исследования.** Изучение возможности использования инцидентов, выявляемых в медицинских организациях, в качестве информационной базы для осуществления мероприятий, направленных на устранение потерь и дефектов в лечебно-диагностическом процессе. **Материалы и методы.** В ходе исследования проведен анализ открытых научных источников по теме из баз данных PubMed, CyberLeninka, eLIBRARY, использованы методы кейс-стади (ситуационного анализа), «5 Почему», швейцарского сыра для описания применения инцидентов как источника информации при внедрении бережливых технологий. **Результаты.** Сбор и анализ инцидентов является ценным инструментом реализации бережливого производства, позволяющим определять и совершенствовать процессы, ведущие к потерям и излишним затратам ресурсов в медицинских организациях.

Ключевые слова: бережливое производство; инциденты; бережливые технологии; качество медицинской помощи; нежелательные события; пациентоцентричность

Для цитирования: Петрова В.Ю., Барсегова К.А., Коготыжев Р.К., Жирнова Г.М. Технология анализа инцидентов в реализации бережливого подхода к деятельности медицинской организации. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):45-54. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2:45-54>

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;45-54>

Incident Analysis Technologies for Lean Management in Healthcare Organizations

Veronika Y. Petrova^{1,2}, Karina A. Barsegova¹, Rustam K. Kogotyzhev¹, Galina M. Zhirnova^{2*}

¹ Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of Moscow Healthcare Department, 8, Sosenskiy Stan ul., 108814, Moscow, Russian Federation

² Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

* Corresponding author, email: gzhirnova@yandex.ru

Abstract

Background. Healthcare systems operate under high public demand for medical care and require ongoing improvement of organizational activities despite limited resources. These improvements can be achieved by applying lean manufacturing techniques and technologies. **The purpose** of the study is to assess the feasibility of utilizing incidents identified in medical organizations as an informational basis for implementing measures to eliminate losses and defects in the treatment and diagnostic processes. **Materials and methods.** The study analyzed open-access scientific sources databases such as PubMed, CyberLeninka, and eLibrary. It employed case study methods, the "5 Whys" approach, and the Swiss cheese model to describe how incidents can serve as a source of information for implementing lean technologies. **Results.** The collection and analysis of incidents represent effective tools for introducing lean manufacturing in healthcare. This approach allows one to identify and improve processes that lead to losses and unnecessary waste of resources in medical organizations.

Keywords: lean manufacturing; incidents; lean technologies; quality of medical care; undesirable events; patient-centricity

For citation: Petrova V.Y., Barsegova K.A., Kogotyzhev R.K., Zhirnova G.M. Incident Analysis Technologies for Lean Management in Healthcare Organizations. *City Healthcare*. 2025;6(2):45-54. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;45-54>

Введение

Системы здравоохранения существуют в условиях высокой потребности населения в медицинской помощи, обусловленной в том числе ростом заболеваемости, инвалидности населения, изменениями его возрастного состава [1]. Подобные социально-демографические изменения приводят к необходимости постоянно изыскивать инструменты для полноценного функционирования медицинских организаций в условиях ограниченности ресурсов [2], которые позволили бы медицинскому учреждению не только качественно выполнять свою деятельность, но и постоянно совершенствоваться, повышая качество оказываемой медицинской помощи, эффективно расходуя при этом объем используемых ресурсов (материальных, кадровых, временных) [3].

Одним из инструментов, применяемых для совершенствования деятельности медицинской организации, является бережливое производство. Этим термином описывается концепция организации бизнеса, ориентированная на привлечение и удовлетворение потребителя путем формирования непрерывного потока создания ценности, охватывающего и совершенствующего все процессы в организации через вовлечение персонала и устранение всех видов потерь и дефектов¹.

К наиболее часто применяемым инструментам и методологиям бережливого производства относятся картирование потока создания ценности, DMAIC, Кайдзен [4]. Следуя теоретическим и практическим принципам бережливого мышления и применяя подходящие инструменты, можно повысить эффективность деятельности медицинской организации, снизить время ожидания [5], улучшить рабочие условия сотрудников [6]. Среди других положительных результатов можно выделить эффективность использования финансовых затрат, сокращение продолжительности пребывания пациентов в стационаре [7–8], оптимизацию пациентопотоков и времени, затрачиваемого на медицинские процедуры, а также повышение удовлетворенности пациентов.

Описано положительное влияние бережливого производства на деятельность клиник. Так, его применение в Клинике Бельвю позволило снизить стоимость оказания стационарной медицинской помощи на 25%, время ожидания приема – на 28%, значительно повысить удовлетворенность пациентов [9]. Сотрудники медицинской клиники Неаполитанского университета отметили положительное влияние бережливой методики «Шесть сигм» на показатели распространенности в клинике внутрибольничных ин-

фекций [10] (уменьшение доли пациентов, колонизированных внутрибольничной флорой, с 0,37 до 0,21% и средней продолжительности госпитализации пациентов с 45 до 36 дней) [11].

В Российской Федерации с 2016 г. осуществляется активная реализация принципов бережливого производства в здравоохранении, началом которой стали разработка и внедрение соответствующего проекта в отдельных медицинских организациях. В 2017 г. данная инициатива была расширена с целью внедрения бережливых технологий в поликлинические учреждения президентом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию, и приоритетным проектом был утвержден паспорт проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» [12], начавшегося в 2018 г. и продолжающегося в настоящее время.

В Российской Федерации наиболее часто используемыми аналитическими инструментами являются картирование потока создания ценности [13], хронометраж, анкетирование. Для практической реализации принципов используются система 5S [14] и прикладные решения проекта «Бережливая поликлиника» [15].

Инструменты бережливого производства могут быть применены к большинству процессов в медицинской организации, однако в силу ограниченности временных и кадровых возможностей приоритет при внедрении технологий стоит отдавать процессам, недоработки в которых регулярно ведут к чрезмерной трате ресурсов или снижению качества медицинской помощи.

Данные процессы могут быть выявлены при помощи системы сбора и анализа инцидентов [16], позволяющей руководству медицинской организации быть в курсе недочетов в ее деятельности. Работа с инцидентами предполагает реализацию комплекса мероприятий, включающего постоянный сбор от сотрудников информации о трудностях и проблемах, которые они встретили в процессе деятельности, о совершенных ошибках². Полученные данные анализируются с целью выделения наиболее частых или объективных потерь. Процессы, связанные с ними, в первую очередь требуют организационных действий, в том числе применения бережливых методик и технологий с целью их оптимизации.

Цель исследования – изучение возможности использования инцидентов, выявляемых в медицинских организациях, в качестве информационной базы для осуществления мероприятий, направленных на устранение потерь и дефектов в лечебно-диагностическом процессе.

¹ ГОСТ Р 56020-2020 «Бережливое производство. Основные положения и словарь». URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200174885> (дата обращения: 05.02.2025).

² Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance – Geneva: World Health Organization; 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf> (дата обращения: 05.02.2025).

Материалы и методы исследования

В ходе исследования проведен анализ открытых научных источников по представленной теме из баз данных PubMed, CyberLeninka, eLIBRARY, использованы методы кейс-стади (ситуационного анализа), «5 Почему», швейцарского сыра для описания применения инцидентов как источника информации при внедрении бережливого производства.

Результаты

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ») является крупным медицинским центром, оказывающим медицинскую помощь как взрослому, так и детскому населению в амбулаторных и стационарных условиях. В состав организации входят филиалы, в числе которых Центр амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП), оказывающий медицинскую помощь более 120 тыс. прикрепленного населения, получающим широкий комплекс медицинской помощи, включая диагностику, лечение, диспансерное наблюдение.

Высокая потребность населения в услугах ЦАОП, социальная значимость заболевания для граждан и государства, необходимость соблюдения требуемых сроков клиентских путей для достижения оптимальных результатов лечения требуют от руководства филиала постоянного совершенствования деятельности. Важно вовремя определять возникающие проблемы и принимать управленческие решения, направленные на их коррекцию и профилактику повторения.

В ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» для этого внедрена система сбора и анализа инцидентов, функционирующая с июня 2020 г. и направленная на сбор информации о проблемах, возникающих в ходе медицинской деятельности от сотрудников. Данные собираются по всем сферам деятельности, к концу 2024 г. сотрудниками было подано более 8 тыс. инцидентов. Одним из лидеров по количеству предоставляемой для рассмотрения информации является ЦАОП, сотрудники которого активно используют данную систему с целью информирования руководства о возникновении нестандартных ситуаций и препятствий в работе. Зафиксированные заявки позволяют выявлять организационные причины возникающих проблем и устранять их, тем самым снижая потери и повышая эффективность деятельности.

Так, в результате разбора полученных инци-

дентов были внесены изменения в маршрутизацию пациентов и посетителей по территории медицинской организации, что позволило сократить время пребывания пациентов в учреждении, а также повысить комфортность обстановки.

В качестве положительных примеров могут быть предложены результаты разбора нескольких инцидентов, связанных со скоплением пациентов и посетителей на территории ЦАОП. Первый эпизод был связан со скоплением очереди из пациентов возле одного из постов медицинских сестер, где происходило оформление документов (форма 057/у–04, направление на медико-социальную экспертизу), выдача информации и памяток. Анализ ситуации позволил принять решение о необходимости равномерного распределения информационного функционала между всеми постами медицинских сестер, что позволило расформировать данный пост и направить освободившийся средний медицинский персонал (четыре медицинских сестры в день) в подразделения, имеющие дефицит кадров. Данное решение позволило устранить очереди, а также более эффективно задействовать имеющийся в штате средний медицинский персонал.

Схожая ситуация касалась одновременно скопления в коридоре первого этажа ЦАОП до 30–40 пациентов, ожидающих приема, притом что данная территория не рассчитана на подобное количество присутствующих лиц. Анализ сложившейся ситуации по методу «5 Почему» позволил выявить основную причину (рис. 1), которой оказалось отсутствие в дневном стационаре (далее – ДС) противоопухолевой лекарственной терапии процедурного кабинета, что привело к направлению пациентов с четвертого этажа на первый. Ситуация осложнялась высокой востребованностью данного крыла здания у пациентов, пришедших на амбулаторный прием в один из 5 кабинетов врачей-онкологов, расположенных поблизости. Для решения ситуации и оптимизации процесса оказания медицинской помощи в условиях ДС на четвертом этаже был открыт процедурный кабинет, что позволило устранить потери времени, затрачиваемого пациентом на путь до далеко расположенного кабинета, а также сократить количество лиц, ожидающих приема на первом этаже.

Еще одним успешным примером применения инструмента «5 Почему» стал анализ ситуации, связанной с регулярным обновлением дорогостоящих баков для медицинских отходов (рис. 2).

По результатам разбора описанного события была выявлена основная причина – отсутствие пандусов на лестнице, которая использовалась для транспортировки мусора к местам их сбора и хранения, что приводило к физическим повреждениям баков. Для профилактики повторения подобных ситуаций

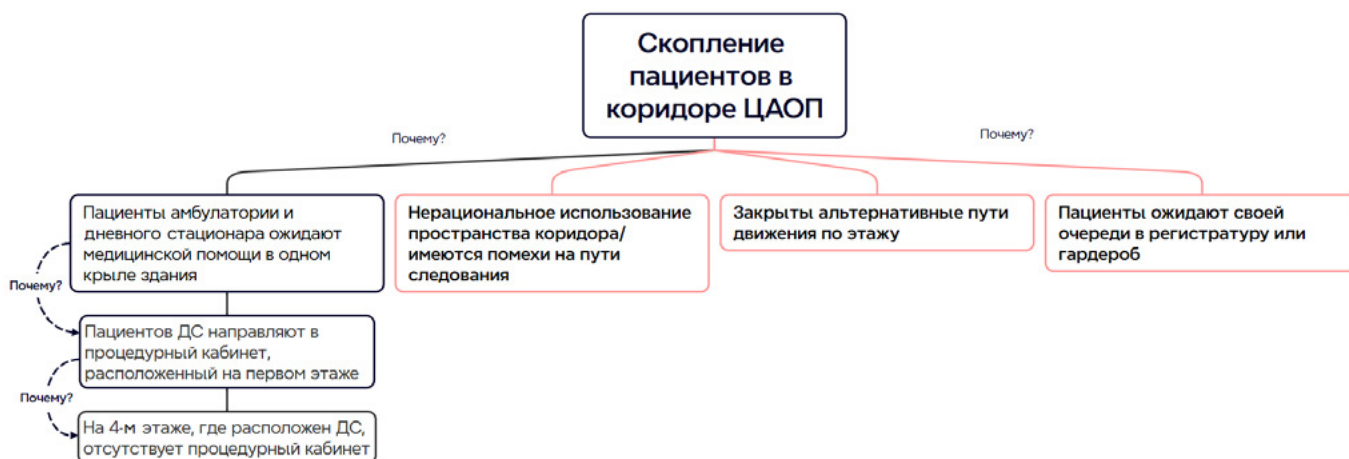


Рис. 1 – Схема разбора инцидента по методике «5 Почему»

Fig. 1 – Incident analysis using the 5 Whys method

Составлено авторами.



Рис. 2 – Схема разбора инцидента по методике «5 Почему»

Fig. 2 – Incident analysis using the 5 Whys method

Составлено авторами.

Compiled by the authors.

были проведены работы по установке на лестнице пандуса, что позволило элиминировать случаи повреждения баков и устранить необходимость их регулярной закупки.

В качестве инцидента, разбор которого позволил решить проблему со сроками и доступностью медицинской помощи, можно привести информацию от заведующей клиническим отделением ЦАОП, согласно которой длительное время нарушались сроки проведения одного из исследований, необходимого онкологическим пациентам в соответствии с клиентскими путями.

Был произведен детальный разбор корневых причин, выявлен ряд факторов, присутствие которых поспособствовало появлению и усложнению описанной ситуации. Они представлены на модели швейцарского сыра (рис. 3), где выделены основные проблемные компоненты – высо-

кая загрузка лаборатории, отсутствие коммуникации между сотрудниками и исполняющими обязанности заведующих отделениями, а также между руководством лаборатории и клинических отделений. Подобная ситуация привела к нарушению передачи информации о проблемах в ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», в результате чего длительное время накапливался список невыполненных исследований, что, в свою очередь, вело к ухудшению показателей деятельности ЦАОП, увеличению числа жалоб.

С целью решения сложившейся ситуации и профилактики ее повторения произведен совместный разбор с отделениями и лабораторией, налажен контакт между их руководством, введена ротация сотрудников в лаборатории для предотвращения их профессионального выгорания. Рассмотрение и разбор инцидента позволили

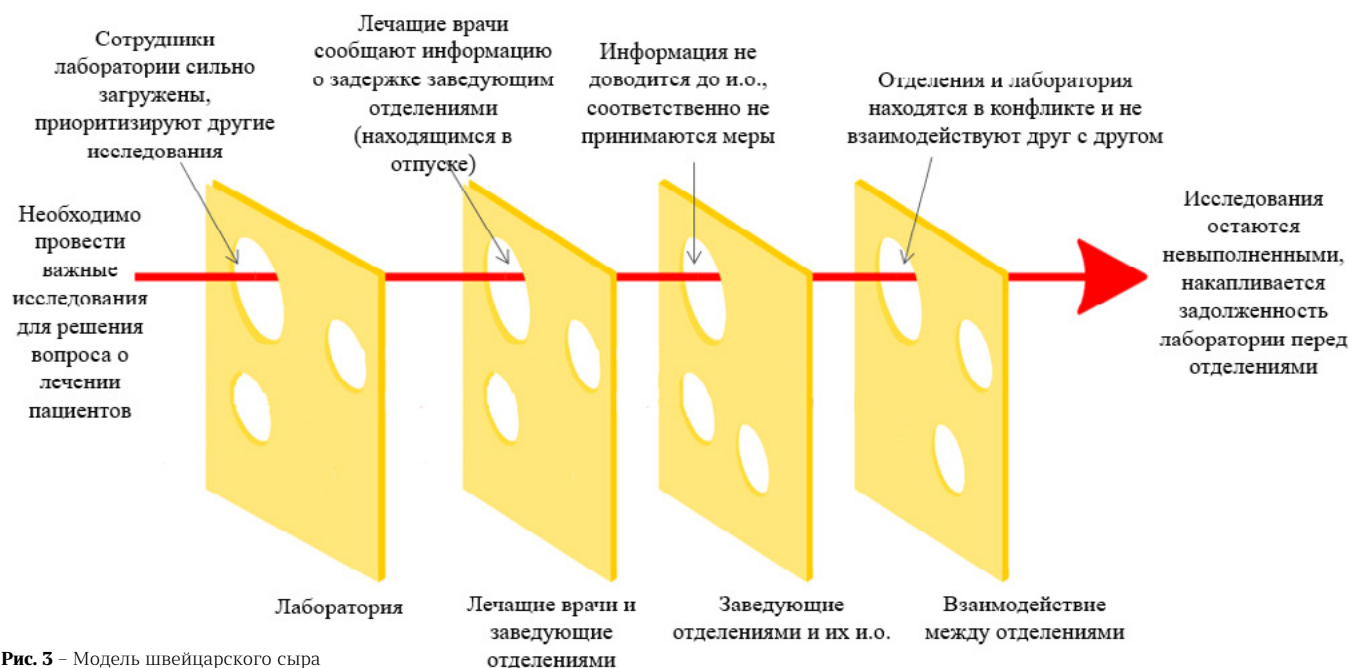


Рис. 3 – Модель швейцарского сыра

Fig. 3 – Swiss cheese model

Составлено авторами.

Compiled by the authors.

улучшить медицинские процессы передачи и обмена информацией между отделениями, устранить возникшую проблему, профилактировать ее повторение.

Обсуждение

Применение инцидентов в качестве сигнальной системы при принятии решений о выборе и устранении несовершенных процессов, требующих совершенствования при помощи бережливых технологий, представляется возможным, но сопровождается рядом препятствий, которые могут значительно снизить их результативность.

Данные, получаемые в ходе функционирования системы подачи и анализа инцидентов, не всегда отражают объективную картину происходящего в медицинской организации. Полнота информации, поступающей в систему, зависит от субъективных причин, в том числе от воли и готовности к участию в сообщении и разборе важных сведений со стороны руководящего состава медицинского учреждения. Их поддержка очень важна для профессиональной и эффективной работы лечебно-диагностической системы.

Важным препятствием для получения всесторонней и объективной информации о медицинской организации через систему инцидентов является также нежелание сотрудников сообщать о проблемах и ошибках, зачастую объясняющееся страхом быть наказанным [17]. Поэтому внедрение в организации культуры безопасности оказания медицинской помощи является необхо-

димым компонентом полноценного и эффективного функционирования данной системы.

Несмотря на эти ограничения, поступающая информация тем не менее может быть использована для идентификации наиболее часто встречающихся потерь и проблем, в особенности тех из них, что причиняют медицинским сотрудникам и посетителям больше всего дефектов и неудобств.

Заключение

Медицинская организация является сложной и многофакторной организацией, состоящей из множества сложных медицинских и хозяйственных процессов, дефекты или неэффективная организация которых может приводить к потерям материальных, временных и кадровых ресурсов в результате выполнения действий, не несущих никакой ценности для пациентов, посетителей и сотрудников медицинской организации. Такие процессы могут быть оптимизированы или устранены при использовании принципов бережливого производства и современных инновационных медицинских технологий.

Тем не менее для проведения комплексных мероприятий по совершенствованию проблемных процессов необходимо их идентифицировать и реорганизовать. Инструментом для данного процесса может стать система сбора инцидентов, в ходе которой сотрудники могут сообщить о проблемах и дефектах, с которыми столкнулись в процессе медицинской деятельности. Поступившие сведения анализируются, изучают-

ся, отыскивается их корневая причина, а затем совершаются комплексные мероприятия по их устранению, разрешению и профилактике повторения, в том числе с использованием бережливых технологий и методик.

Предложенные нами кейс-стади позволяют продемонстрировать положительные и эффек-

тивные результаты разбора инцидентов, их благоприятное влияние на процессы медицинской деятельности организации, заключающиеся в том числе в снижении дефектов и потерь, излишних затрат материальных, временных и кадровых ресурсов медицинской организации, и увеличить удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

Список литературы

1. Amalberti R., Nicklin W., Braithwaite J. Preparing national health systems to cope with the impending tsunami of ageing and its associated complexities: Towards more sustainable health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016;28(3):412-414. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw021>
2. OECD. Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives. Paris: OECD Publishing; 2015. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en> (дата обращения 05.02.2025).
3. Zurynski Y., Herkes-Deane J., Holt J., et al. How can the healthcare system deliver sustainable performance? A scoping review. *BMJ Open*. 2022;12(5):e059207. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059207>
4. Souza D.L., Korzenowski A.L., Alvarado M.M., et al. A Systematic Review on Lean Applications in Emergency Departments. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(6):763. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060763>
5. Mogini V., Campanella P., Moraca E., et al. Improving quality and efficiency in healthcare. The Lean Thinking strategy. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):ckx187.272. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.272>
6. Improta G., Romano M., Di Cicco M.V., et al. Lean thinking to improve emergency department throughput at AORN Cardarelli hospital. *BMC health services research*. 2018;18(1):914. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3654-0>
7. Zepeda-Lugo C., Tlapa D., Baez-Lopez Y., et al. Assessing the Impact of Lean Healthcare on Inpatient Care: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(15):5609. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155609>
8. Niemeijer G.C., Trip A., Ahaus K.T., et al. Quality in Trauma Care: Improving the Discharge Procedure of Patients by Means of Lean Six Sigma. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. 2010;69(3):614-619. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181e70f90>
9. Toussaint J.S., Berry L.L. The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings*. 2013;88(1):74-82. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.025>
10. Improta G., Cesarelli M., Montuori P., et al. Reducing the risk of healthcare-associated infections through Lean Six Sigma: The case of the medicine areas at the Federico II University Hospital in Naples (Italy). *Journal of evaluation in clinical practice*. 2018;24(2):338-346. <https://doi.org/10.1111/jep.12844>
11. Montella E., Di Cicco M.V., Ferraro A., et al. The application of lean six sigma methodology to reduce the risk of healthcare-associated infections in surgery departments. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(3):530-539. <https://doi.org/10.1111/jep.12662>
12. Каракулина Е.В., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н. и др. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (4-е издание с дополнениями и уточнениями). Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО «СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ»; 2024. 240 с.
13. Batwara A., Sharma V., Makkar M., et al. Towards smart sustainable development through value stream mapping – a systematic literature review. *Heliyon*. 2023;9(5):e15852. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15852>
14. Kanamori S., Castro M.C., Sow S., et al. Impact of the Japanese 5S management method on patients' and caretakers' satisfaction: a quasi-experimental study in Senegal. *Global health action*. 2016;9:32852. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32852>
15. Потапов И.В., Овчинников Д.А., Конради А.О. Бережливые технологии в медицинской помощи: текущий статус и дальнейшие возможности в России (аналитический обзор) *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2020;6(4):78-103.

16. de Feijter J.M., de Grave W.S., Muijtjens A.M., et al. A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS One*. 2012;7(2)e31125. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031125>
17. Cooper J., Edwards A., Williams H., et al. Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports: Mixed Methods Analysis of a National Database. *Ann Fam Med*. 2017;15(5):455-461. <https://doi.org/10.1370/afm.2123>

References

1. Amalberti R., Nicklin W., Braithwaite J. Preparing national health systems to cope with the impending tsunami of ageing and its associated complexities: Towards more sustainable health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016;28(3):412-414. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw021>
2. OECD. Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives. Paris: OECD Publishing; 2015. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en> (accessed 2025 Feb 5)
3. Zurynski Y., Herkes-Deane J., Holt J., et al. How can the healthcare system deliver sustainable performance? A scoping review. *BMJ Open*. 2022;12(5):e059207. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059207>
4. Souza D.L., Korzenowski A.L., Alvarado M.M., et al. A Systematic Review on Lean Applications in Emergency Departments. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(6):763. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060763>
5. Mogini V., Campanella P., Moraca E., et al. Improving quality and efficiency in healthcare. The Lean Thinking strategy. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):ckx187.272. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.272>
6. Improta G., Romano M., Di Cicco M.V., et al. Lean thinking to improve emergency department throughput at AORN Cardarelli hospital. *BMC health services research*. 2018;18(1):914. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3654-0>
7. Zepeda-Lugo C., Tlapa D., Baez-Lopez Y., et al. Assessing the Impact of Lean Healthcare on Inpatient Care: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(15):5609. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155609>
8. Niemeijer G.C., Trip A., Ahaus K.T., et al. Quality in Trauma Care: Improving the Discharge Procedure of Patients by Means of Lean Six Sigma. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. 2010;69(3):614-619. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181e70f90>
9. Toussaint J.S., Berry L.L. The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings*. 2013;88(1):74-82. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.025>
10. Improta G., Cesarelli M., Montuori P., et al. Reducing the risk of healthcare-associated infections through Lean Six Sigma: The case of the medicine areas at the Federico II University Hospital in Naples (Italy). *Journal of evaluation in clinical practice*. 2018;24(2):338-346. <https://doi.org/10.1111/jep.12844>
11. Montella E., Di Cicco M.V., Ferraro A., et al. The application of lean six sigma methodology to reduce the risk of healthcare-associated infections in surgery departments. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(3):530-539. <https://doi.org/10.1111/jep.12662>
12. Karakulina E.V., Shchegolev P.E., Khodyreva I.N., et al. New model of a medical organization providing primary health care (4th edition with additions and clarifications). Methodological recommendations. Moscow: ROPNIZ, OOO "SILITSEYA-POLIGRAF"; 2024. 240 p. (In Russ.)
13. Batwara A., Sharma V., Makkar M., et al. Towards smart sustainable development through value stream mapping - a systematic literature review. *Heliyon*. 2023;9(5):e15852. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15852>
14. Kanamori S., Castro M.C., Sow S., et al. Impact of the Japanese 5S management method on patients' and caretakers' satisfaction: a quasi-experimental study in Senegal. *Global health action*. 2016;9:32852. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.32852>
15. Potapov I.V., Ovchinnikov D.A., Konradi A.O. Lean technologies in medical care: current status and future opportunities in Russia (analytical review). *Orgzdrav: News. Opinions. Training. Bull VShOUZ*. 2020;6(4):78-103. (In Russ.)
16. de Feijter J.M., de Grave W.S., Muijtjens A.M., et al. A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS One*. 2012;7(2)e31125. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031125>

17. Cooper J., Edwards A., Williams H., et al. Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports: Mixed Methods Analysis of a National Database. *Ann Fam Med*. 2017;15(5):455-461. <https://doi.org/10.1370/afm.2123>

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Петрова Вероника Юрьевна – врач-методист ГБУЗ «Московский многопрофильный клинический центр "Коммунарка" Департамента здравоохранения города Москвы», аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0001-8822-1294>

Коготыжев Рустам Казбекович – заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Московский многопрофильный клинический центр "Коммунарка" Департамента здравоохранения города Москвы», аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0002-1589-6423>

Барсегова Карина Арменовна – начальник отдела «Проектный офис» ГБУЗ «Московский многопрофильный клинический центр "Коммунарка" Департамента здравоохранения города Москвы», аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0002-4416-3309>

Жирнова Галина Михайловна – канд. мед. наук, доцент, ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0001-8587-2681>

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About authors

Veronika Y. Petrova – methodologist at the Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of Moscow Healthcare Department, Postgraduate Student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0001-8822-1294>

Rustam K. Kogotyzhev – Deputy Chief Physician for Oncology at the Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of Moscow Healthcare Department, Postgraduate Student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0002-1589-6423>

Karina A. Barsegova – Head of the Project Office at the Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka" of Moscow Healthcare Department, Postgraduate Student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0002-4416-3309>

Galina M. Zhirnova – Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Postgraduate Student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0001-8587-2681>

Вклад авторов

Участие авторов: В.Ю. Петрова – анализ материала, поиск литературы и анализ существующих практик, написание текста; Р.К. Коготыжев – сбор и обработка материала; К.А. Барсегова – концепция и дизайн исследования, редактирование текста; Г.М. Жирнова – редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи.

Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Жирнова Галина Михайловна
gzhirnova@yandex.ru

Статья поступила 06.02.2025
Принята к печати 07.05.2025
Опубликована 18.06.2025

Authors' contributions

Authors' participation: V.Y. Petrova - analysis of the material, literature search and analysis of existing practices, writing the text; R.K. Kogotyzhev - collection and processing of the material; K.A. Barsegova - concept and design of the study, text editing; G.M. Zhirnova - text editing, approval of the final version of the article.

All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Galina M. Zhirnova
gzhirnova@yandex.ru

Received 06.02.2025
Accepted for publication 07.05.2025
Published 18.06.2025

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;55-63>

Опыт использования метода SERVQUAL в практике внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинской организации

П.В. Работинская

Центр онкологии и медицинской радиологии министерства здравоохранения Кировской области, 610045, Россия, г. Киров, пр-т Строителей, д. 23

*Автор, ответственный за переписку, email: P.Robotinskaya@yandex.ru

Аннотация

Введение. В статье представлен опыт использования метода SERVQUAL в качестве инструмента внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинской организации онкологического профиля. **Цель.** Анализ опыта использования метода SERVQUAL в качестве дополнительного инструмента внутреннего контроля качества медицинской помощи. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 536 пациентов и 234 сотрудника медицинской организации онкологического профиля (г. Киров). **Результаты.** Полученные данные позволили эффективно проводить поиск причин роста неудовлетворенности качеством медицинской помощи как со стороны пациентов, так и со стороны медицинского персонала и принимать эффективные управленческие решения.

Ключевые слова: метод SERVQUAL; внутренний контроль качества; медицинская деятельность

Для цитирования: Работинская П.В. Опыт использования метода SERVQUAL в практике внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинской организации. *Здоровье мегаполиса.* 2025;6(2):55-63. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;55-63>

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;55-63>

Experience with the SERVQUAL Method in Internal Quality Control of Medical Activities in a Medical Organization

Polina V. Rabotinskaya

Oncology and Medical Radiology Centre of the Ministry of Health of the Kirov region, 23, Stroiteley Prospekt, Kirov, 610045, Russian Federation

* Corresponding author, e-mail: P.Rabotinskaya@yandex.ru

Abstract

Introduction. The article presents the experience of using SERVQUAL method as a tool for internal quality control in an oncology medical organization. **Purpose.** The aim of the study is to analyze the experience of using the SERVQUAL method as an additional tool for internal quality control of medical care. **Materials and methods.** The study involved 536 patients and 234 employees from an oncological medical organization in Kirov. **Results.** The data obtained enabled a thorough investigation into the reasons for the increasing dissatisfaction with the quality of medical care among both patients and medical staff, facilitating effective management decisions.

Keywords: SERVQUAL method; internal quality control; medical activity

For citation: Rabotinskaya P.V. Experience with the SERVQUAL Method in Internal Quality Control of Medical Activities in a Medical Organization. *City Healthcare*. 2025;6(2):55-63. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;55-63>

Введение

Вопросами совершенствования внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности занимаются многие ученые и исследователи современной науки, такие как Иванов И.В. [1], Aspdent Ph. [2], Ким О.Т. [3] и др. Существующая практика по организации и проведению внутреннего контроля медицинской деятельности показывает необходимость поиска путей развития новой для системы здравоохранения Российской Федерации отрасли регулирования медицинской помощи. А социально-экономические потери от неблагоприятных медицинских событий, возникающих в результате оказания медицинской помощи гражданам России, делают исследование данной темы актуальным [4].

Предусмотренные действующим Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» инструментарию направлены в большинстве своем на анализ и мониторинг законченных клинических случаев и не учитывают такие важные аспекты, как оценка качества медицинской помощи с позиции ее оказания и потребления. Поиск новых инструментов мониторинга и управления качеством медицинской помощи является важным этапом на пути совершенствования системы внутреннего контроля качества медицинской помощи¹.

Одним из инструментов внутреннего контроля качества может быть предложен метод SERVQUAL, который широко зарекомендовал себя как эффективный метод оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи как в зарубежном [5, 6], так и в российском [7, 8] здравоохранении.

Применение метода SERVQUAL было описано еще в 1988 г. в труде Parasuraman, Zeithaml and Berry [9]. Сам метод представляет собой опросную систему из 22 вопросов, включающую такие группы критериев, как отзывчивость, надежность, уверенность, эмпатия, возможные варианты ответов, на которые распределены по шкале Лайкерта. Принцип метода состоит в расчете разницы между «ожиданием» и «восприятием» респондента, что дает точное представление об уровне и состоянии качества осуществляемой организацией деятельности. Изначально метод SERVQUAL применялся в качестве исследования удовлетворенности потребителей социальных услуг различного характера в сфере маркетин-

га, в связи с чем автором был проведен перевод и адаптация критериев классического метода к системе здравоохранения Российской Федерации.

В статье представлен опыт использования метода SERVQUAL в качестве инструмента внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь населению по профилю «онкология» (г. Киров). Включение метода SERVQUAL в систему внутреннего контроля качества обеспечило получение обратной связи как от пациентов, так и от сотрудников медицинской организации, что является важным условием успешного повышения качества медицинской помощи населению. Ежемесячный мониторинг состояния медицинской службы позволил эффективно проводить поиск причин роста неудовлетворенности качеством медицинской помощи как со стороны пациентов, так и со стороны медицинского персонала и принимать эффективные управленческие решения.

Целью настоящего исследования является анализ опыта использования метода SERVQUAL в качестве дополнительного инструмента внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе медицинского центра, оказывающего медицинскую помощь населению по профилю «онкология» (г. Киров). В исследовании приняли участие 770 респондентов (536 пациентов и 234 медицинских сотрудника). Выбор респондентов проводился случайно. Возрастной интервал респондентов – 33–68 лет. В целом в исследовании приняли участие 43% мужчин и 57% женщин. Период исследования: ноябрь 2024 г. – март 2025 г.

Методы исследования: опрос, анкетирование, анализ, сравнение, статистический метод (расчет арифметической средней), индукция. Обработка данных проводилась автором с помощью программы Microsoft Excel. Этапы обработки данных: расчет средних баллов, расчет коэффициентов качества, расчет невзвешенных показателей качества.

Автором проводилось исследование с помощью метода SERVQUAL степени удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи пациентов и сотрудников медицинской организации онкологического профиля. В качестве инструмента сбора информации автором была

¹ Работинская П.В. Организация онкологической службы в Кировской области [выпускная квалификационная работа]. Киров: Вятский государственный университет; 2024. 83 с.

разработана анкета, основанная на принципах классического метода SERVQUAL, адаптированного под систему здравоохранения Российской Федерации. Проводилась оценка качества медицинской помощи по пяти группам критериев: осязаемость, надежность, отзывчивость, убедительность, эмпатия.

Полученные данные обрабатывались путем расчета арифметической средней, формирования сводных таблиц в программе Microsoft

Excel и ежемесячного графического мониторинга данных.

Результаты

При анализе ответов на анкету, составленную автором по методу SERVQUAL, 536 пациентов и 234 сотрудников получены результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты анкетирования 536 пациентов и 234 сотрудников медицинской организации по методу SERVQUAL, ноябрь 2024 г. – март 2025 г., балл

Table 1 – SERVQUAL questionnaire results of 536 patients and 234 employees of the medical organization, November 2024 – March 2025, score

Номер структуры критерия	Оценка восприятия	Оценка ожидания	Оценка важности	Коэффициент качества (разрыв «ожидание» – «восприятие»)	Сотрудники			
					Оценка восприятия	Оценка ожидания	Оценка важности	Коэффициент качества (разрыв «ожидание» – «восприятие»)
	Пациенты				Сотрудники			
1	4,65	4,64	4,78	-0,01	4,97	3,5	4,89	-1,47
2	4,71	4,67	4,87	-0,04	4,93	4,25	4,96	-0,68
3	4,8	4,76	4,35	-0,04	4,75	4,5	4,25	-0,25
4	4,63	4,59	4,33	-0,04	4,96	4,5	4,25	-0,46
5	4,88	4,5	4,88	-0,38	4,96	3,11	4,97	-1,85
6	4,79	4,54	4,8	-0,25	4,89	3,75	4,93	-1,14
7	4,63	4,6	4,81	-0,03	4,95	3,5	4,88	-1,45
8	4,91	4,84	4,81	-0,07	4,98	4,94	4,87	-0,04
9	4,85	4,51	4,68	-0,34	4,98	4,96	4,95	-0,02
10	4,8	4,55	4,6	-0,25	4,93	3,75	4,98	-1,18
11	4,67	4,04	4,67	-0,63	4,75	4,25	4,76	-0,5
12	4,96	4,52	4,93	-0,44	4,91	4,25	4,89	-0,66
13	4,57	4,46	4,37	-0,11	4,75	4,14	4,21	-0,61
14	4,82	4,68	4,81	-0,14	4,5	3,5	4,17	-1,00
15	4,62	4,27	4,88	-0,35	4,94	4,75	4,68	-0,19
16	4,53	4,21	4,69	-0,32	4,95	4,06	4,75	-0,89
17	4,5	4,11	4,86	-0,39	4,94	3,25	4,95	-1,69
18	4,64	4,22	4,7	-0,42	4,75	4,75	4,98	-0,02
19	4,49	3,92	4,28	-0,57	4,98	4,75	4,93	-0,23
20	4,75	4,69	4,81	-0,06	4,75	4,03	4,94	-0,72
21	4,37	3,92	4,88	-0,45	4,75	2,86	4,85	-1,89
22	4,55	4,28	4,63	-0,27	4,97	4,75	4,87	-0,22
Итого	4,69	4,43	4,70	-0,25	4,87	4,10	4,77	-0,78

Составлено автором по данным исследования.

Compiled by the author based on research data.

При расчете коэффициента качества (разницы между «ожиданием» и «восприятием») выяснено, что наибольшую неудовлетворенность пациентов раскрыли вопросы, связанные с надежностью, отзывчивостью и эмпатией. Наибольший разрыв в коэффициенте качества получен в следующих критериях: время ожидания пациентами помощи в решении проблем медицинского характера (критерий 11, балл -0,63); индивидуальное внимание к пациентам (критерий 19, балл -0,57); учет интересов пациентов во время оказания медицинской помощи (критерий 21, балл -0,45); готовность сотрудников оказать помощь в решении медицинских проблем пациентов (критерий 12, балл -0,44); наличие индивидуального подхода (критерий 18, балл -0,42). Выявленные проблемы связаны с дефицитом кадров в медицинской организации, что приводит к увеличению профессиональной нагрузки на медицинский персонал, росту времени ожидания пациентами взаимодействия с медицинскими работниками, снижению возможности оказания индивидуального подхода.

При опросе сотрудников медицинской организации с учетом расчета коэффициента

качества наибольшие проблемы были выявлены в таких группах критериев, как надежность, отзывчивость, уверенность и эмпатия. Наибольший разрыв коэффициента качества выявлен в учете интересов медицинского персонала при оказании медицинской помощи пациентам (критерий 21, балл -1,89); оказании организацией помощи сотрудникам в вопросах медицинского характера (критерий 5, балл -1,85); получении поддержки со стороны коллег медицинской организации в контексте повышения качества медицинской помощи (критерий 17, балл -1,69); наличии современного оборудования (критерий 1, балл -1,47); доверии к медицинской организации со стороны медицинского персонала (критерий 7, балл -1,45).

При рассмотрении результатов анкетирования респондентов в целом за период ноябрь 2024 г. – март 2025 г. можно заключить, что удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи находится на достаточно высоком уровне (табл. 2). Суммарный разрыв среднего невзвешенного балла составил -0,23.

Таблица 2 – Результаты расчетов средних баллов критериев качества по методу SERVQUAL по оценке удовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов и сотрудников медицинской организации, 2024–2025 гг., балл

Table 2 – Results of calculations of average scores of quality criteria according to the SERVQUAL method for assessing satisfaction with the quality of medical care of patients and employees of the medical organization, 2024–2025, score

Характеристика показателя	Значение					
	Опрос пациентов, 536 человек			Опрос сотрудников, 234 человека		
	Ожидание	Восприятие	Важность	Ожидание	Восприятие	Важность
Средний осязаемый балл	4,7	4,67	4,58	4,93	4,19	4,63
Средний балл надежности	4,81	4,60	4,80	4,98	4,04	5,0
Средний балл отзывчивости	4,75	4,39	4,64	4,86	4,06	4,75
Средний балл уверенности	4,62	4,43	4,81	4,86	3,88	4,94
Средний балл эмпатии	4,56	4,20	4,66	4,85	4,22	5,0
ИТОГО	23,44	22,30	23,50	24,48	20,39	24,32
Средний невзвешенный балл	4,69	4,46	4,70	4,90	4,08	4,86

Составлено автором по данным исследования.
Compiled by the author based on research data.

⁸ Методические рекомендации № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры» (издание третье, переработанное и дополненное) (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 27 сентября 2023 г.).

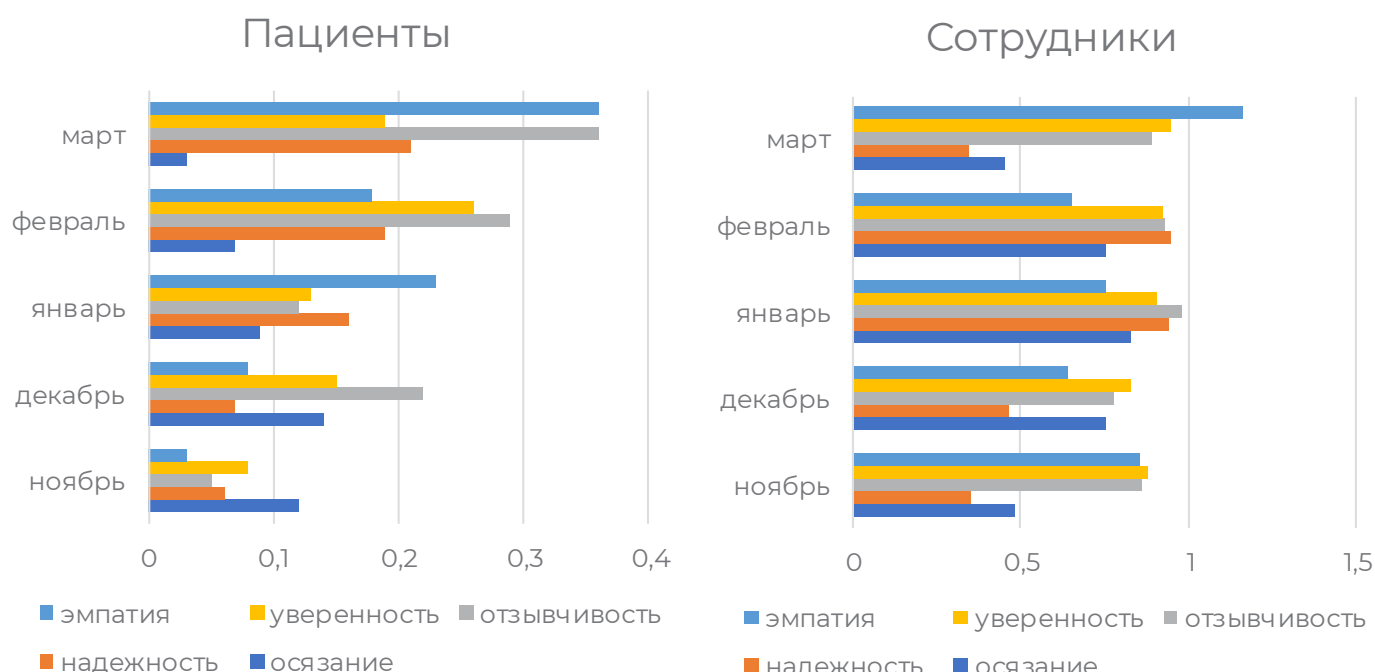


Рис. 1 - Динамика показателей средних коэффициентов качества медицинской деятельности в медицинской организации, полученных путем анкетирования пациентов и сотрудников по методу SERVQUAL, 2024-2025 гг., балл

Fig. 1 - Dynamics of indicators of the average coefficients of the quality of medical activity in the medical organization, obtained through questionnaires of patients and employees by questioning patients and employees according to the SERVQUAL method, 2024-2025, score

Составлено автором по данным исследования.

Compiled by the author based on research data.

Суммарный разрыв среднего невзвешенного балла при опросе сотрудников организации за период ноябрь 2024 г. – март 2025 г. составил -0,82, что свидетельствует о неудовлетворительных результатах, полученных при анкетировании персонала, так как разрыв между «восприятием» и «ожиданием» выражено отдаленно от нулевого значения в негативную сторону.

Результаты анкетирования сотрудников учреждения показали преобладание проблем, связанных в первую очередь с недостаточно сформированной корпоративной этикой при общении между коллегами ввиду дефицита персонала, высокими профессиональными нагрузками на кадры учреждения, что приводит к накоплению усталости, длительному пребыванию в стрессовом состоянии и снижению уровня вовлеченности в работу.

Динамика показателей критериев качества медицинской помощи отслеживалась ежемесячно с помощью построения диаграмм (рис. 1).

При графическом отображении полученных результатов видно, как динамика увеличения разрыва между «ожиданием» и «восприятием» у пациентов коррелирует вместе с накоплением недовольства сотрудников медицинской организации условиями работы. Дефицит кадров в организации приводит к увеличению нагрузки на сотрудников, наступлению преждевре-

менного профессионального выгорания, снижению корпоративного духа, что в совокупности приводит к ухудшению показателей качества оказываемой медицинской помощи, особенно в таких критериях, как отзывчивость и эмпатия.

Обсуждение

Использование метода SERVQUAL в качестве дополнительного инструмента внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинской организации позволяет расширить границы получаемой информации о протекании производственных процессов в учреждении, объединив в себе такие важные аспекты обеспечения медицинской помощи, как ее оказание и потребление. Применение получаемых данных об удовлетворенности качеством медицинской помощи со стороны пациентов и персонала в системе внутреннего контроля дает возможность поиска причин текущих производственных проблем, делая процесс управления организацией современным и эффективным.

В то же время метод SERVQUAL имеет ряд ограничений, среди которых можно выделить субъективность взглядов на критерии качества медицинской помощи опрашиваемых респондентов, ограниченность исследования проблем

качества пятью предусмотренными группами критериев, фиксированный во времени характер результатов.

Субъективность восприятия респондентами качества оказываемой медицинской помощи может приводить к значительным различиям в ответах на вопросы, поэтому метод SERVQUAL предпочтителен для больших выборок (≥ 200 человек).

Ограниченность пятью группами критериев характеристик медицинской помощи не позволяет охватить все аспекты качества медицинской помощи, например, такие как рациональность используемых методов лечения, своевременность проведения профилактики, диагностики, лечения и др.

Метод SERVQUAL предоставляет фиксированный во времени результат, характеризующийся стабильностью восприятия качества медицинской помощи респондентами, в то время как качество медицинской помощи динамично и непостоянно в течение времени. В связи с этим автором представлен анализ мониторинга использованного метода в течение периода ноябрь 2024 г. – март 2025 г. с целью отслеживания динамики удовлетворенности качеством медицинской помощи респондентов на протяжении определенного периода и получения более полных результатов исследования.

В целом метод SERVQUAL может быть рекомендован для использования в системе здравоохранения Российской Федерации в качестве дополнительного инструмента внутреннего контроля качества медицинской деятельности и определения степени удовлетворенности па-

циентами и сотрудниками качеством оказываемой медицинской помощи в медицинских организациях.

Заключение

Таким образом, опыт применения метода SERVQUAL в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности показал возможность использования современного инструмента для выявления проблем качества медицинской деятельности в медицинских организациях.

Создание комфортной медицинской среды для пациентов и сотрудников медицинских организаций должно стать неотъемлемой частью механизма повышения уровня качества медицинской помощи в России. Внедрение метода SERVQUAL в качестве одного из инструментов внутреннего регулирования условий производственного процесса позволит получать обратную связь как от пациентов, так и от сотрудников организации и охватывать большую часть аспектов оказания медицинской помощи. Проведение непрерывного мониторинга состояния внутренней среды организации, своевременное выявление нежелательных инцидентов в работе персонала и применение мер по предупреждению и решению выявляемых проблем будет способствовать созданию условий роста и развития качества медицинской помощи в медицинских организациях.

Список литературы

1. Иванов И.В. Научное обоснование организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [диссертация]. Москва: ФГБУ «Национальный институт качества»; 2020. 387 с.
2. Ким О.Т. Безопасность пациентов как приоритет мирового здравоохранения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):67-79. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3427>
3. Aspden P., Corrigan J.M., Wolcott J., Erickson S.M. editors. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Доступно: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009854/>. Дата обращения: 28.01.2025. <https://doi.org/10.17226/10863>
4. Задворная О.Л., Восканян Ю.Э., Шикина И.Б., Борисов К.Н. Социально-экономические аспекты последствий медицинских ошибок. *МИР. Модернизация. Инновация. Развитие*. 2019;10(1):99-113. <https://doi.org/10.18184/2079-4665>
5. Jonkisz A., Karniej P., Krasowska D. SERVQUAL Method as an “Old New” Tool for Improving the Quality of Medical Services. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10758. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010758>

6. Lu S.J., Kao H.O., Chang B.L., et al. Identification of quality gaps in healthcare services using the SERVQUAL instrument and importance-performance analysis in medical intensive care: a prospective study at a medical center in Taiwan. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):908. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05764-8>
7. Данилов А.В., Сон И.М., Меньшикова Л.И. Опыт использования методики SERVQUAL для измерения удовлетворенности пациентов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2021;29(3):519-524. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-3-519-524>
8. Исаенкова Е.А. Определение направлений совершенствования качества медицинских услуг. *Менеджмент в здравоохранении.* 2022;(9):25-32. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2022-9-25-32>
9. Christia J., Ard A. SERVQUAL measurement in a healthcare setting: before and after corrective strategy implementation. *J. Ard, University of South Carolina-Salkehatchie.* 2021,10(1):375-385. Доступно: https://digitalcommons.kennesaw.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1294&context=ama_proceedings

References

1. Ivanov I.V. Scientific substantiation of the organization of internal control of the quality and safety of medical activity on the basis of unified methodological and organizational principles in the conditions of implementation of the national project «Health Care»: dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences. Moscow: Federal State Organization “National Quality Institute” of the Federal Service for Surveillance in Healthcare; 2020. 387 p. (In Russ.)
2. Kim O.T. Patient safety as a global health priority. *Cardiovasc. Ther. Prev.* 2022;21(10):67-79. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3427> (In Russ.)
3. Aspden P., Corrigan J.M., Wolcott J., Erickson S.M. editors. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009854/>. Accessed Jan 28, 2025. <https://doi.org/10.17226/10863>
4. Zadvornaya O.L., Voskanyan Yu.E., Shikina I.B., Borisov K.N. Socio-economic aspects of medical errors and their consequences in medical organizations. *MIR (Modernization. Innovation. Research).* 2019;10(1):99-113. (In Russ.) <https://doi.org/10.18184/2079-4665>
5. Jonkisz A, Karniej P, Krasowska D. SERVQUAL Method as an “Old New” Tool for Improving the Quality of Medical Services. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10758. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010758>
6. Lu S.J., Kao H.O., Chang B.L., et al. Identification of quality gaps in healthcare services using the SERVQUAL instrument and importance-performance analysis in medical intensive care: a prospective study at a medical center in Taiwan. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):908. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05764-8>
7. Danilov A.V., Son I.M., Menshikova L.I. The experience of SERVQUAL technique application in measuring satisfaction of patients with medical services quality. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii i Istor Med.* 2021;29(3):519-524. (In Russ.) <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-3-519-524>
8. Isaenkova E.A. Identification of directions for improving the quality of medical services using SERVQUAL and IPA techniques. *Manag. Healthcare.* 2022;9:25-32. (In Russ.) <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2022-9-25-32>
9. Christia J. SERVQUAL measurement in a healthcare setting: before and after corrective strategy implementation. *J. Ard, University of South Carolina-Salkehatchie* 2021, 10(1):375-385. Available from: https://digitalcommons.kennesaw.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1294&context=ama_proceedings

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

Сведения об авторе

Работинская Полина Викторовна – врач – анестезиолог-реаниматолог Центра онкологии и медицинской радиологии министерства здравоохранения Кировской области; <https://orcid.org/0009-0002-7190-2207>

Вся работа над статьей выполнена П.В. Работинской. Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Работинская Полина Викторовна
P.Robotinskaya@yandex.ru

Поступила 14.04.2025.
Принята к печати 26.05.2025.
Опубликована 18.06.2025

About authors

Polina V. Robotinskaya – anesthesiologist-intensive care physician at the Center of Oncology and Medical Radiology of the Ministry of Health of the Kirov region, <https://orcid.org/0009-0002-7190-2207>

All work on the article was done by P.V. Robotinskaya. The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Polina V. Robotinskaya
P.Robotinskaya@yandex.ru

Received 14.04.2025.
Accepted for publication 26.05.2025.
Published 18.06.2025

УДК 159.923:004.891
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;64-73>

Мобильные приложения для улучшения психического здоровья подростков и молодежи

И.В. Грибкова

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Автор, ответственный за переписку, email: igribkova@yandex.ru

Аннотация

Актуальность. Подростковый и молодой возраст являются ключевыми этапами для возникновения психических расстройств и формирования моделей поведения, связанных со здоровьем. Плохое психическое состояние в этот период может оказать значительное негативное влияние на физическое здоровье, образование и трудоустройство в более позднем возрасте. При этом ухудшение психического здоровья у молодых людей наблюдается в глобальном масштабе. Поэтому подростки и молодые люди являются важной группой, нуждающейся в срочной профилактике плохого психического здоровья. Однако успешное внедрение программ психологической поддержки остается сложной задачей. Цифровые методы здравоохранения, такие как приложения для смартфонов, потенциально могут решить данную проблему. **Материалы и методы.** Поиск научной литературы осуществлялся в международной базе данных PubMed/MEDLINE за 2024-2025 годы. Мы отобрали 4 современных рандомизированных контролируемых исследования, посвященные изучению мобильных приложений для улучшения психического здоровья молодых людей, использующие принципиально разные методы и доказавшие их высокую эффективность. **Результаты.** Такие методы, как поведенческая активация, обучение управлению стрессом, развитие чувства благодарности, контроль повторяющихся негативных мыслей, могут быть эффективны, будучи примененными в мобильных приложениях. Для лучшей приверженности лечению важно специально адаптировать данные программы к потребностям молодых людей, предоставлять бесплатный доступ, привлекательный дизайн, а также по возможности поддержку специально обученного тренера. Представленная информация может помочь в создании и совершенствовании цифровых технологий для улучшения психического здоровья молодых людей.

Ключевые слова: психическое здоровье; мобильные приложения для психического здоровья; цифровая терапия; молодые люди; подростки

Для цитирования: Грибкова И.В. Мобильные приложения для улучшения психического здоровья подростков и молодежи. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):64-73. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;64-73>

УДК 159.923:004.891
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;64-73>

Mobile Apps for Improving Mental Health in Teens and Young Adults

Irina V. Gribkova

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., Moscow, 115088, Russian Federation

Corresponding author, email: igribkova@yandex.ru

Abstract

Background. Adolescence and young adulthood are key stages for the onset of mental disorders and health-related behaviors. Poor mental health during this period can seriously affect a young person's chances in later life and have a significant negative impact on physical health, education and employment in later life. Meanwhile, the deterioration of mental health in young people, especially students, is observed on a global scale. Therefore, adolescents and young adults are an important group in urgent need of preventing poor mental health. However, successful implementation of psychological support programs remains challenging. Digital health methods, such as smartphone applications, have the potential to address this issue. **Materials and methods.** The search for scientific literature was conducted in the international PubMed/MEDLINE database for 2024-2025. The authors selected four modern randomized controlled trials focused on studying mobile applications for improving the mental health of young people. These studies employed fundamentally different methods and demonstrated their high effectiveness. **Results.** The methods of behavioral activation, stress management, gratitude cultivation and repetitive negative thoughts control can be effective when implemented in mobile applications. Successful treatment requires adaption of these programs to the needs of young people by providing free access, an attractive design, and, whenever possible, support from a competent coach. The current data may assist in the development and refinement of digital technologies aimed at enhancing the mental health of young people.

Keywords: mental health; mobile apps for mental health; digital therapeutics; young adults; teens

For citation: Gribkova I.V. Mobile Apps for Improving Mental Health in Teens and Young Adults. *City Healthcare*. 2025;6(2):64-73 <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;64-73>

Введение

Подростковый и молодой возраст (10–24 года) являются пиковыми периодами для возникновения депрессивных расстройств и других проблем с психическим здоровьем [1]. В подростковом возрасте также формируется поведение, которое часто сохраняется и во взрослой жизни, как позитивное (например, занятия спортом и здоровое питание), так и негативное (например, употребление психоактивных веществ и небезопасные сексуальные практики) [2]. Кроме того, расстройства психического здоровья у подростков и молодых людей часто сопровождаются факторами риска хронических заболеваний и тесно связаны с плохим физическим здоровьем на протяжении всей жизни [3]. Все это может серьезно повлиять на дальнейшую жизнь молодого человека и оказать значительное негативное влияние на образование и трудоустройство в более позднем возрасте [4].

Кроме того, учеба в школе или высших учебных заведениях может быть фактором, связанным с возникновением тревожности и депрессии. На протяжении обучения школьники и студенты сталкиваются с различными трудностями, в том числе с необходимостью усваивать большой объем материала, эффективно распределять свое время, справляться с ожиданиями в отношении успеваемости и выдерживать давление экзаменов [5]. Исследования показывают, что примерно 11% студентов испытывают такие проблемы, как тревожность, депрессия, переутомление, у них появляются симптомы эмоционального выгорания [5, 6]. Высокий уровень стресса может негативно влиять на успеваемость, что приводит к смене направления обучения, его продлению и даже к отчислению [5].

Более того, по сравнению с предыдущими поколениями, сегодняшние студенты, по-видимому, обладают более низкой стрессоустойчивостью и неадекватными механизмами борьбы со стрессом, что еще больше усугубляет ситуацию [5]. А из-за последствий недавней пандемии COVID-19 уровень стресса среди студентов вырос почти на 40% [7].

Таким образом, очевидно, что подростки и молодые люди являются важной группой, нуждающейся в срочной профилактике плохого психического здоровья. Благодаря тому что в последнее время использование интернета и смартфонов получило широкое распространение среди молодежи, проведение профилактических мероприятий с помощью приложений для мобильных телефонов может быть эффективным и доступным способом решения глобальной проблемы улучшения психического здоровья этой возрастной группы.

Целью данной работы был анализ последних клинических исследований, посвященных изучению мобильных приложений для улучшения психического здоровья молодых людей. Рассматривались приложения, использующие научно обоснованные методы и доказавшие свою эффективность.

Материалы и методы

Поиск научной литературы осуществлялся в международной базе данных PubMed/MEDLINE за 2024–2025 гг. Для поиска были использованы в разных сочетаниях ключевые слова *mental health; mobile apps for mental health; young people; adolescents; depression*. Мы рассматривали только клинические исследования, избегая обзоры, описания клинических случаев и др. К анализу принимали только статьи со свободным доступом к полным текстам. Мы отобрали 4 современных рандомизированных контролируемых исследования, посвященные изучению мобильных приложений для улучшения психического здоровья молодых людей, использующие принципиально разные методы и доказавшие их высокую эффективность [2, 4, 5, 8].

Результаты

Основные результаты данных исследований представлены в таблице. А более детальное описание методов, используемых в приложениях, приведено ниже.

Таблица 1 – Основные результаты исследований, посвященных изучению мобильных приложений для улучшения психического здоровья молодых людей
Table 1 – Main results of the research on mobile apps for improving the young adults' mental health

№	Дизайн исследования	Используемые методы	Основные результаты	Источник
1	<p>Рандомизированное контролируемое исследование с двумя группами.</p> <p>73 участника из США. Период наблюдения 12 нед.</p>	<p>Поведенческая активация</p> <p>2 группы: приложение для самостоятельных занятий или с поддержкой тренера.</p> <p>Приложение для смартфонов использовало пассивное считывание поведенческих данных, связанных с психическим здоровьем и факторами риска ожирения (например, активность, сон, мобильность и речевые модели), и предлагало пользователям персонализированные рекомендации по моделям поведения, связанным с их ежедневным настроением. Участники заполняли анкеты для оценки результатов на начальном этапе и в ходе последующего наблюдения (12 нед.). Все процедуры исследования выполнялись с помощью цифровых средств связи</p>	<p>Обе версии приложения продемонстрировали высокую вовлеченность пользователей, приемлемость и эффективность в улучшении психического здоровья и снижении стресса. Однако пользователи, получавшие поддержку тренера, демонстрировали более устойчивую вовлеченность в работу с платформой и сообщали о большем снижении уровня депрессии (коэффициент Коэна $d=0,45$, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,10–0,82) и тревожности (коэффициент Коэна $d=0,50$, 95% ДИ 0,13–0,86) по сравнению с пользователями, занимавшимися самостоятельно. Оба метода также привели к снижению уровня стресса (приложение с поддержкой тренера: коэффициент Коэна $d=-1,05$, 95% ДИ от -1,57 до -0,50; приложение без поддержки: коэффициент Коэна $d=-0,78$, 95% ДИ от -1,33 до -0,23) и были признаны полезными и простыми в использовании. Пользователи, получавшие поддержку тренера, также сообщили о снижении нарушений сна (коэффициент Коэна $d=-0,51$, 95% ДИ от -1,00 до -0,01). Более того, участники повысили свою мотивацию и уверенность в том, что они могут изменить свое поведение, причем у пользователей, получивших поддержку тренера, уверенность повысилась сильнее</p>	[2]
2	<p>Открытое рандомизированное контролируемое исследование 140 швейцарских студентов, испытывающих стресс. Участники были распределены либо в группу вмешательства, либо в контрольную группу списка ожидания</p>	<p>Обучающий курс по управлению стрессом</p> <p>Приложение сочетает в себе следующие компоненты: 1) предоставление теоретической информации о стрессе, осознанности и расслаблении; 2) повышение мотивации участников к самоанализу стресса и реакций на стресс; 3) обучение участников регулярной практике осознанности и техник релаксации</p>	<p>Анализ выявил улучшение состояния в отношении стресса, депрессии и соматических симптомов со средней силой эффекта (коэффициент Коэна $d=-0,36$ до коэффициента Коэна $d=-0,60$), в то время как тревожность и активное преодоление трудностей не изменились (коэффициент Коэна $d=-0,29$ и $d=0,13$ соответственно)</p>	[5]
3	<p>93 участника были случайным образом распределены в контрольную или экспериментальную группы.</p> <p>В экспериментальной группе 41 участник, а в контрольной – 52.</p> <p>Период наблюдения 3 нед.</p>	<p>Программа, направленная на развитие чувства благодарности</p> <p>Участники контрольной группы пользовались только приложением, которое пассивно собирало сенсорные данные смартфона о подвижности, времени, проведенном за экраном, сне и социальных взаимодействиях.</p> <p>Участники экспериментальной группы, помимо этого приложения, использовали программу, основанную на упражнениях по выражению благодарности. Эта программа предлагала пользователям выполнять ежедневные упражнения на благодарность в приложении, включая журнал благодарности, фотоальбом с благодарностью, упражнение на воображение, речевое упражнение и медитацию</p>	<p>Участники подгруппы с симптомами депрессии, тревожности и стресса, по крайней мере умеренными на момент начала исследования, сообщили о значительном снижении симптомов депрессии, тревожности и стресса после вмешательства (коэффициент Коэна $d=-0,68$; $P=0,04$), но не в полной выборке с низкой симптоматикой на момент начала исследования (коэффициент Коэна $d=0,16$; $P=0,46$)</p>	[8]

№	Дизайн исследования	Используемые методы	Основные результаты	Источник
4	<p>Одноцентровое, слепое, двухгрупповое рандомизированное контролируемое исследование с участием 236 человек в возрасте от 16 до 24 лет, которые сообщали о высоком уровне тревожности или навязчивых мыслей.</p> <p>Период наблюдения 6 и 12 нед.</p>	<p>Стратегии когнитивно-поведенческой терапии, нацеленные на повторяющиеся негативные мысли</p> <p>Участники были случайным образом распределены в группу активного вмешательства (обычная практика до 6 нед. использования мобильного приложения, нацеленного на повторяющиеся негативные мысли, n=119) или в контрольную группу ожидания (обычная практика без доступа к приложению в течение 6 нед., n=117)</p>	<p>Участники, случайным образом распределенные для использования приложения самопомощи, ориентированного на повторяющиеся негативные мысли, показали значительно более низкие уровни размышлений (средняя разница -2,92, 95% ДИ от -5,57 до -0,28; P=0,05; $\eta_p^2=0,02$) и беспокойства (средняя разница -3,97, 95% ДИ от -6,21 до -1,73; P <0,001; $\eta_p^2=0,06$) при 6-недельном наблюдении по сравнению с контрольной группой из списка ожидания. Аналогичные различия наблюдались в самочувствии (P <0,001), тревожности (P=0,05) и депрессии (P=0,04). Контрольная группа из списка ожидания также продемонстрировала улучшение при получении доступа к приложению через 6 нед. Улучшения, наблюдавшиеся в группе вмешательства после 6 нед. использования приложения, сохранялись и на этапе 12-недельного наблюдения</p>	[4]

Составлено авторами.
Compiled by the authors.

Поведенческая активация

Weiner L.S. и соавт. описали приложение, которое в качестве метода улучшения психического здоровья использует поведенческую активацию (ПА). Они сравнивали 2 версии цифрового продукта: для самостоятельных занятий и с поддержкой тренера [2]. Обе версии приложения продемонстрировали высокую вовлеченность пользователей, приемлемость и эффективность в улучшении психического здоровья и снижении стресса. Однако пользователи, получавшие поддержку тренера, демонстрировали более устойчивую вовлеченность в работу с платформой и сообщали о большем снижении уровня депрессии.

Поведенческая активация – научно обоснованный метод лечения депрессии [9, 10]. Эта методика также влияет на ряд других явлений, связанных с депрессией, таких как тревожность, сон, эмоциональная нестабильность, социальная изоляция, ожирение и общее самочувствие у людей без клинических диагнозов [11–13]. В рамках ПА люди учатся отслеживать свое настроение и повседневные занятия, наблюдать за связью между ними, а затем разрабатывать план по увеличению количества приятных занятий и позитивных взаимодействий с окружающим миром.

Приложение для смартфонов включает функции, которые используют пассивное считывание поведенческих данных, связанных с психическим здоровьем (например, данные о физической активности, сне, мобильности и речевых моделях), и предоставляет обратную связь в виде персонализированных рекомендаций по моделям

поведения, связанным с ежедневным настроением. Эти функции направлены на позитивные изменения в поведении. Например, приложение может подсказать: «Вам, похоже, нравятся дни, когда вы больше ездите за рулем» или «Вам, как правило, больше нравится день, когда вы просыпаетесь раньше». Приложение помогает пользователям проанализировать эти идеи и составить план по изменению поведения, предоставляя доступ к внутренним и внешним ресурсам, например, таким, как ссылки на статьи о здоровом образе жизни. В соответствии с теорией привязанности, занятия, которые приносят участникам смысл или радость, могут разорвать порочный круг мыслей и поведения, связанных с плохим психическим здоровьем, и улучшить их общее самочувствие, настроение и качество жизни.

Версия с поддержкой тренера отличалась тем, что дополнительно включала рекомендации специалиста по здоровью. Основная роль тренера заключалась в том, чтобы помогать участникам эффективно использовать приложение и поощрять взаимодействие с ним. Например, тренеры помогали участникам ставить цели и составлять планы действий на основе персонализированных рекомендаций приложения о моделях поведения, которые могут влиять на настроение пользователя. Тренеры поощряли участников заниматься тем, что им нравится или приносит пользу, например физическими упражнениями, общением или заботой о себе, и поддерживали их в достижении целей. Тренеры также рассылали напоминания и переписывались с участниками с помощью текстовых сообщений.

Обучение управлению стрессом

Ulrich S. и соавт. разработали обучающий курс по управлению стрессом для студентов на цифровой платформе [5].

Приложение сочетает в себе следующие компоненты: 1) предоставление теоретической информации о стрессе, осознанности и расслаблении; 2) повышение мотивации участников к самоанализу стресса и реакций на него; 3) обучение участников регулярной практике осознанности и техникам релаксации. Таким образом, этот комплексный подход затрагивает все ключевые аспекты управления стрессом [14]. Эта программа состоит из 12 сеансов. Образовательные сессии, помимо общих вопросов, посвящены специфическим для студентов темам, например, таким, как страх перед экзаменами. Темы подбираются индивидуально, так же как и тренер и время встречи с ним. Участники могут планировать сеансы каждые 2–4 дня, завершив программу за 24–54 дня. На протяжении всего курса участники получают персонализированную обратную связь о ходе курса, мотивационные уведомления и напоминания в случае бездействия. Персонализация на индивидуальном уровне необходима для укрепления доверия, вовлеченности, приверженности и эффективности цифровых медицинских вмешательств [15].

Развитие чувства благодарности

Fuller C. и соавт. описали приложение для смартфонов, направленное на развитие чувства благодарности [8].

Благодарность – это осознание и признание положительных аспектов жизни и добрых поступков других людей, что приводит к положительным эмоциям [16]. Было доказано: благодарность является важным ресурсом для поддержания и защиты психического здоровья. Исследования показывают, что более благодарные люди менее подвержены депрессии, тревожности и стрессу, чем менее благодарные [17]. Теоретически предполагается, что благодарность улучшает психическое благополучие с помощью механизмов позитивного воздействия (положительная эмоция благодарности по своей сути оказывает защитное действие при различных проблемах психического здоровья), позитивного мировоззрения (когнитивные схемы благодарных людей побуждают интерпретировать ситуации более позитивно), стратегий преодоления трудностей (благодарные люди дают более позитивные оценки преодоления трудностей) и позитивного отношения (благодарные люди обладают более широким набором навыков, которые по-

могают им находить дополнительные ресурсы для поддержки) [16]. В результате были разработаны программы благодарности, направленные на развитие чувства признательности к жизни и другим людям, которые дают успешные результаты и имеют клиническую значимость [16]. Они обычно включают перечисление того, за что можно быть благодарным, размышления о благодарности и поведенческие проявления благодарности [16]. Некоторые упражнения, входящие в эти программы, могут включать ведение дневников благодарности, написание благодарственных писем, а также практику медитации и осознанности.

Приложение для смартфона, специально разработанное для этого исследования, основано на предыдущих эффективных методах и упражнениях, направленных на развитие чувства благодарности [16, 18], а его дизайн и структура были специально адаптированы для пользователей-подростков. Приложение состоит из пяти различных упражнений: дневника благодарности, фотоальбома, упражнения на воображение, речевого упражнения и медитации. Дневник благодарности предлагает пользователям писать о том, за что они благодарны в этот день. В фотоальбоме пользователей просят загрузить пять фотографий людей, событий, явлений, за которые они благодарны и которые побуждают их в течение следующей недели смотреть на другие вещи с чувством благодарности и также сфотографировать их и загрузить. Упражнение «Воображение» предлагает пользователям представить пять вещей, за которые они больше всего благодарны в своей жизни, и объяснить, почему они благодарны за эти вещи и какие аспекты делают их счастливыми. Упражнение «Проговаривание вслух» предлагает пользователям подумать о пяти вещах, за которые они благодарны, и говорить о них по 90 секунд, записывая в приложении. Упражнение «Медитация» предлагает пользователям прослушать запись медитации на основе благодарности и следовать инструкциям, чтобы быть благодарными в данный момент и расслабиться.

Каждый день в течение трехнедельного периода исследования пользователи получали уведомление от приложения с напоминанием о необходимости выполнить упражнение этого дня. Приложение выполнено в зелено-белом цвете, а на главной странице изображен цветок с сердечком.

Контроль повторяющихся негативных мыслей

Edge D. и соавт. описали приложение для мобильных телефонов, ориентированное на повторяющиеся негативные мысли (руминацию) [4].

Повторяющееся негативное мышление определяется как навязчивый, трудно поддающийся контролю и сосредоточенный на негативном содержании образ мышления, который может существенно влиять на самочувствие и эмоциональное состояние человека [19]. Оно включает различные модели мышления, в том числе беспокойство и размышления. Беспокойство описывается как относительно неконтролируемая цепочка негативных мыслей о будущем в форме вопросов типа «Что если?». Такие мысли могут быть сосредоточены на типичных повседневных занятиях (таких как работа и отношения), а также на более катастрофических опасениях (например, на беспокойстве о том, что вас может сбить падающее дерево). Размышления – это форма дисфункционального, негативного мышления, которое сосредоточено на анализе причин и последствий негативных событий. Это может включать заикливание на прошлых событиях и постоянное обдумывание того, почему все пошло не так. Существуют убедительные доказательства того, что повторяющееся негативное мышление является фактором риска, характерным для многих психологических расстройств, включая депрессию и тревожность [20].

Приложение содержало образовательный контент и активные упражнения, основанные на стратегиях когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на руминацию, и других научно обоснованных методах [21, 22]. Основные элементы вмешательства были разработаны для того, чтобы избавиться от навязчивых мыслей и позволить пользователям перейти к более полезному стилю обработки информации. Это содержало обучение участников распознаванию тревожных сигналов, указывающих на размышления и беспокойство, а затем планированию альтернативных стратегий. Они включали повышение активности, замедление темпа, разбиение задач на части, противоположные действия, расслабление, конкретное мышление, погружение в процесс, сострадание к себе и уверенность в себе. Участникам предлагалось практиковать альтернативные стратегии в ответ на тревожные сигналы. Пользовательский интерфейс содержал текст, изображения, аудиозаписи, анимацию, звуковые упражнения и анкеты с индивидуальной автоматической обратной связью. Существовал также компонент самоконтроля, который предлагал пользователям пять раз в день оценивать свое настроение и уровень размышлений. Приложение также имело задания, которые представляли собой обучающие упражнения, и инструменты, представляющие собой краткие стратегии, их молодые люди могли использовать в нужный момент (например, упражнения на сострадание и рас-

слабление). Доступ к приложению был бесплатным через магазин приложений для смартфонов каждого участника.

Обсуждение

Вследствие резкого ухудшения психического здоровья молодых людей, особенно учащихся, наблюдающегося в глобальном масштабе, внедрение специальных программ, направленных на развитие навыков самоконтроля, управления стрессом и тайм-менеджмента, является очень важным [6]. Исследования продемонстрировали положительное влияние на снижение уровня стресса у студентов таких методов, как поведенческая терапия, упражнения на расслабление и осознанность, просвещение в вопросах психического здоровья, а также стратегии тайм-менеджмента и управления учебной деятельностью [6, 14]. Как правило, научно обоснованные программы по управлению стрессом сочетают теоретические занятия с упражнениями на расслабление.

Однако, несмотря на важность подобных мероприятий, их успешное внедрение остается сложной задачей [5]. К сожалению, люди, испытывающие проблемы с психическим здоровьем, часто не используют методы управления стрессом по нескольким причинам. К ним относятся страх подвергнуться стигматизации или недооценка влияния стресса [23]. К тому же большинство профилактических мер проводятся лично и требуют значительного участия квалифицированных специалистов, таких как учителя, терапевты, психологи, что может увеличить стоимость терапии и ограничить ее доступность [4]. Из-за высокой распространенности психических расстройств эти традиционные модели психологического вмешательства не могут в полной мере удовлетворить глобальную потребность в лечении, поскольку маловероятно, что когда-либо появится достаточное количество квалифицированных специалистов в области психического здоровья [4]. Таким образом, для обеспечения масштабного охвата может быть полезно внедрение таких вмешательств, которые могут быть предоставлены нескольким пользователям одновременно и не требуют дополнительного участия специалистов [24].

Использование интернета и мобильных телефонов все чаще рассматривается как способ, который может повысить доступность профилактических мер [4]. Цифровые методы имеют ряд преимуществ, в том числе независимость от местоположения и времени, снижение стигматизации и низкую стоимость [5]. Первые данные свидетельствуют о том, что приложения для смартфонов могут эффективно снижать уро-

вень стресса, депрессии и тревожности, а также улучшать качество жизни, психологическое здоровье, благополучие и саморегуляцию среди учащихся [25–27]. Однако отмечены и снижающие эффективность недостатки цифровых вмешательств, такие как низкая приверженность лечению, юридические проблемы, отсутствие отношений с терапевтом и произвольное составление расписания [28]. К тому же, несмотря на огромный рост числа мобильных приложений для психического здоровья за последние 10 лет, лишь немногие из них были разработаны с научной точки зрения [4]. Кроме того, большинство таких платформ не используют устоявшиеся принципы лечения и не были тщательно протестированы в надежных, хорошо спланированных рандомизированных контролируемых исследованиях [29].

Проведенный нами анализ показал, что в последние годы появляются работы, описывающие приложения для смартфонов, разработанные на основе научно обоснованных методов лечения психических проблем. Их эффективность и высокая приверженность подтверждена результатами клинических исследований, выявлено улучшение состояния в отношении стресса, депрессии, тревожности и соматических симптомов. Поэтому подобные приложения могут рассматриваться как альтернатива традиционным методам улучшения психиче-

ского здоровья, обеспечивающая доступность терапии всем желающим.

Заключение

Использование интернета и мобильных телефонов для улучшения психического здоровья молодых людей может быть эффективно и безопасно. Цифровые методы имеют ряд преимуществ, в том числе независимость от местоположения и времени, снижение стигматизации и низкую стоимость. В последние годы появляются приложения, разработанные с научной точки зрения, которые используют устоявшиеся принципы лечения и тщательно протестированы в рандомизированных контролируемых исследованиях. Приведенные нами результаты четырех современных работ показали, что такие методы, как поведенческая активация, обучение управлению стрессом, развитие чувства благодарности, контроль повторяющихся негативных мыслей, могут быть эффективны, будучи примененными в мобильных приложениях. Для лучшей приверженности лечению важно специально адаптировать данные программы к потребностям молодых людей, предоставлять бесплатный доступ, привлекательный дизайн, а также по возможности поддержку специально обученного тренера.

Список литературы / References

1. Zhou X., Teng T., Zhang Y., et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):581-601. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1)
2. Weiner L.S., Crowley R.N., Sheeber L.B., et al. Engagement, Acceptability, and Effectiveness of the Self-Care and Coach-Supported Versions of the Vira Digital Behavior Change Platform Among Young Adults at Risk for Depression and Obesity: Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*. 2024;11:e51366. <https://doi.org/10.2196/51366>
3. Niles A.N., O'Donovan A. Comparing anxiety and depression to obesity and smoking as predictors of major medical illnesses and somatic symptoms. *Health Psychol*. 2019;38(2):172-181. <https://doi.org/10.1037/hea0000707>
4. Edge D., Watkins E., Newbold A., et al. Evaluating the Effects of a Self-Help Mobile Phone App on Worry and Rumination Experienced by Young Adults: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2024;12:e51932. <https://doi.org/10.2196/51932>
5. Ulrich S., Lienhard N., Künzli H., Kowatsch T. A Chatbot-Delivered Stress Management Coaching for Students (MISHA App): Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2024;12:e54945. <https://doi.org/10.2196/54945>
6. Gusy B., Lesener T., Wolter C. Burnout bei Studierenden. *PiD*. 2018;19(03):90-94. <https://doi.org/10.1055/a-0556-2588>

7. Ehrentreich S., Metzner L., Deraneck S., et al. Einflüsse der coronapandemie auf gesundheitsbezogene verhaltensweisen und belastungen von studierenden. *Präv Gesundheitsf.* 2022;17(3):364-369. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00893-2> [Article in German]
8. Fuller C., Marin-Dragu S., Iyer R.S., Meier S.M. A Mobile App-Based Gratitude Intervention's Effect on Mental Well-Being in University Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2025;13:e53850. <https://doi.org/10.2196/53850>
9. Malik K., Ibrahim M., Bernstein A., et al. Behavioral activation as an 'active ingredient' of interventions addressing depression and anxiety among young people: a systematic review and evidence synthesis. *BMC Psychol.* 2021;9(1):150. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00655-x>
10. Martin F., Oliver T. Behavioral activation for children and adolescents: a systematic review of progress and promise. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(4):427-441. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1126-z>
11. Stein A.T., Carl E., Cuijpers P., et al. Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychol Med.* 2021;51(9):1491-1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
12. Young J. Behavioral activation as an adjunct treatment to CBT-I. *Sleep Med Clin.* 2023;18(1):31-38. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.10.002>
13. Choi N.G., Pepin R., Marti C.N., et al. Improving social connectedness for homebound older adults: randomized controlled trial of tele-delivered behavioral activation versus tele-delivered friendly visits. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28(7):698-708. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.02.008>
14. Yusuf M., Nicoloso-SantaBarbara J., Grey N.E., et al. Meta-analytic evaluation of stress reduction interventions for undergraduate and graduate students. *Int J Stress Manag.* 2019;26(2):132-145. <https://doi.org/10.1037/str0000099>
15. Karekla M., Kasinopoulos O., Neto D.D., et al. Best practices and recommendations for digital interventions to improve engagement and adherence in chronic illness sufferers. *Eur Psychol.* 2019;24(1):49-67. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000349>
16. Wood A.M., Froh J.J., Geraghty A.W.A. Gratitude and well-being: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(7):890-905. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>
17. Cregg D.R., Cheavens J.S. Gratitude interventions: effective self-help? A meta-analysis of the impact on symptoms of depression and anxiety. *J Happiness Stud.* 2021;22(1):413-445. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00236-6>
18. Bohlmeijer E., Westerhof G. The model for sustainable mental health: future directions for integrating positive psychology into mental health care. *Front Psychol.* 2021;12:747999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747999>
19. McEvoy P.M., Salmon K., Hyett M.P., et al. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic predictor of depression and anxiety symptoms in adolescents. *Assessment.* 2019;26(2):324-335. <https://doi.org/10.1177/1073191117693923>
20. Kaplan D.M., Palitsky R., Carey A.L., et al. Maladaptive repetitive thought as a transdiagnostic phenomenon and treatment target: an integrative review. *J Clin Psychol.* 2018;74(7):1126-1136. <https://doi.org/10.1002/jclp.22585>
21. Cook L., Mostazir M., Watkins E. Reducing stress and preventing depression (RESPOND): randomized controlled trial of web-based rumination-focused cognitive behavioral therapy for high-ruminating university students. *J Med Internet Res.* 2019;21(5):e11349. <https://doi.org/10.2196/11349>
22. Hvenegaard M., Moeller S.B., Poulsen S., et al. Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) group CBT for depression: phase II trial. *Psychol Med.* 2020;50(1):11-19. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003835>
23. Song X., Anderson T., Himawan L., et al. An investigation of a cultural help-seeking model for professional psychological services with U.S. and Chinese samples. *J Cross Cult Psychol.* 2019;50(9):1027-1049. <https://doi.org/10.1177/0022022119878506>

24. Muñoz R.F., Cooper L.A. The COVID-19 pandemic and mental health-implementing evidence-based interventions to advance equity and reverse a worsening crisis. *JAMA Heal Forum*. 2022;3(4):e221282. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.1282>
25. Yang E., Schamber E., Meyer R.M., Gold J.I. Happier healers: randomized controlled trial of mobile mindfulness for stress management. *J Altern Complement Med*. 2018;24(5):505-513. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0301>
26. Sun S., Lin D., Goldberg S., et al. A mindfulness-based mobile health (mHealth) intervention among psychologically distressed university students in quarantine during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *J Couns Psychol*. 2022;69(2):157-171. <https://doi.org/10.1037/cou0000568>
27. Schulte-Frankenfeld P.M., Trautwein F.M. App-based mindfulness meditation reduces perceived stress and improves self-regulation in working university students: a randomised controlled trial. *Appl Psychol Health Well Being*. 2022;14(4):1151-1171. <https://doi.org/10.1111/aphw.12328>
28. Linardon J., Fuller-Tyszkiewicz M. Attrition and adherence in smartphone-delivered interventions for mental health problems: a systematic and meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2020;88(1):1-13. <https://doi.org/10.1037/ccp0000459>
29. Bauer M., Glenn T., Geddes J., et al. Smartphones in mental health: a critical review of background issues, current status and future concerns. *Int J Bipolar Disord*. 2020;8:2. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0164-x>

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Грибкова Ирина Владимировна – канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-7757-318X>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Грибкова Ирина Владимировна
igribkova@yandex.ru

Статья поступила 10.03.2025
Принята к печати 22.04.2025
Опубликована 18.06.2025

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About the authors

Irina V. Gribkova – Cand. Sci. In Biology, Leading Researcher of Department for Public Health Research, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-7757-318X>

The author read and approved the final manuscript.

Corresponding author

Irina V. Gribkova
igribkova@yandex.ru

Received 10.03.2025
Accepted for publication 22.04.2025
Published 18.06.2025

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;74-84>

К вопросу о разработке PROM в рамках реализации ценностно-ориентированного здравоохранения

Ю.В. Бударина

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Автор, ответственный за переписку, email: ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Аннотация

Актуальность. Здравоохранение, основанное на ценностях, становится основным лейтмотивом реструктуризации и совершенствования современных систем здравоохранения во всем мире. Во главу угла ставится ценность медицинской помощи для пациента, поэтому для принятия действенных решений важно измерять эффект лечения с учетом данных, сообщаемых пациентами. В статье дается краткая характеристика понятий результатов, сообщаемых пациентами (PRO), показателей для их измерения (PROM) и их значимость в ценностно-ориентированном здравоохранении. На основе анализа публикаций зарубежных исследователей рассмотрены основные принципы и этапы формирования PROM с детализацией отдельных элементов и сгенерирована схема процесса разработки PROM. Ввиду того что в российском здравоохранении использование PROM пока не получило широкого распространения и учитывая признанную эффективность этого инструмента при реализации инициатив ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) за рубежом, изучение подходов к разработке и выбору PROM становится актуальным трендом. **Цель.** Анализ подходов зарубежных исследователей к разработке и выбору PROM для внедрения в практику отечественного здравоохранения. **Материалы и методы.** Материалом для написания статьи послужил контент-анализ научной литературы, размещенной в базах данных Springer Nature (портфель журналов BMC), eLIBRARY. Отбирались публикации, посвященные проблематике измерения результатов, сообщаемых пациентами и процессу их разработки, по ключевым словам outcome indicators reported by patients; PROM; development; value-based healthcare. Дополнительно использовались общенаучные методы познания: сопоставление, обобщение, системно-структурный и аналитический методы. **Результаты и их обсуждение.** Рассмотрены основные типы результатов, сообщаемых пациентами, – PRO, и виды показателей для их измерения – PROM. Проанализированы результаты исследований и мнения зарубежных ученых по разработке PROM. Систематизированы принципы и этапы формирования PROM и сгенерирована схема процесса разработки PROM для любых областей измерения и применения, которая может стать методологической базой для разработки и внедрения PROM на российский рынок здравоохранения.

Ключевые слова: ценностно-ориентированная модель здравоохранения; PRO; PROM; пациент; опросники; анкеты; показатели

Для цитирования: Бударина Ю.В. К вопросу о разработке PROM в рамках реализации ценностно-ориентированного здравоохранения. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):74-84. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;74-84>

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;74-84>

On the Issue of Developing PROM as Part of the Value-based Healthcare

Yuliya V. Budarina

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9,
Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

Author's email: ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Abstract

Background. Value-based healthcare is becoming the main theme of restructuring and improving modern healthcare systems around the world. The value of medical care for the patient is at the forefront; therefore, in order to make effective decisions, it is important to measure the effect of the treatment by taking into account the data reported by patients. This article provides a brief description of the concepts of patient-reported outcomes (PROs), indicators for measuring them (PROMs) and their significance in value-based healthcare. Based on the analysis of foreign publications, the basic principles and stages of the formation of PROMs with detailed descriptions of separate elements are considered, and a scheme of the PROM development process is generated. Since the use of PROM in Russian healthcare has not yet widely used, but have proven effective in supporting value-based healthcare initiatives abroad, exploring methods for developing and selecting these measures is becoming a relevant trend. The goal is to analyze the approaches of foreign researchers to the development of PROM and choosing it for implementation in Russian healthcare. **Materials and Methods.** This review is based on the content analysis of scientific literature published in the Springer Nature databases (BMC journal portfolio) and eLibrary.ru. It includes publications on the problems of measuring the PROs and the process of their development selected using the following keywords: outcome indicators reported by patients, PROM, development, and value-based healthcare. Additionally, general scientific methods of cognition were used: comparison, generalization, system-structural and analytical methods. **Results.** This article considers the main types of patient-reported outcomes — PROs — and types of indicators for their measurement — PROMs. It also analyzes the results of research and opinions of foreign scientists on the development of PROM. The principles and stages of PROM development are systematized, and a scheme of the PROM development process for any areas of measurement and application is generated — a possible methodological basis for the development and implementation of PROM in the Russian healthcare market.

Keywords: value-based healthcare; PRO; PROM; patient; surveys; questionnaires; measures.

For citation: Budarina Y.V. On the Issue of Developing PROM as Part of the Value-based Healthcare Implementation. *City Healthcare*. 2025;6(2):74-84. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;74-84>

Введение

Здравоохранение, основанное на ценностях, в последнее десятилетие стало основным лейтмотивом реструктуризации и совершенствования современных систем здравоохранения во всем мире. Во главу угла ставится ценность медицинской помощи для пациента, поэтому очень часто мы говорим о пациентоориентированном здравоохранении. В центре процесса оказания медицинской помощи при пациентоориентированной модели здравоохранения (ПМЗ) находятся ценности, предпочтения, цели в отношении жизни и здоровья пациентов [1].

Оценка симптомов заболевания во многом зависит от ощущений самого пациента, а медицинские работники, которые осуществляют эту оценку, не всегда могут учесть все аспекты проявления болезни и особенно ее влияние на качество жизни пациента [2, 3]. Вовлечение пациентов в принятие решений подразумевает, что они осведомлены о существующих вариантах оказания помощи и их потенциальных эффектах, понимают эти варианты и могут выбрать то, что наиболее актуально и приемлемо для них [4]. Улучшение клинических показателей не всегда означает улучшение состояния пациента, поэтому для принятия действенных решений так важно измерять еще и эффект лечения на основе данных, сообщаемых пациентами.

Вследствие этого ключевым аспектом реализации ПМЗ является сбор и анализ мнений пациентов о наиболее значимых для них результатах лечения. Основным инструментом для сбора данных от пациентов выступают анкеты или опросники, которые называют PROM (patient reported outcomes measure).

Спектр применения PROM довольно обширен. Они могут использоваться как в клинической практике, так и в различных исследованиях, например, производители медицинских устройств используют PROM на этапе разработки, фармацевтические компании – при клинических исследованиях новых препаратов, клиницисты – при отслеживании нежелательных явлений в режиме реального времени и проведении мониторинга течения заболевания [3]. Кроме того, PROM могут стать ценным инструментом управления при определении стратегии развития здравоохранения.

Зарубежные авторы придерживаются единого мнения о решающем значении применения PROM для реализации принципов, заложенных в модели здравоохранения, ориентированные на пациента, а анализ их публикаций демонстрирует неснижаемый интерес к исследованиям о применении результатов, сообщаемых пациентами, в процессе принятия клинических решений при лечении различных заболеваний (онкологические заболевания [5–8], остеоартрит

коленного и тазобедренного суставов [9, 10], сердечно-сосудистые заболевания [11, 12] и др.).

Учитывая признанную эффективность этого инструмента при реализации инициатив ЦОЗ за рубежом и тот факт, что в российском здравоохранении применение PROM пока не получило широкого распространения, изучение подходов к разработке и выбору PROM для внедрения в клиническую и исследовательскую практику отечественных медицинских организаций и учреждений становится актуальным трендом, что и предопределило цель настоящей статьи.

Материалы и методы

При подготовке статьи использовались всеобщие и общенаучные методы: обобщение, классификация, сопоставление, системно-структурный и аналитический методы.

Результаты

Понятия и определения

Результаты, сообщаемые пациентами о состоянии их здоровья и качестве жизни, стали активно использоваться международным медицинским сообществом благодаря внедрению ПМЗ и аббревиатурно обозначаются PRO (англ. patient reported outcomes), а показатели, с помощью которых измеряют эти результаты, – PROM (англ. patient reported outcomes measure) [13]. PRO фиксируют исключительно субъективные ощущения пациентов без комментариев и объяснений со стороны врача или лиц, осуществляющих уход, и могут включать разные типы результатов, представленные в таблице 1.

Показатели PROM, оценивающие симптомы или функциональное состояние, представляют основной интерес для врача, так как помогают оценить тяжесть заболевания, а показатели для оценки качества жизни имеют первостепенное значение для пациента. Основная функция PROM заключается в том, чтобы показать эффективность проводимого лечения с точки зрения его влияния на здоровье и качество жизни пациентов.

Применение PROM среди общей популяции пациентов или для измерения широкого спектра заболеваний / состояний характеризует их как универсальный инструмент, поэтому их называют *общие PROM*. Для измерения отдельных аспектов конкретного заболевания / состояния / вмешательства используются так называемые *специфичные PROM*, а применительно к конкретному человеку используются *индивидуальные PROM*, например опросник жалоб, специфичных для пациента [14, 15].

Таблица 1 – Типы результатов, сообщаемых пациентами (PRO)
Table 1 – Types of patient-reported outcomes

Составлено авторами
 Compiled by the authors

Тип результата	Оцениваемая категория	Сфера охвата
Симптомы	Ухудшение (улучшение) состояния	Боль, повышенная утомляемость, тошнота, раздражение
Функциональная деятельность	Активность (инвалидность, нетрудоспособность)	Самообслуживание в повседневной деятельности, ходьба, мобильность, сон, половая жизнь
Качество жизни, связанное с состоянием здоровья	Состояние здоровья, эффективность лечения и их влияние на повседневную жизнь	Боль, повышенная утомляемость, раздражение и самообслуживание в повседневной деятельности
Качество жизни	Степень комфортного самочувствия и способность участвовать в жизни социума	Базовый уровень жизни (по мнению пациента)
Полезность	Ухудшение (улучшение) состояния или качества жизни	Боль, повышенная утомляемость, раздражение, самообслуживание в повседневной деятельности, а также качество жизни, определяемое в соответствии с потребностями пациента

Среди широко внедренных общих опросников наибольшее распространение получили SF-36, SF-12, EQ-5D, SIP, NHP [13], разработанные еще в конце 70–90-х гг. XX в. Стоит отметить, что наиболее часто используемые общие опросники имеют ряд недостатков. Во-первых, они перестали объективно соответствовать требованиям прогрессирующего здравоохранения и, кроме того, не учитывают тот факт, что некоторые проблемы со временем становятся для пациентов менее значимыми. Например, ограничение подвижности частично может быть компенсировано достижениями в области реабилитационных и вспомогательных технологий и созданием комфортной среды для маломобильных граждан в общественном пространстве. Во-вторых, в общие опросники включены вопросы, которые не имеют значения для отдельных групп пациентов, и пациенты, вероятнее всего, не станут на них отвечать, что в итоге повлияет на достоверность результатов. Специфичные PROM, фокусируясь на конкретных заболеваниях (симптомах, органах), помогают более точно измерить и выявить различия между пациентами с аналогичным заболеванием по сравнению с общими PROM.

Сбор PROM осуществляется с помощью стандартизированных анкет (опросников), содержащих определенный набор показателей для оценки заболевания (состояния), методов и программ лечения (ухода) в соответствии с диагностическим кодом по МКБ для всех пациентов или для определенной группы пациентов. Для сбора показателей по усмотрению заинтересованных сторон анкетирование может проводиться посредством личного опроса при посещении медицинской организации, телефонного опроса, опроса, направленного по почте, и т.д.

Разработка PROM

PROM – это гораздо больше, чем просто инструмент сбора мнений пациентов. Они выступают в качестве средства количественной оценки качественной информации, т.е. PROM преобразуют PRO в числовую оценку [3]. Являясь фундаментом дальнейшего прикладного использования, PROM требуют тщательного научно-методического подхода на стадии разработки. Многие исследователи для разработки PROM по отдельным заболеваниям / состояниям применяют подход, рекомендованный Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) при создании пациентоориентированных лекарств (PFDD) [16], хотя единых общепринятых рекомендаций не существует.

Рекомендации FDA [16] содержат подробное описание, на основе которого следует разрабатывать новые показатели результатов, о которых сообщает пациент. Кратко основные рекомендации FDA по разработке PROM изложены в таблице 2.

Процесс разработки PROM – это перманентный процесс, благодаря которому появляются новые инструменты или усовершенствуются уже существующие.

Например, в Японии в 2021–2022 гг. разрабатывался опросник для пациентов с любым типом болезни Гоше – нейронопатического (1-й тип), инфантильного или острого нейронопатического (2-й тип) и подострого нейронопатического (3-й тип), который включает опросник, изначально разработанный для пациентов с болезнью Гоше 1-го типа, переведенный с английского языка и адаптированный к японской культуре, и опросник, созданный для пациентов с болезнью Гоше

Таблица 2 – Основные рекомендации FDA по разработке PROM
Table 2 – Main FDA recommendations for PROM development

Составлено авторами
 Compiled by the authors

Рекомендация	Цель
Проведение предварительного исследования	Разработка плана исследования на основе обзора литературы и консультаций с экспертами в предметной области
Вовлечение пациентов в процесс разработки показателей	Создание обоснованного и актуального для пациентов опросника
Использование конкретизированных вопросов	Постановка задач и ожидаемых результатов
Выбор времени для сбора данных	Подбор оптимального времени для проведения опроса с учетом интересов и возможностей целевой аудитории
Определение допустимой нагрузки на участников	Достижение баланса между потребностями в сборе данных и минимизацией нагрузки на участников

2-го и 3-го типа на основе интервью с японскими пациентами [17]. В 2022 г. в Японии насчитывалось чуть более 200 пациентов с болезнью Гоше всех типов, но доля пациентов с формой заболевания 2-го типа составляет примерно 60% случаев [18].

На первом этапе был проведен анализ интервью с пациентами, страдающими болезнью Гоше 2-го типа, и/или их опекунами с использованием технологий ИИ для поиска ключевых слов и тем, связанных с заболеванием. Благодаря этому были созданы новые показатели, учитывающие специфику неврологических симптомов, которые вошли в объединенный опросник, состоящий из трех частей (1-я часть – 15 показателей, 2-я часть – 9 показателей, 3-я часть – 16 показателей). Опыт пациентов за месяц, предшествующий опросу, оценивался в 1-й части, а во 2-й и 3-й частях – за неделю.

На следующих этапах проводилась оценка объединенного нового опросника, включая предварительный опрос, основной опрос и проверку результатов. Для оценки результатов были рассчитаны средние баллы в целом и по каждому типу болезни Гоше, корреляция между показателями, согласованность и надежность опросника.

Предварительно были опрошены 16 пациентов, из которых с болезнью Гоше 1-го типа – 3 чел., 2-го типа – 6 чел., 3-го типа – 7 чел. В результате удалось выявить полезность показателей PROM для пациентов с различными типами болезни. Например, показатели, характеризующие неврологические симптомы, не могут быть применены к пациентам с 1-м типом болезни, а показатели, описывающие эмоции, непригодны для пациентов с болезнью 2-го и 3-го типа с нарушением когнитивных или речевых способностей.

Показатель согласованности, рассчитанный с помощью коэффициента альфа Кронбаха, составил для 1-й части опросника 0,841, для 2-й – 0,902, для 3-й – 0,934 и 0,926 для всего нового PROM [17]. Расчет корреляции между показателями показал,

что в целом большинство показателей 2-й части положительно коррелировали с показателями 3-й части. Большинство показателей во всех трех частях отрицательно коррелировали с возрастом пациента и длительностью заболевания.

В основном опросе, который проводился дважды с интервалом в 2 нед., приняли участие 33 пациента, из которых с болезнью Гоше 1-го типа – 9 чел., 2-го типа – 13 чел. и 3-го типа – 11 чел. Показатель согласованности, рассчитанный с помощью коэффициента альфа Кронбаха, составил для 1-й части опросника 0,896, для 2-й – 0,882, для 3-й – 0,916 и 0,898 для всего нового PROM [17]. Расчет корреляционных связей продемонстрировал те же тенденции, что и при предварительном опросе. Надежность результатов определялась с помощью метода «тест-ретест» и расчета коэффициента каппы Коэна. У пациентов с болезнью Гоше 1-го типа большинство показателей 1-й и 2-й частей имели хорошую надежность, а показатели 3-й части наоборот. У пациентов с болезнью Гоше 2-го типа показатели 1-й части имели низкую надежность, 2-й части – промежуточную, а 3-й части – высокую. У пациентов с болезнью Гоше 3-го типа большинство пунктов во всех частях имели высокую надежность. В целом большинство показателей 1-й части имели низкую надежность, а 3-й части – высокую.

Анализ ответов пациентов показал высокую внутреннюю согласованность и надежность PROM, что позволяет использовать этот инструмент при всех типах болезни Гоше. В перспективе использование разработанного PROM поможет получить достоверное представление об опыте пациентов с болезнью Гоше всех типов, включая «степень бремени, факторы, которые способствуют бремени, и влияние медицинского управления и лечения на бремя» [17].

В Нидерландах в 2024 г. разработали универсальный PROM для детей и взрослых с редкими генетическими нарушениями развития нервной системы и умственной отсталостью (далее – ГНР).

Разработка опросника ГНР состояла из следующих этапов: 1) поиска потенциально значимых показателей; 2) интеграции и концептуализации показателей в пилотный опросник; 3) выбора приоритетных показателей с соблюдением рекомендаций руководства COS-STAP [19], регламентирующего применение стандартизированных основных наборов измеряемых результатов лечения (COS).

Для разработки опросника ГНР была создана команда проекта, в которую вошли врачи, исследователи и эксперты, осуществляющие управление и координацию в сотрудничестве с экспертами Европейской справочной сети по умственной отсталости, телемедицине и врожденным аномалиям (ERN-ITHACA), которая представляет собой сеть, ориентированную на пациента [14], а также пациентами с ГНР и лицами, осуществляющими уход за ними.

На 1-м этапе осуществляется обзор публикаций, посвященных исследованиям о результатах, сообщаемых пациентами с ГНР, показателях для измерения этих результатов и использовании стандартизированных наборов COS для выявления наиболее значимых показателей, психометрические свойства которых затем проверяются среди лиц с ГНР. После проверки на надежность и валидность проводятся фокус-группы и интервью с пациентами (лицами, осуществляющими уход за ними), медицинскими работниками и представителями пациентов с целью выявления значимых показателей. Фокус-группы и интервью включают обсуждение влияния ГНР на повседневную жизнь с отражением негативных и позитивных моментов и выбор актуальных вопросов, касающихся физического, психического и социального функционирования для обсуждения с врачом посредством мозгового штурма.

На 2-м этапе проводится совещание группы экспертов для концептуализации показателей с целью обеспечения их применимости ко всем группам пациентов с ГНР на основе обобщения данных, выявленных на 1-м этапе, и в результате формируется пилотный набор показателей.

На 3-м этапе идет процесс согласования пилотного набора показателей с помощью двухраундового голосования участников проекта по методу Delphi. Показатели, в отношении которых был достигнут консенсус в части их включения (исключения) в окончательный вариант опросника, будут снова представлены для повторного голосования во втором раунде, чтобы участники смогли убедиться в целесообразности их включения (исключения). Если по каким-либо показателям консенсус не был достигнут по итогам второго раунда, они подлежат рассмотрению на организованной для этого встрече с участием пациентов и экспертов. По результатам голосования показатели, получившие поддержку не менее 60% участников, включаются в окончательный опросник.

По мнению исследователей, примененный ими методологический подход может быть использован для разработки PROM и других заболеваний/состояний. По аналогичному сценарию разработаны такие PROM, как TSC-PROM для больных туберозным склерозным комплексом в Нидерландах [20], CA-PROM для больных раком в Китае [21], индекс лечения нестабильности голеностопного сустава – AITI в Люксембурге [22], определение показателя контроля астмы – AC-PROM в Шри-Ланке [23] и др. Обобщив опыт мировых исследователей [14, 17, 20–23], процесс разработки PROM можно представить в виде трех основных этапов (рис. 1).



Рис. 1 – Схема процесса разработки PROM
Fig. 1 – PROM development algorithm

Составлено авторами.
Compiled by the authors.

На 1-м этапе проводится качественное исследование для определения охвата, ясности содержания и релевантности показателей по выбранному заболеванию / состоянию путем обзора публикаций в реферативных базах данных; проведения и анализа результатов интервью или фокус-групп среди пациентов с целью формирования предварительного списка показателей. Благодаря процессам интеграции и концептуализации на 2-м этапе осуществляется корректировка показателей посредством проведения онлайн-опросов Delphi среди экспертов и пациентов. На заключительном 3-м этапе оценивается валидность показателей на основе эксплораторного и подтверждающего факторного анализа и формируется окончательный список релевантных показателей для включения в опросник (анкету). Сформированная версия PROM проверяется на надежность при помощи коэффициентов Кронбаха, Спирмена-Брауна, МакДоналда и др., используемых для проверки надежности измерительной шкалы при проведении социологических опросов.

Особое внимание при разработке любой области измерения PROM стоит обратить на ряд ключевых вопросов, на которые следует ответить

на соответствующем этапе (рис. 2). Область измерения (ОИ) включает PROM любого вида (общие, специфические, индивидуальные) и/или любой вид заболевания/состояния/вмешательства.

При выборе PROM важно, чтобы каждый из этих ключевых вопросов был рассмотрен и решен во время разработки и тестирования анкеты. В случае необходимости использования анкеты на разных языках следует учесть, применялись ли соответствующие методы для перевода анкеты и была ли протестирована версия анкеты на языке страны использования, чтобы убедиться, что она подходит для местных пациентов [15].

Основными критериями для выбора PROM в случае оказания клинической помощи являются краткость, соответствие отраслевым стандартам и охват информационной системой оценки результатов, сообщаемых пациентами (PROMIS)¹. «Показатели PROMIS стандартизированы и позволяют оценивать многие области PRO, включая боль, усталость, эмоциональный стресс, физическое функционирование и участие в социальной жизни, на основе общих показателей, которые позволяют сравнивать различные области, хронические заболевания и население в целом»².



Рис. 2 – Ключевые вопросы при разработке PROM
Fig. 2 – Key questions upon the development of PROM

Составлено авторами.
Compiled by the authors.

¹ Patient-Reported Outcome Measures: Current State and MMS Principles. URL: <https://www.massmed.org/proms/> (дата обращения: 19.12.2024).

² Там же.

Обсуждение

Поиск научно обоснованных данных для создания стандарта лечения пациентов в условиях ЦОЗ является мощным стимулом для разработки или усовершенствования PROM. Зарубежные исследователи подчеркивают важность научно-методологического подхода на этапе разработки опросника и выделяют среди основных элементов процесса формирования PROM такие, как обзор существующих публикаций, интервьюирование пациентов, валидация данных, проверка чувствительности и надежности показателей [14, 15, 17, 21–23].

Например, ученые из Люксембурга считают, что «сосредоточение на вкладе пациента в определение содержания шкалы опросника и соблюдение стандартов валидности и надежности PRO представляют собой стратегию разработки PROM для пациентов с нестабильностью голеностопного сустава» [22]. Английские ученые обращают внимание на то, что «разработка, администрирование, анализ и адаптация PROM должны осуществляться высококвалифицированными специалистами» [15].

Признавая полезность PROM и в повседневной медицинской практике, и в клинических исследованиях [14, 21], некоторые исследователи подчеркивают необходимость тестирования разработанных ими опросников для жителей своей страны на более широких популяциях па-

циентов [21, 23]. В целом надежные и достоверные PROM, разработанные с учетом общепризнанных рекомендаций, считаются важнейшим инструментом для оценки полезности проводимого лечения и внедрения новых эффективных способов и методов лечения в клиническую практику [5–12].

Заключение

Анализ данных о результатах лечения, сообщаемых пациентами, является необходимым условием реализации ПМЗ, ставшей мировым трендом в современном здравоохранении, и помогает исследователям и врачам учитывать тяжесть и частоту симптомов для формирования полноценного представления об опыте пациентов. Зарубежные авторы признают необходимость применения PROM при реализации принципов ЦОЗ и регулярно проводят исследования, посвященные усовершенствованию имеющихся опросников и разработке новых, акцентируя внимание на методологической проработке данного инструмента. Изучение зарубежного опыта позволило сгенерировать основные принципы и этапы формирования PROM независимо от области измерения и применения, которые могут стать фундаментом для разработки и внедрения PROM на российский рынок здравоохранения.

Список литературы

1. Харисов А.М., Сухотерин А.Ф., Селезнев П.С. и др. Трансформация здравоохранения к пациенто-ориентированной модели. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2019;3-4:96-104. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2019.03.011>
2. Мусина Н.З., Омельяновский В.В., Гостищев Р.В. и др. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020;13(4):438-451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2020.042>
3. Мухина С.М., Орлова Е.В. Исходы, сообщаемые пациентами: обзор направлений применения. *Реальная клиническая практика: данные и доказательства*. 2022;2(2):1-7. <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-12>
4. Galletta M., Piazza M.F., Meloni S.L., Chessa E., Piras I., Arnetz J.E., D'Aloja E. Patient Involvement in Shared Decision-Making: Do Patients Rate Physicians and Nurses Differently? *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):14229. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114229>
5. Moloczij N., Gough K., Solomon B., et al. Development of a hospital-based patient-reported outcome framework for lung cancer patients: a study protocol. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16:10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0837-z>
6. Wilson R. Patient led PROMs must take centre stage in cancer research. *Res Involv Engagem*. 2018;4:7. <https://doi.org/10.1186/s40900-018-0092-4>
7. Kargo A.S., Coulter A., Jensen P.T., et al. Proactive use of PROMs in ovarian cancer survivors: a systematic review. *J Ovarian Res*. 2019;12:63. <https://doi.org/10.1186/s13048-019-0538-9>

8. Moss M.C.L., Aggarwal A., Qureshi A., et al. An assessment of the use of patient reported outcome measurements (PROMs) in cancers of the pelvic abdominal cavity: identifying oncologic benefit and an evidence-practice gap in routine clinical practice. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19:20. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01648-x>
9. Sørensen N.L., Hammeken L.H., Thomsen J.L., et al. Implementing patient-reported outcomes in clinical decision-making within knee and hip osteoarthritis: an explorative review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20:230. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2620-2>
10. Pronk Y., van der Weegen W., Vos R., et al. What is the minimum response rate on patient-reported outcome measures needed to adequately evaluate total hip arthroplasties? *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18:379. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01628-1>
11. Oliveira H.C., Hayashi D., Carvalho S.D.L., et al. Quality of measurement properties of medication adherence instruments in cardiovascular diseases and type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2023;12:222. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02340-z>
12. Coles T.M., Hernandez A.F., Reeve B.V., et al. Enabling patient-reported outcome measures in clinical trials, exemplified by cardiovascular trials. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19:164. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01800-1>
13. Хатьков И.Е., Минаева О.А., Домрачев С.А. и др. PROM – современный подход к оценке качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями. *Терапевтический архив*. 2022;94(1):122-128. <https://doi.org/10.26442/00403660.2022.01.201343>
14. van Silfhout N.Y., van Muilekom M.M., van Karnebeek C.D., et al. PROs for RARE: protocol for development of a core patient reported outcome set for individuals with genetic intellectual disability. *Orphanet J Rare Dis*. 2024;19:354. <https://doi.org/10.1186/s13023-024-03264-0>
15. Стеклов В.И., Ким Е.А., Крайнюков П.Е. и др. Методы оценки качества жизни больных с нарушениями ритма сердца. *Вестник аритмологии*. 2021;28(1):55-63. <https://doi.org/10.35336/VA-2021-1-55-63>
16. Боровская В.Г., Касимова А.Р. Обзор руководств от FDA для вовлечения пациента в процесс разработки медицинских продуктов и принятия нормативных решений. *Реальная клиническая практика: данные и доказательства*. 2023;3(2):1-9. <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-31>
17. Narita A., Koto Y., Noto S., et al. Development and evaluation of a patient-reported outcome measure specific for Gaucher disease with or without neurological symptoms in Japan. *Orphanet J Rare Dis*. 2024;19:11. <https://doi.org/10.1186/s13023-024-03264-0>
18. Koto Y., Narita A., Noto S., et al. Qualitative analysis of patient interviews on the burden of neuronopathic Gaucher disease in Japan. *Orphanet J Rare Dis*. 2022;17:280. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02429-z>
19. Kirkham J.J., Gorst S., Altman D.G., et al. Core Outcome Set-STandardised Protocol Items: the COS-STAP Statement. *Trials*. 2019;20:116. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3230-x>
20. Müller A.R., Luijten M.A.J., Haverman L., et al. Understanding the impact of tuberous sclerosis complex: development and validation of the TSC-PROM. *BMC Med*. 2023;21:298. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03012-4>
21. Hu X., Zhao Z., Zhang S.K., Luo Y., Yu H., Zhang Y. CA-PROM: Validation of a general patient-reported outcomes measure for Chinese patients with cancer. *Cancer Epidemiol*. 2020;67:101774. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101774>
22. Spennacchio P., Senorski E.H., Mouton C., et al. A new patient-reported outcome measure for the evaluation of ankle instability: description of the development process and validation protocol. *J Orthop Surg Res*. 2024;19:557. <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05057-4>
23. Guruparan Y., Navaratnaraja T.S., Selvaratnam G., et al. Development and validation of a set of patient reported outcome measures to assess effectiveness of asthma prophylaxis. *BMC Pulm Med*. 2021;21:295. <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01665-6>

References

1. Kharisov A.S., Sukhoterina A.F., Seleznev P.S., et al. Health Transformation to a Patient-Oriented Model. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2019;3-4:96-104. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2019.03.011>. (In Russ.)
2. Musina N.Z., Omel'janovskij V.V., Gostishhev R.V., et al. The concept of value-based healthcare. *Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2020;13(4):438-451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2020.042>. (In Russ.)
3. Muhina S.M., Orlova E.V. Patient-reported outcomes: an overview of application directions. *Real-World Data & Evidence*. 2022; 2(2):1-7. <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-12>. (In Russ.)
4. Galletta M., Piazza M.F., Meloni S.L., Chessa E., Piras I., Arnetz J.E., D'Alaja E. Patient Involvement in Shared

- Decision-Making: Do Patients Rate Physicians and Nurses Differently? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 31;19(21):14229. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114229>. PMID: 36361109; PMCID: PMC9656720.
5. Moloczij N., Gough K., Solomon B., et al. Development of a hospital-based patient-reported outcome framework for lung cancer patients: a study protocol. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16:10. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0837-z>
 6. Wilson R. Patient led PROMs must take centre stage in cancer research. *Res Involv Engagem* 2018;4:7. <https://doi.org/10.1186/s40900-018-0092-4>
 7. Kargo A.S., Coulter, A., Jensen P.T., et al. Proactive use of PROMs in ovarian cancer survivors: a systematic review. *J Ovarian Res* 2019;12:63. <https://doi.org/10.1186/s13048-019-0538-9>
 8. Moss, M.C.L., Aggarwal, A. Qureshi A., et al. An assessment of the use of patient reported outcome measurements (PROMs) in cancers of the pelvic abdominal cavity: identifying oncologic benefit and an evidence-practice gap in routine clinical practice. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19:20. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01648-x>
 9. Sørensen N.L., Hammeken L.H., Thomsen J.L., et al. Implementing patient-reported outcomes in clinical decision-making within knee and hip osteoarthritis: an explorative review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20:230. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2620-2>
 10. Pronk Y., van der Weegen W., Vos R., et al. What is the minimum response rate on patient-reported outcome measures needed to adequately evaluate total hip arthroplasties?. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18:379. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01628-1>
 11. Oliveira H.C., Hayashi D., Carvalho S.D.L., et al. Quality of measurement properties of medication adherence instruments in cardiovascular diseases and type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2023;12:222. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02340-z>
 12. Coles T.M., Hernandez A.F., Reeve B.B., et al. Enabling patient-reported outcome measures in clinical trials, exemplified by cardiovascular trials. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19:164. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01800-1>
 13. Hat'kov I.E., Minaeva O.A., Domrachev S.A., et al. PROM is a modern approach to assessing the quality of life of patients with cancer. *Therapeutic Archive*. 2022; 94(1):122-128. <https://doi.org/10.26442/00403660.2022.01.201343>. (In Russ.)
 14. van Silfhout N.Y., van Muilekom M.M., van Karnebeek C.D., et al. PROs for RARE: protocol for development of a core patient reported outcome set for individuals with genetic intellectual disability. *Orphanet J Rare Dis*. 2024;19:354. <https://doi.org/10.1186/s13023-024-03264-0>.
 15. Methods for assessing the quality of life of patients with cardiac arrhythmias / V. I. Steklov, E. A. Kim, P. E. Krajnukov et al. // *Journal of Arrhythmology*. 2021;28(1):55-63. <https://doi.org/10.35336/VA-2021-1-55-63>. (In Russ.)
 16. Borovskaja V.G., Kasimova A.R. Review of guidelines from the FDA for patient involvement in the process of developing medical products and making regulatory decisions. *Real-World Data & Evidence*. 2023;3(2):1-9. <https://doi.org/10.37489/2782-3784-myrd-31>. (In Russ.)
 17. Narita A., Koto Y., Noto S., et al. Development and evaluation of a patient-reported outcome measure specific for Gaucher disease with or without neurological symptoms in Japan. *Orphanet J Rare Dis*. 2024;19:11. <https://doi.org/10.1186/s13023-024-03264-0>
 18. Koto Y., Narita A., Noto S., et al. Qualitative analysis of patient interviews on the burden of neuronopathic Gaucher disease in Japan. *Orphanet J Rare Dis*. 2022;17:280. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02429-z>.
 19. Kirkham J.J., Gorst S., Altman D.G., et al. Core Outcome Set-STANDARDISED Protocol Items: the COS-STAP Statement. *Trials*. 2019;20:116. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3230-x>
 20. Müller A.R., Luijten M.A.J., Haverman L., et al. Understanding the impact of tuberous sclerosis complex: development and validation of the TSC-PROM. *BMC Med*. 2023;21:298. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03012-4>
 21. Xiaojuan Hu, Zhiqiang Zhao, Shao-Kai Zhang, Yanhong Luo, Hongmei Yu, Yanbo Zhang. CA-PROM: Validation of a general patient-reported outcomes measure for Chinese patients with cancer. *Cancer Epidemiol*. 2020;67:101774. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101774>
 22. Spennacchio P., Senorski E.H., Mouton C., et al. A new patient-reported outcome measure for the evaluation of ankle instability: description of the development process and validation protocol. *J Orthop Surg Res*. 2024;19:557. <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05057-4>
 23. Guruparan Y., Navaratnaraja T.S., Selvaratnam G., et al. Development and validation of a set of patient reported outcome measures to assess effectiveness of asthma prophylaxis. *BMC Pulm Med*. 2021;21:295. <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01665-6>

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Бударина Юлия Викторовна – научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <http://orcid.org/0000-0001-8397-8327>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Бударина Юлия Викторовна
ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Поступила 24.12.2024
Принята к печати 03.04.2025
Опубликована 18.06.2025

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About author

Yuliya V. Budarina – Researcher, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <http://orcid.org/0000-0001-8397-8327>

The author read and approved the final manuscript.

Corresponding author

Yuliya V. Budarina
ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Received 24.12.2024
Accepted for publication 03.04.2025
Published 18.06.2025

УДК 614.2:340.1
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;85-93>

Актуальные вопросы нормативного правового регулирования наставничества в сфере здравоохранения

Н.А. Аракелян*, Е.С. Воробцова

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация

*Автор, ответственный за переписку, email: dr.nareks@yandex.ru

Аннотация

Цель. В данной статье рассматриваются последние изменения в законодательстве Российской Федерации, касающиеся системы наставничества в трудовой сфере, в частности в здравоохранении. В ответ на поручения Президента от 25.07.2023 о необходимости ужесточения регулирования трудовых отношений, связанных с наставничеством, предложен проект федерального закона, который был принят 9 ноября 2024 г. **Материалы и методы.** В представленном исследовании проведен анализ нового федерального закона, который вносит изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации в сфере наставничества. Также в статье анализируются важные аспекты создания и регулирования системы наставничества, рассматриваются возможные формы поощрения наставников, подчеркивается необходимость поддержки со стороны органов власти и образовательных учреждений. **Результаты.** На основе полученных результатов делается вывод о том, что введение системы наставничества в рамках нового законодательства обеспечит устойчивое развитие квалифицированной рабочей силы, повысит уровень медицинского обслуживания и улучшит общую конкурентоспособность российского здравоохранения на современном рынке труда.

Ключевые слова: наставничество; нормативно-правовая база; правовое регулирование; трудовые отношения; сфера здравоохранения; материальное стимулирование

Для цитирования: Аракелян Н.А., Воробцова Е.С. Актуальные вопросы нормативного правового регулирования наставничества в сфере здравоохранения. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):85-93. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;85-93>

УДК 614.2:340.1
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;85-93>

Current Issues of Legal Regulation of Mentoring in Healthcare

Narek L. Arakelyan*, Elena S. Vorobtsova

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, email: dr.nareks@yandex.ru

Abstract

Purpose. The article discusses the latest changes in the labor legislation of the Russian Federation regarding the mentoring system, particularly, in healthcare. In response to the President's instruction on tightening labor regulations related to mentoring dated July 25, 2023, a draft federal law was proposed, and further adopted on November 9, 2024. **Materials and methods.** The presented study analyzes the new federal law that amends the Labor Code of the Russian Federation in the field of mentoring. The article also analyzes important aspects of creation and regulation of a mentoring system, examines possible ways of mentor encouragement, and emphasizes the need for support from government authorities and educational institutions. **Results.** Based on the results obtained, it was concluded that the introduction of a mentoring system under the new legislation would ensure the sustainable development of skilled workforce, increase the level of medical care and improve the overall competitiveness of Russian healthcare in the modern labor market.

Keywords: mentoring; regulatory framework; legal regulation; labor relations; healthcare; financial incentives

For citation: Arakelyan N.L., Vorobtsova E.S. Current Issues of Legal Regulation of Mentoring in Healthcare. *City Healthcare*. 2025;6(2):85-93. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;85-93>

Введение

Нормативно-правовое регулирование наставничества в сфере здравоохранения является важным аспектом улучшения качества медицинского образования и повышения профессиональных навыков медицинских работников. В части нормативно-правового регулирования вопросов наставничества можно выделить несколько ключевых направлений [1]. Первым из них является разработка и внедрение федеральных законов, которые определяют основные принципы и условия осуществления наставнической деятельности в здравоохранении.

Кроме того, существует ряд подзаконных актов, таких как постановления, инструкции и положения, которые детализируют процесс организации наставничества, его цели, задачи, а также права и обязанности как наставников, так и студентов или начинающих специалистов.

Необходимо отметить, что нормативно-правовое регулирование в области наставничества должно быть гибким и адаптивным, чтобы учитывать специфику разных медицинских направлений и потребности самого здравоохранения. Оно должно охватывать широкий спектр вопросов, от основ законодательного обеспечения до конкретных механизмов реализации и оценки эффективности наставнической деятельности.

Цель исследования

Проанализировать нормативные правовые основы реализации системы наставничества в медицинских организациях.

Материалы и методы

При написании научной статьи, посвященной внедрению системы наставничества в сфере труда в России, использовались разнообразные методы исследования, которые позволили глубже понять и проанализировать текущие изменения в законодательстве и их влияние на профессиональное развитие работников. Был проведен анализ нормативных документов и законодательных инициатив, что позволило выделить основные положения и изменения в законодательстве, касающиеся системы наставничества, а также понять их юридическую основу и предполагаемые

последствия для практики. Метод системного подхода позволил связать законодательные изменения с реальными потребностями рынка труда и профессионального развития кадров. Кроме того, в рамках исследования использовался метод обобщения и интерпретации. Описанные методы исследования взаимосвязаны и обеспечивают целостный подход к анализу внедрения системы наставничества, что способствует более глубокому и полному пониманию итогов и перспектив таких изменений в законодательстве и практике.

Результаты

В поручениях Президента Российской Федерации от 25.07.2023 № Пр-1470 был сделан акцент на важности внесения изменений в законодательство, особенно в сфере трудового права, что было обусловлено необходимостью более четкого регулирования трудовых отношений в контексте наставничества¹. Эта инициатива призвана обеспечить более эффективную и структурированную передачу знаний и навыков от более опытных специалистов молодым профессионалам, что может значительно повысить квалификацию работников и улучшить общую конкурентоспособность отраслей.

Данное поручение подчеркивает важность создания законодательных основ для наставничества как ключевого элемента в системе обучения и профессионального развития работников, актуального в условиях современных вызовов на рынке труда и необходимости повышения уровня квалификации рабочей силы.

В марте 2024 г. в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации был представлен проект федерального закона «О внесении изменений в статью 60.2 и статью 151 Трудового кодекса Российской Федерации»², по результатам обсуждения которого 9 ноября 2024 г. был принят Федеральный закон № 381-ФЗ «О внесении изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации»³.

В новом нормативном акте предусмотрены гарантии оплаты труда наставников, что подчеркивает значимость их роли в образовательном и профессиональном процессе. Также устанавливаются специфические условия регулирования труда наставников, признающих их деятельность как полноценную работу. Важно, что в трудовом договоре или дополнительном соглашении необ-

¹ Перечень поручений по итогам заседания Совета по реализации государственной политики в сфере защиты семьи и детей (утв. Президентом РФ 25.07.2023 № Пр-1470) / [Электрон. ресурс] // Гарант. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407337595/?ysclid=m6v1d36he2335775733> (дата обращения: 05.02.2025).

² Законопроект № 575296-8 «О внесении изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации» (о регулировании труда работников, выполняющих функции наставников) / [Электрон. ресурс] // Система обеспечения законодательной деятельности. URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/575296-8?ysclid=m6v1f61u0662451354> (дата обращения: 05.02.2025).

³ Федеральный закон от 09.11.2024 № 381-ФЗ «О внесении изменения в Трудовой кодекс Российской Федерации» (последняя редакция) / [Электрон. ресурс] // КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_490070/?ysclid=m6uitwiexg624689177 (дата обращения: 21.01.2025).

ходимо указывать ключевые аспекты выполнения наставнической работы, такие как содержание обязанностей, сроки и форма исполнения.

Кроме того, закон определяет порядок установления размеров и условий выплат за наставничество, что гарантирует материальную поддержку тех, кто берет на себя эту важную задачу. Работник имеет право на досрочный отказ от выполнения функций наставника, в то время как работодатель также вправе отменить поручение о наставничестве, но с предварительным уведомлением работника не менее чем за три рабочих дня.

Следует отметить, что данный закон вступил в силу с 1 марта 2025 г., это позволило подготовить необходимые механизмы для его эффективного применения.

В рамках проводимого исследования изучен проект Положения о наставничестве в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Московской области, размещенный в официальном доступе на сайте Министерства здравоохранения Московской области⁴.

Документом устанавливается четкая система наставничества для молодых специалистов, только что пришедших на работу в медицинские учреждения. Положение определяет цели, задачи, формы и порядок осуществления наставнической работы, подчеркивая ее важность для профессионального роста и адаптации новых сотрудников.

Наставничество рассматривается как ключевая форма профессионального становления и развития, направленная на улучшение качества подготовки молодых специалистов, а также их адаптацию в трудовом коллективе и усвоение необходимых знаний и навыков. Определяются роли участников процесса наставничества: молодого специалиста, наставника, руководителей медицинских организаций и кадровой службы. Особое внимание уделяется правам и обязанностям как наставников, так и молодых специалистов.

В документе подчеркиваются цели наставничества, среди которых подготовка к самостоятельному выполнению должностных обязанностей, минимизация периода адаптации к новой должности и развитие мотивации к высококачественной профессиональной деятельности. Итоговыми результатами этого процесса должны стать освоение необходимых навыков и знаний, а также формирование профессиональных и этических стандартов у молодых специалистов.

Кроме того, Положение регламентирует организацию процесса наставничества, включая назначение наставников, продолжительность наставнического периода, процедуру подведения итогов, а также систему стимулирования работы наставников. Наставникам, выполняющим свои обязанности успешно, предусмотрены стимулирующие выплаты и возможные поощрения.

На основании подведения итогов наставничества в каждом конкретном случае документом предусматривается оформление отчетов и представление их руководству для дальнейшего анализа и улучшения работы системы.

Таким образом, выводы из данного проекта Положения о наставничестве указывают на стремление создать эффективную систему поддержки и обучения для молодых специалистов в здравоохранении Московской области. Установленные правила и процессы направлены на повышение качества работы медицинских организаций, формирование профессиональных кадров и улучшение взаимодействия в коллективе. Это, безусловно, отразится на уровне оказания медицинской помощи, что является одной из главных задач здравоохранения.

Кроме того, важно рассмотреть вопросы материального поощрения работников за выполнение наставнических функций. Так, в п. 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 12.02.2024 № Пр-251ГС отмечается необходимость внесения изменений в трудовое законодательство страны, которые позволят реализовать механизмы материального поощрения работников за выполнение наставнических функций⁵.

По мнению авторов, введение механизма материального стимулирования для работников, осуществляющих наставничество, создает более привлекательные и мотивирующие условия для опытных специалистов, способных делиться своими знаниями и навыками с молодыми коллегами. Такое решение может способствовать формированию среды, в которой опыт и экспертиза старших сотрудников будут высоко цениться и активно использоваться.

В настоящий момент действуют единые рекомендации по установлению систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, утвержденные решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений. В них подчеркнута важность обеспечения адекватной компенсации за дополнительные трудовые затраты, ко-

⁴ Проект Положения о наставничестве в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Московской области / [Электрон. ресурс] // Министерство здравоохранения Московской области. URL: <https://mz.mosreg.ru> (дата обращения: 23.01.2025).

⁵ Перечень поручений по итогам заседания Государственного Совета (утв. Президентом РФ 12.02.2024 № Пр-251ГС) / [Электрон. ресурс] // Законы, кодексы и нормативно-правовые акты Российской Федерации. URL: https://legalacts.ru/doc/perechen-poruchenii-po-itogam-zasedaniya-gosudarstvennogo-soveta-utv-pr-ezidentom_3/?ysclid=m6v1lfsq53943377737 (дата обращения: 23.01.2025).

торые осуществляют медицинские работники в рамках наставничества⁶.

В разделе X рекомендаций по формированию систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (п. 37) акцентировано внимание на необходимости особого подхода к компенсации труда медицинских работников, связанного с наставничеством.

По мнению авторов, наставничество, как форма передачи знаний и опыта, требует от медицинских работников не только значительных временных затрат, но и эмоциональных вложений, поскольку они берут на себя ответственность за обучение приобретающих знания и навыки молодых специалистов. Учитывая это, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления должны включить в систему оплаты труда специальный компонент, отражающий значимость этой деятельности.

Выплаты за дополнительные обязанности, связанные с наставничеством, могут принимать разнообразные формы. Это может быть как фиксированная надбавка к заработной плате, так и переменная часть, зависящая от объема выполнения наставнической работы [2]. Например, учреждения здравоохранения могут установить ставки, зависящие от количества наставляемых, сложности осваиваемых процедур или уровня квалификации самого наставника. Такие меры не только будут способствовать стимулированию медицинских работников, но и обеспечат более качественное обучение новых кадров, что повлияет на общее развитие системы здравоохранения.

Важно также отметить, что подобный подход к системе оплаты труда создает условия для более сознательной работы медицинских специалистов, ведь признание и вознаграждение их усилий служат дополнительным мотиватором для качественного выполнения профессиональной деятельности [3]. Поддержка и развитие наставничества в здравоохранении необходимы для обеспечения устойчивого роста квалификации, что приводит к улучшению медицинского обслуживания населения и повышению имиджа профессии.

Таким образом, реализация этих рекомендаций на различных уровнях управления в здравоохранении является важным шагом к созданию более эффективной и стабильной системы медицинского образования и наставничества.

Важным аспектом предложенных изменений является повышение статуса наставничества.

Наставники будут получать признание за свою работу не только в виде материального вознаграждения, но и через возможность профессионального роста и карьерного продвижения. Это может включать специальные программы повышения квалификации, которые позволят наставникам углублять свои знания и адаптироваться к быстро меняющимся условиям рынка труда.

Кроме того, работа над новыми механизмами наставничества направлена на интеграцию более современных подходов к обучению, которые учитывают потребности молодежи и современные технологии. Ожидается, что наставнические программы будут нацелены не только на передачу знаний, но и на развитие критического мышления, творческих способностей и навыков, необходимых для работы в команде.

Возможно предположить, что принятые меры также затрагивают и образовательные организации, которые теперь будут обязаны тесно взаимодействовать с работодателями для разработки программ, направленных на повышение качества подготовки специалистов. Это значит, что колледжи и университеты начнут предлагать программы по подготовке будущих наставников, обучая методам передачи знаний и эффективному взаимодействию с начинающими специалистами.

В целом в новой редакции Трудового кодекса РФ прослеживается четкая идея о важности наставничества как для отдельных работников, так и для экономики в целом. Вложение в обучение и развитие – это не просто расходы; это инвестиции в будущее, создающие возможности для профессионального роста и увеличения эффективности труда. Таким образом, реализация данных инициатив станет важным шагом в модернизации трудового законодательства и повышении качества рабочей силы в Российской Федерации.

Обсуждение

Идея внедрения системы наставничества в России, вдохновленная практиками, существовавшими в Советском Союзе, возникла на фоне растущей потребности в качественной подготовке специалистов и их адаптации к реальным условиям работы. В конце 2010-х гг. после запуска нескольких обсуждений по этой теме стало очевидно, что неэффективность существующих программ подготовки молодых кадров требует кардинальных изменений⁷. В 2018 г. рабочей группой

⁶ Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровне систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2024 год / [Электрон. ресурс] // Контур Норматив. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=463428> (дата обращения: 03.02.2025).

⁷ Врачей повысят до наставников: как это отразится на нагрузке и зарплате / [Электрон. ресурс] // Медвестник. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Vrachei-povysyat-do-nastavnikov-kak-eto-otrazitsya-na-nagruzke-i-zarplate.html?ysclid=m6uy5kksdj689366904> (дата обращения: 03.02.2025).

под руководством А. Белоусова, который на тот момент занимал пост помощника Президента, была предложена концепция, согласно которой у молодого специалиста будет возможность обратиться за помощью к своему наставнику в любое время, даже в поздний час, что подчеркивало важность доступности и поддержки⁸. В. Скворцова, занимавшая на тот момент должность министра здравоохранения РФ, поддержала инициатора этой идеи, акцентируя внимание на том, что для современной медицины наставничество является жизненной необходимостью.

Разработка законопроекта, направленного на профессиональную адаптацию выпускников медицинских вузов, была первой важной вехой в реализации данной концепции. Предполагалось, что врач-наставник будет осуществлять курирование молодого специалиста на протяжении двух лет и таким образом обеспечит плавный переход от образовательного процесса к реальной практической деятельности. Этот подход должен был помочь повысить качество медицинской помощи и снизить количество ошибок, связанных с недостатком опыта у начинающих врачей.

Пилотный проект по наставничеству, запущенный в 2019 г., стал значимым шагом в проверке жизнеспособности данной идеи на региональном уровне. В 13 российских регионах реализовывались первые наработки, которые должны были продемонстрировать эффективность системы на практике⁹. В 2020 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации выпустило методические рекомендации, которые служили основой для организации наставнических отношений в медицинских учреждениях¹⁰.

Так, например, внедрение системы наставничества в Самарской области стало значительным шагом в сфере здравоохранения и свидетельством того, как практики, ориентированные на передачу опыта и знаний, помогают развивать профессиональные качества молодых специалистов. По информации, представленной Т. Сивохиной, председателем областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, система была распространена в двух третях государственных медицинских учреждений региона, что обеспечило ее широкое внедрение и адаптацию к местным условиям.

В 2022 г. в учреждениях здравоохранения Самарской области наставниками в системе стали 450 врачей, а также 730 медработников среднего и младшего звена. Этот шаг, по всей видимости, был инициирован с целью создания более безопасной и профессиональной среды, которая

могла бы способствовать быстрее адаптации молодых кадров к реальным условиям работы. Особое внимание при выборе наставников уделялось не только их профессиональным навыкам, но и личностным качествам, таким как стрессоустойчивость и педагогическая база. Это подчеркивает значимость индивидуального подхода к каждому молодому специалисту, что может оказывать позитивное влияние на формирование уверенности и профессионализма у начинающих медиков.

Важным аспектом системы является ее легитимизация через нормативные документы, такие как приказы главных врачей учреждений, определяющие статус наставника и срок курации молодого специалиста. Установление сроков курации (6 мес. для врачей и 3 мес. для среднего персонала) демонстрирует желание создать четкие рамки взаимодействия, а также может снизить уровень неопределенности и стресса для новых сотрудников.

Кроме того, введение наставничества стало не только профессиональной, но и материальной инициативой. Представляется значимым, что в некоторых учреждениях положение о наставничестве интегрировано в коллективные договоры, что гарантирует его стабильность и долговечность. Наставники могут рассчитывать на дополнительные выплаты в размере от 10 до 30% от их должностного оклада, что служит дополнительным стимулом для опытных специалистов участвовать в этом процессе.

Не менее значима и стимуляция нематериального характера через благодарности и почетные грамоты, что подчеркивает ценность моральной поддержки и способствует созданию положительной атмосферы в коллективе, повышает заинтересованность медицинских работников в обучении и передаче знаний. Таким образом, система наставничества в Самарской области демонстрирует не только практические, но и моральные преимущества, способствует формированию сплоченного и профессионально ориентированного коллектива в области здравоохранения.

Однако, несмотря на положительное начало, проект не был масштабирован на всю страну. Возможно, это было связано с недостаточным финансированием, отсутствием четких механизмов контроля и оценки результатов, а также сопротивлением со стороны некоторых медицинских организаций, которые не спешили внедрять изменения в свои устоявшиеся практики.

Таким образом, несмотря на наличие идеи и поддержки со стороны правительства, система настав-

⁸ Там же.

⁹ Там же.

¹⁰ Методические рекомендации по организации наставничества в учреждениях здравоохранения / [Электрон. ресурс] // URL: <https://www.noav.ru/wp-content/uploads/2020/06/%D0%9C%D0%A0-%D0%BF%D0%BE.%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D1%83.pdf?ysclid=m6v1ugtef7362903926> (дата обращения: 03.02.2025).

ничества не смогла полностью реализовать свой потенциал и осталась во многом на уровне эксперимента. Это подчеркивает необходимость дальнейших усилий и устранения преград для успешного функционирования наставнической системы в медицине и других отраслях.

Заключение

Исследование вопросов нормативно-правового регулирования наставничества в сфере здравоохранения подтверждает, что внедрение системы наставничества является необходимым шагом для повышения качества медицинского образования и профессиональных навыков медицинских работников. Принятые изменения в законодательстве, начиная с новых федеральных законов и заканчивая конкретными локальными подзаконными актами, нацелены на структурирование наставнической деятельности, определение четких прав и обязанностей участников процесса и обеспечение материальной стимулирующей поддержки наставников.

Важность гибкого и адаптивного подхода к нормативному регулированию не вызывает сомнений, так как различные медицинские специальности требуют индивидуализированного подхода к организации наставничества. Опираясь на проведенные исследования и анализ документов, можно утверждать, что система наставничества уже начинает приносить первые результаты, показывая свою способ-

ность улучшать адаптацию и профессиональную подготовку молодых специалистов в здравоохранении.

Проект Положения о наставничестве в Московской области и другие подобные инициативы служат примером, как конкретные действия могут повысить уровень медицинской помощи, а также поддерживать профессиональное развитие в системе здравоохранения. Гарантии оплаты труда, прописанные в новом законодательстве, создают дополнительные стимулы для опытных специалистов, что в результате должно положительно сказаться на качестве учебного процесса и общей конкурентоспособности отрасли.

Тем не менее перед системой наставничества стоят определенные вызовы, включая необходимость масштабирования положительного опыта отдельных регионов на всю страну. Эффективное взаимодействие образовательных учреждений и работодателей, разработка адаптированных программ подготовки наставников и создание адекватных условий для трудовой деятельности наставников окажутся ключевыми факторами в успешной реализации данной инициативы. В итоге укрепление системы наставничества в здравоохранении не только улучшит качество медицинских услуг, но и позволит создать благоприятную среду для формирования профессионалов, способных отвечать на современные вызовы. Принятые меры можно рассматривать как инвестиции в будущее, которые внесут свой вклад в устойчивое и качественное развитие медработников и отрасли в целом.

Список литературы

1. Ненахова Ю.С. Становление нормативно-правовой базы наставничества в здравоохранении. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021;1-2:3-11. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202101-02003-011>
2. Гареева И.А., Литвинцева С.А. Наставничество в системе здравоохранения: проблемы и перспективы. *Социология медицины*. 2024;23(1):15-22. <https://doi.org/10.17816/socm629869>
3. Бурдастова Ю.В. Проблемы формализации института наставничества в здравоохранении и пути их решения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(5):461-466. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-461-466>
4. Ненахова Ю.С., Локосов Е.В. Наставничество в медицине: на пути к институционализации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(S2):1087-1093. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1087-1093>
5. Гришина Н.К., Бобрович И.В. Анализ нормативно-правового регулирования медицинского наставничества. *Ремедиум*. 2024;28(3):305-309. <https://doi.org/10.32687/1561-5936-2024-28-3-305-309>
6. Попов И.Л., Тонконог В.В. Современные аспекты кадрового потенциала сферы здравоохранения. *Труд и социальные отношения*. 2024;35(3):51-61.
7. Алексашина Т.В., Ананченкова П.И., Белкин М.В. и др. Современные проблемы экономики труда и пути их решения. Монография. М.-Берлин: Директ-Медиа, 2019.

8. Авдеева И.Л., Ананченкова П.И., Бабич О.В. и др. Управление изменениями в экономических системах. Монография. Орел: Среднерусский институт управления – филиал РАНХиГС, 2020.

References

1. Nenakhova Yu.S. Formation of the regulatory framework of mentoring in the health care. *Health Care Standardization Problems. Problems of standardization in healthcare*. 2021;1-2:3-11. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202101-02003-011> (In Russ.)
2. Gareeva I.A., Litvintseva S.A. Mentoring in the healthcare care system: problems and prospects. *Sociology of Medicine*. 2024;23(1):15-22. <https://doi.org/10.17816/socm629869> (In Russ.)
3. Burdastova Yu.V. Problems of formalization of the mentoring institute in healthcare and ways of solving them. *Health care of the Russian Federation*. 2021;65(5):461-466. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-461-466> (In Russ.)
4. Nenakhova Yu.S., Lokosov E.V. Mentoring in medicine: on the way to institutionalization. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii i Istor Med*. 2020;28(S):1087-1093. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1087-1093> (In Russ.)
5. Grishina N.K., Bobrovich I.V. Analysis of legal regulation of medical mentoring. *Remedium*. 2024;28(3):305-309. <https://doi.org/10.32687/1561-5936-2024-28-3-305-309> (In Russ.)
6. Popov I.L., Tonkonog V.V. Modern aspects of the personnel potential of the healthcare sector. *Labour and social relations*. 2024;35(3):51-61. (In Russ.)
7. Aleksashina T.V., Ananchenkova P.I., Belkin M.V., et al. Modern problems of labor economics and ways to solve them. Monograph. Moscow: Berlin: Direct-Media. 2019. (In Russ.)
8. Avdeeva I.L., Ananchenkova P.I., Babich O.V., et al. Managing changes in economic systems. The monograph. Orel: Central Russian Institute of Management, branch of RANEPa. 2020. (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Article info

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

Funding: the study had no sponsorship.

Сведения об авторах

Аракелян Нарек Леонович – аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; <http://orcid.org/0000-0001-8121-4833>

Воробцова Елена Сайдзяновна – канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; <http://orcid.org/0000-0002-6236-8412>

About authors

Narek L. Arakelyan – Graduate Student of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0001-8121-4833>

Elena S. Vorobtsova – Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor, Department of Public Health, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <http://orcid.org/0000-0002-6236-8412>

Вклад авторов

Н.Л. Аракелян – анализ материала, написание текста, сбор и обработка материала, статистическая обработка данных, поиск литературы и анализ существующих практик; Е.С. Воробцова – концепция и дизайн исследования, редактирование текста.

Все авторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Аракелян Нарек Левонович
dr.nareks@yandex.ru

Статья поступила 14.04.2025
Принята к печати 29.05.2025
Опубликована 18.06.2025

Authors' contributions

N.L. Arakelyan – material analysis, writing the text, collection and processing of material, statistical data processing, literature search and analysis of the existing practices; E.S. Vorobtsova – concept and design of the study, text editing.

All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article

Corresponding author

Narek L. Arakelyan
dr.nareks@yandex.ru

Received 14.04.2025
Accepted for publication 29.05.2025
Published 18.06.2025

УДК 614.254
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;94-102>

Летняя школа «Старт в науку» как инструмент развития профессиональных компетенций молодых ученых-медиков: из опыта реализации программы Visiting Professor

П.И. Ананченкова^{1*}, Е.В. Малинович¹, О.А. Болбачан², Д.Д. Ибраимова²

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

² Межгосударственная образовательная организация высшего образования Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина, 720000, Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Киевская, д. 44

*Автор, ответственный за переписку, email: ananchenkova@yandex.ru

Аннотация

Введение. В условиях глобализации и цифровизации науки особое значение приобретает академическая мобильность как механизм развития профессионального и исследовательского потенциала молодых ученых. Одной из эффективных форм академической мобильности выступает программа Visiting Professor («Приглашенный профессор»), реализуемая Национальным НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко (г. Москва) и Кыргызско-Российским Славянским университетом (г. Бишкек). В рамках программы зарубежные и отечественные эксперты временно интегрируются в образовательный процесс, читая лекции, проводя мастер-классы, сопровождая научные проекты и осуществляя менторскую поддержку. Подобные инициативы позволяют не только обогатить содержание образовательных программ, но и активизировать научную коммуникацию, способствуя формированию устойчивых академических связей. **Цель.** Обоснование роли летней школы на основе программы Visiting Professor в становлении исследовательской идентичности и профессионального роста молодых ученых-медиков на примере проекта «Старт в науку». **Материалы и методы.** При работе над заявленной темой был использован смешанный методологический подход, включающий контент-анализ, систематизацию и обобщение научных публикаций, отражающих различные аспекты академической мобильности; включенное наблюдение авторов исследования в процессе непосредственного участия в подготовке и реализации летней школы «Старт в науку»; полуформализованное интервью участников школы по вопросам ее качества, эффективности, содержательности и актуальности. **Результаты.** Результаты проведения летней школы «Старт в науку» свидетельствуют о высокой эффективности данной формы краткосрочной академической мобильности: участники значительно повысили уровень исследовательских и профессиональных компетенций, приобрели навыки научной коммуникации, презентации результатов исследований, познакомились с инструментами наукометрии и возможностями применения ИИ в научной работе. Благодаря мультимедийной структуре школы и межуровневому взаимодействию между студентами, аспирантами и преподавателями удалось создать продуктивную образовательную среду и устойчивое научное сообщество, ориентированное на долгосрочное сотрудничество и развитие кадрового потенциала в сфере медицины и здравоохранения.

Ключевые слова: академическая мобильность; летняя школа; приглашенный профессор; исследовательские компетенции; медицинское образование; наставничество; научная коммуникация; международное сотрудничество

Для цитирования: Ананченкова П.И., Малинович Е.В., Болбачан О.А., Ибраимова Д.Д. Летняя школа «Старт в науку» как инструмент развития профессиональных компетенций молодых ученых-медиков: из опыта реализации программы Visiting Professor. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):94-102. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;94-102>

© Ананченкова П.И., Малинович Е.В., Болбачан О.А., Ибраимова Д.Д., 2025

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 614.254
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;94-102>

The “Start in Science” Summer School as a Tool for Developing Professional Competencies of Young Medical Scientists based on Visiting Professor Program

Polina I. Ananchenkova^{*}, Evgeniya V. Malinovich¹, Olga A. Bolbachan², Dzhyldyz Dzh. Ibraimova²

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, bldg. 1, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russian Federation

² Non-governmental educational organization of Higher Education Kyrgyz-Russian Slavic University named after the First President of the Russian Federation B.N. Yeltsin, 44, Kievskaya ul., 720000, Bishkek, Kyrgyz Republic

*Corresponding author, email ananchenkova@yandex.ru,

Abstract

Background. Globalization and science digitalization make academic mobility an important mechanism for developing the professional and research potential of young scientists. N.A. Semashko National Research Institute of Public Health (Moscow) and Kyrgyz-Russian Slavic University (Bishkek) realized Visiting Professor Program, one of the most effective forms of academic mobility. This program unites foreign and national experts and involves them in education by delivering lectures, conducting master classes, guiding research projects and providing mentoring support. Such projects enhance educational programs, facilitate research communication and contribute to academic sustainability formation. Purpose of the study is to emphasize the role of the summer school, part of Visiting Professor Program, in research identity and professional growth of young medical scientists via “Start in Science” Project. **Materials and methods.** The study used a mixed methodological approach, including content analysis, systematization and generalization of scientific publications reflecting various aspects of academic mobility; direct observation, semi-formalized participants’ interviews on the program’s quality, effectiveness, content and relevance. **Results.** The short-term academic mobility program “Start in Science” is an effective project that significantly increased the participants’ research and professional level, they improved academic communication skills, presented work results, got acquainted with research tools and AI capabilities in academia. The multi-format structure and inter-level interaction between students, graduate students and lecturers created a productive educational environment and an academic community focused on long-term cooperation and healthcare personnel development.

Keywords: academic mobility; summer school; visiting professor; research competencies; medical education; mentoring; scientific communication; international cooperation

For citation: Ananchenkova P.I., Malinovich E.V., Bolbachan O.A., Ibraimova D.D. The “Start in Science” Summer School as a Tool for Developing Professional Competencies of Young Medical Scientists based on Visiting Professor Program. *City Healthcare*. 2025;6(2):94-102. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;94-102>

Введение

В условиях глобализации и цифровизации науки особое значение приобретает академическая мобильность как механизм развития профессионального и исследовательского потенциала молодых ученых. «Все большее число людей в современном мире стремятся к творческой и научной деятельности, которая может не только принести им личный успех, но и будет полезна для общества. Наука предлагает возможности для создания и исследования новых технологий, повышения качества жизни людей, решения социальных и экономических проблем, а также открытия новых знаний о мире, в котором мы живем» [1]. Академическая мобильность как форма перемещения знаний и компетенций позволяет развивать научные исследования в международном формате, обеспечивая базовый принцип науки как таковой – ее открытость и принадлежность обществу.

Академическая мобильность – это «перемещение кого-либо, имеющего отношение к образованию, на определенный (обычно до года) период в другое образовательное учреждение (в своей стране или за рубежом) для обучения, преподавания или проведения исследований, после чего учащийся, преподаватель или исследователь возвращается в свое основное учебное заведение. Данное понятие не связано с эмиграцией или длительным периодом обучения (работы) за рубежом»¹. Этот феномен стал неотъемлемой частью современной образовательной среды, способствуя интернационализации образования, повышению его качества и расширению профессиональных и культурных горизонтов участников.

Существует несколько форм академической мобильности, в том числе:

- долгосрочная (семестровые и годовые программы обмена);
- краткосрочная (летние и зимние школы, научные стажировки, программы Erasmus+ и т.д.);
- виртуальная (онлайн-курсы и совместные образовательные платформы).

Летние (и зимние) школы выступают одной из форм академической мобильности и представляют собой интенсивные образовательные программы, направленные на углубление знаний и развитие профессиональных компетенций студентов и молодых специалистов. В контексте высшего медицинского образования они способствуют формированию клинического мышления, практических навыков и научной активности обучающихся. Как отмечается в исследованиях, участие в летних школах повышает конкурентоспособность выпускников и способствует их профессиональному росту. В частности,

С.Н. Погодин отмечает, что «международные летние школы стали распространенной формой академической мобильности, признанной одним из приоритетов не только Болонского процесса, но и развития высшей школы России в целом» [2]. Аналогичную эффективность летние школы демонстрируют и в отношении образовательных инициатив, реализуемых в других странах.

Летняя школа – это краткосрочная, часто интенсивная образовательная программа, проводимая, как правило, в межсеместровый период, которая направлена на:

- расширение профессиональных знаний и компетенций студентов;
- вовлечение их в научно-исследовательскую деятельность;
- стимулирование межкультурного и междисциплинарного взаимодействия.

Летние школы часто (хотя и не всегда) организуются в другом университете, городе или даже стране. Это обеспечивает участникам новый академический и культурный опыт. Многие школы ориентированы на международную аудиторию, предполагая участие студентов и преподавателей из разных стран, что способствует академическому обмену. Летние школы нередко становятся стартом для более устойчивых форм сотрудничества: совместных проектов, публикаций и научных стажировок. За счет открытого формата школы способствуют развитию soft skills (гибких навыков), таких как коммуникация, работа в команде, публичные выступления, кросс-культурная компетентность. «На современном этапе развития системы высшего образования научно-исследовательская деятельность студентов приобретает все большее значение и становится одним из основных компонентов профессиональной подготовки будущего специалиста. Это прежде всего обусловлено тем, что эффективность последней в значительной степени определяется уровнем сформированности исследовательских знаний, умений, развитием личностных качеств, накоплением опыта творческой исследовательской деятельности» [3]. Летние школы способствуют активизации научного поиска, снимают прокрастинацию и вдохновляют на работу в период летних каникул, когда ничто не мешает и не отвлекает от исследовательских занятий. Именно за счет этого летние школы имеют высокую эффективность как катализаторы исследовательской работы.

Одной из эффективных форм академической мобильности выступает программа Visiting Professor («Приглашенный профессор»), реализуемая Национальным НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко (г. Москва) и Кыргызско-Российским Славянским университетом (г. Бишкек),

¹ Методологические рекомендации по развитию академической мобильности студентов и преподавателей в вузе. URL: http://www.bologna.ntf.ru/DswMedia/recommendations_mobility_vsues.pdf (дата обращения: 15.04.2025).

в рамках которой зарубежные и отечественные эксперты временно интегрируются в образовательный процесс, читая лекции, проводя мастер-классы, сопровождая научные проекты и осуществляя менторскую поддержку. Подобные инициативы позволяют не только обогатить содержание образовательных программ, но и активизировать научную коммуникацию, способствуя формированию устойчивых академических связей.

Молодые ученые-медики, стоящие на старте научной карьеры, нуждаются в комплексной поддержке, включающей как развитие исследовательских навыков, так и погружение в современные научные дискурсы, этику и культуру академической среды. В этом контексте особую роль играют летние школы как динамичный и гибкий формат краткосрочного интенсивного обучения, сочетающий лекции, проектную работу, дискуссии и практические задания. Летняя школа «Старт в науку», реализуемая в сотрудничестве между Национальным НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко и Кыргызско-Российским Славянским университетом, представляет собой пример успешной интеграции программы Visiting Professor в подготовку молодых исследователей в области медицины и здравоохранения.

Таким образом, летние школы, особенно реализуемые с участием зарубежных партнеров и приглашенных преподавателей, становятся эффективным инструментом реализации краткосрочной академической мобильности и одновременно платформой для трансфера знаний, инновационных образовательных практик и формирования международных научных связей.

Привлечение приглашенных профессоров, практиков и исследователей из других вузов – одна из ключевых особенностей таких программ. Эффективность реализации программы подтверждается положительными отзывами участников и ростом научной активности студентов.

Компетентностный подход в медицинском образовании ориентирован на формирование у студентов не только теоретических знаний, но и практических навыков, необходимых для успешной профессиональной деятельности. Он включает развитие клинического мышления, коммуникативных способностей и способности к принятию решений в сложных ситуациях. Применение данного подхода в рамках летних школ способствует более эффективному усвоению материала и подготовке студентов к реальным условиям медицинской практики [4].

Цель

Обоснование роли летней школы на основе программы Visiting Professor в становлении исследовательской идентичности и профессионального

роста молодых ученых-медиков на примере проекта «Старт в науку».

Материалы и методы

При работе над заявленной темой был использован смешанный методологический подход:

- на первом этапе методами контент-анализа, систематизации и обобщения были изучены научные публикации, отражающие различные аспекты академической мобильности;

- на втором этапе методом включенного наблюдения были выделены методологические и организационные аспекты разработки и реализации летней школы «Старт в науку», в которой авторы статьи выполняли роль непосредственно организаторов и участников (в том числе выступая в качестве приглашенных профессоров);

- на третьем этапе методом полужформализованного интервью были собраны мнения участников школы по вопросам ее качества, эффективности, содержательности и актуальности.

Результаты

«Старт в науку» – это некоммерческий образовательный проект, инициированный кафедрой экономики и социологии здравоохранения Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. Проект ориентирован на молодых исследователей, желающих выстроить оптимальную образовательную траекторию в аспирантуре или в форме соискательства, подготовить диссертационное исследование и успешно его защитить, а также на работников образования и науки, осуществляющих научное руководство аспирантами и соискателями. Цель проекта – формирование профессиональных компетенций в области организации и проведения научных исследований и их представления к публичной защите на основе эффективного взаимодействия молодых ученых и научных руководителей, в том числе:

- по аспектам научного руководства диссертационными исследованиями, проводимыми молодыми учеными;

- по вопросам планирования, организации, проведения диссертационного исследования, публичного представления и защиты его результатов;

- создания научного нетворкинга, профессионального сообщества молодых ученых и научных руководителей.

Первая зимняя школа в рамках проекта проводилась в дистанционном формате в период с 28 января по 1 февраля 2025 г. на базе Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко и собрал порядка 400 участников из регионов России,

Узбекистана, Кыргызстана, Казахстана и Таджикистана. Разбирались вопросы, интересующие как молодых ученых, так и их научных руководителей: организация и осуществление образовательной деятельности по программам подготовки научных и научно-педагогических кадров; содействие публикационной активности аспиранта; особенности организации, подготовки и защиты диссертационного исследования по разным отраслям науки и др.

Летняя школа «Старт в науку», проводимая в период с 28 мая по 11 июня 2025 г. на базе кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Кыргызско-Российского Славянского университета, стала ожидаемым продолжением проекта. С акцентом на профессиональную и об-

разовательную деятельность принимающей стороны программа летней школы была сформирована с учетом современных требований к медицинскому образованию и направлена на развитие научного потенциала молодых специалистов медицины и здравоохранения. Образовательный процесс включал лекции, практические занятия, научные семинары и проектную работу под руководством опытных наставников. Особое внимание было уделено междисциплинарному подходу и развитию исследовательских навыков. Участие в школе способствует формированию профессиональных компетенций и мотивации к научной деятельности.

Программа работы школы представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Программа работы летней школы «Старт в науку»
Table 1 – The program of the “Start in Science” summer school

Составлено авторами.
 Compiled by the authors.

Тема	Цель	Содержание
Этические аспекты научных исследований	Обозначить устойчивые этические ориентиры исследователям при планировании, проведении и публикации научных работ, а также развитие навыков принятия ответственных решений в сложных ситуациях	<ul style="list-style-type: none"> – Основные принципы научной этики. – Типичные этические нарушения в науке и их последствия. – Этика исследований с участием человека и животных. – Цифровая этика и работа с большими данными. – Публикационная этика. – Формирование этической культуры научного коллектива
Публикационная активность, результаты интеллектуальной деятельности и публичное представление результатов исследования. Работа с наукометрическими системами (РИНЦ, PubMed)	Сформировать у молодых исследователей системное представление о стратегии публикационной активности, правовой защите результатов интеллектуальной деятельности (РИД) и эффективных формах научной презентации	<ul style="list-style-type: none"> – Наука как коммуникация. – Публикации как форма научной продуктивности. – Авторское право и РИД в научной деятельности. – Индивидуальная публикационная стратегия. – Публичное представление результатов исследований. – Возможности наукометрических систем (РИНЦ, PubMed) для проведения научных исследований
Использование ИИ при работе над диссертационным исследованием: возможности, инструменты условия	Познакомить молодых исследователей с современными возможностями применения ИИ-технологий в научной деятельности, обсудить этические и правовые ограничения, а также представить практические инструменты, облегчающие работу над диссертацией	<ul style="list-style-type: none"> – ИИ и научное исследование – союз или угроза? – Возможности ИИ на этапах диссертационного исследования. – Обзор инструментов и платформ. – Риски и ограничения. Государственный стандарт применения ИИ

Тема	Цель	Содержание
Траектория профессионального развития молодого ученого: магистратура, аспирантура, PhD, докторантура	Помочь студентам, магистрантам, аспирантам и молодым исследователям осознанно выстроить научную карьеру, разобраться в возможностях и требованиях на каждом этапе, выбрать индивидуальную траекторию развития и международного научного роста	<ul style="list-style-type: none"> – Роль молодых ученых в системе современной науки. – Магистратура как старт научного пути. – Аспирантура/PhD: отечественная и зарубежная модели. – Докторантура и путь к научной независимости. – Международные треки: стипендии, стажировки, академическая мобильность. – Как не сгореть на пути ученого: самоменеджмент и soft skills. – Грантовая культура: как искать и получать финансирование
	<p>Панельная дискуссия: «Будущее науки глазами молодых исследователей».</p> <p>Участники: магистранты, аспиранты, PhD, молодые преподаватели.</p> <p>Вопросы: зачем идти в науку? С какими трудностями сталкиваемся? Что нас мотивирует?</p> <p>Презентация исследования «Проблемы взаимодействия аспиранта и научного руководителя»</p>	

Школа собрала более 200 ординаторов, аспирантов, PhD-докторантов и других молодых исследователей с профессиональным интересом к науке, а также старших наставников – представителей профессорско-преподавательского состава, научных руководителей, ученых с большим опытом.

С точки зрения академического уровня научная подготовка участников существенно различалась: от начинающих исследователей, только формирующих интерес к науке, до опытных магистрантов и аспирантов с уже имеющимся научным багажом. Это дало возможность гибко выстраивать образовательные траектории внутри школы, подстраивая уровень сложности отдельных блоков под компетенции слушателей.

Важным элементом организационной модели школы стали разноформатные каналы взаимодействия между слушателями и наставниками. В рамках программы были реализованы следующие формы:

- лекции и экспертные семинары, ориентированные на передачу базовых знаний и актуальных научных подходов;
- кейс-сессии и работа в малых группах, где участники анализировали реальные исследовательские ситуации и предлагали проектные решения;
- менторские сессии, в рамках которых молодые ученые получали индивидуальные консультации по собственным исследовательским проектам;
- научные клубы и неформальные дискуссии, позволявшие свободно обмениваться идеями, об-

суждать вызовы в науке и делиться опытом публикационной и академической деятельности.

Мультиформатный подход обеспечил не только высокий уровень вовлеченности участников, но и способствовал созданию благоприятной атмосферы для сетевого общения, командной работы и горизонтального обмена знаниями.

Особую ценность представляло взаимодействие между разными уровнями академической карьеры. Ординаторы и студенты имели возможность учиться у аспирантов и PhD, перенимая опыт, связанный с организацией научной деятельности, написанием диссертаций и участием в грантовых конкурсах. В свою очередь молодые преподаватели и научные руководители получали обратную связь от более юных коллег, чтобы учитывать их образовательные и профессиональные запросы в будущем.

Таким образом, школа стала пространством, в котором реализовался принцип преемственности поколений, взаимного обогащения опыта и формирования устойчивого научного сообщества молодых исследователей в области медицины и общественного здравоохранения.

Несмотря на высокий уровень подготовки и позитивные результаты, реализация летней школы «Старт в науку» сопровождалась рядом вызовов, характерных для подобных образовательных инициатив. Эти трудности выявили важные аспекты, требующие совершенствования организационной и содержательной модели, а также позволили сформулировать направления для улучшения будущих проектов.

1. Административные и логистические сложности. Одним из первичных вызовов стала многоуровневая координация участников и организаторов. Организация межрегионального и межвузовского взаимодействия потребовала значительных временных и кадровых ресурсов, особенно на этапе подготовки, согласования расписания и привлечения преподавателей. Не все приглашенные лекторы смогли принять участие очно, что требует в дальнейшем механизмов быстрой адаптации форматов (например, гибридных).

Кроме того, необходимо учитывать различие в академических календарях вузов, которое повлияло на возможность полного вовлечения некоторых участников и потребовало индивидуального графика посещения занятий. Эти аспекты подчеркивают важность создания специализированной административной команды, обладающей опытом управления образовательными проектами с международным компонентом.

2. Соппротивление новому формату со стороны отдельных групп. Некоторые слушатели поначалу демонстрировали низкую активность в групповых форматах, требующих инициативности и публичности. Потребовалось дополнительное стимулирование, разъяснение форматов и постепенное вовлечение в интерактивную работу. Это подтверждает, что успешное внедрение новых образовательных моделей требует культурной и мотивационной подготовки целевой аудитории.

3. Необходимость методической поддержки наставников. Школа предполагала активное участие преподавателей и научных руководителей в роли наставников, менторов и фасилитаторов проектной деятельности. Однако не все специалисты изначально подготовлены к работе в этом ключе. Традиционная модель «преподаватель – студент» не всегда соответствовала задачам школы, где требовались навыки модерации, управления групповой динамикой, методической поддержки молодых исследователей.

Возникла потребность в дополнительной подготовке педагогов к форматам сопровождения молодых ученых, в том числе через тренинги по soft skills, академическому менторству, фасилитации. Это открывает перспективу для формирования внутреннего пула наставников, регулярно вовлекаемых в реализацию краткосрочных академических программ.

Опыт проведения летней школы «Старт в науку» показал, что успешная реализация программы требует не только содержательной проработки и логистической координации, но и гибкой адаптации академического сообщества к современным форматам образования, изменениям в роли преподавателя и формирования новой культуры научного взаимодействия. Эти вызовы не являются препятствием, но служат точками роста для дальнейшего развития модели.

Заключение

Результаты реализации летней школы «Старт в науку» подтвердили ее значимость как инструмента развития исследовательской и профессиональной культуры среди молодых ученых-медиков. Полученный опыт позволяет говорить о потенциале устойчивого расширения и трансформации данной инициативы в стабильный образовательный формат с институциональной базой и международной перспективой.

Одним из наиболее очевидных направлений дальнейшего развития проекта является масштабирование модели школы на другие структурные подразделения вузов, прежде всего медицинского и биомедицинского профиля. Успешная апробация форматов проектного обучения, лекционной и дискуссионной сессий, менторского сопровождения и междуровневой коммуникации может быть адаптирована для кафедр фундаментальной медицины, клинических дисциплин, стоматологии, фармации и смежных направлений.

Кроме того, школа может быть интегрирована в академические планы других университетов, заинтересованных в формировании исследовательских компетенций у студентов и аспирантов. Разработка модулярной структуры, включающей гибко адаптируемые блоки по этике, научной коммуникации, цифровым инструментам и построению научной карьеры, позволит внедрить опыт школы в другие образовательные учреждения с учетом их специфики.

Для успешного тиражирования модели необходимо создание унифицированного методического пакета, включающего:

- типовые программы и расписания занятий;
- глоссарии понятий и методик;
- кейсы и инструкции по организации командной проектной работы;
- рекомендации по привлечению и работе с приглашенными преподавателями;
- чек-листы и формы обратной связи для участников и кураторов;
- видеотеку лекций, шаблоны анкет, презентаций, постеров.

Такой пакет может стать основой для методической поддержки региональных инициатив, а также полезным инструментом для создания аналогичных программ в странах СНГ и других дружественных государствах с русскоязычным академическим пространством. Дополнительно возможно проведение обучающих вебинаров и курсов повышения квалификации для координаторов и наставников будущих школ.

В долгосрочной перспективе модель летней школы «Старт в науку» может быть расширена до формата сетевых школ, реализуемых на базе нескольких вузов-партнеров одновременно. Это обе-

спечит синхронное участие студентов из разных регионов, обмен преподавателями, сравнение научных традиций и обогащение образовательного контекста.

Особый интерес представляет интеграция проекта в международные программы академической мобильности, такие как российские грантовые инициативы Минобрнауки и РФФИ, а также программы CISNet и сотрудничество через СНГ. Подобное развитие позволит не только повысить международный престиж программы, но и рас-

ширить горизонтальные научные связи, вовлекая молодых исследователей в глобальные исследовательские сети и проекты.

Таким образом, школа «Старт в науку» обладает значительным институциональным потенциалом и способна эволюционировать от локального образовательного мероприятия к стратегическому компоненту системы подготовки научных кадров нового поколения, основанному на принципах академической мобильности, открытости, междисциплинарности и научной этики.

Список литературы

1. Гнездилова Е.В. Особенности организации школы молодого ученого в КамГУ им. Витуса Беринга. *Профессиональное образование в России и за рубежом*. 2023;(4):112-123.
2. Погодин С.Н. Международные летние школы в вузе как база практики студентов бакалавриата направления «Зарубежное регионоведение». *Научно-технические ведомости СПбГПУ. Гуманитарные и общественные науки*. 2012;(2):49-53.
3. Савченко Л.В. Научно-исследовательская деятельность студентов как предпосылка опережающего саморазвития специалиста. *Проблемы современного педагогического образования*. 2020;(66-1):186-189.
4. Тургуналы Кызы Г. Компетентностный подход в подготовке медицинских сестер. *Бюллетень науки и практики*. 2024;10(9):106-112. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/106/31>

References

1. Gnezdilova E.V. Features of the organization of the school of a young scientist at KamSU. Vitus Bering. *Professional education in Russia and abroad*. 2023;(4):112-123. [\(In Russ.\)](#)
2. Pogodin S.N. International summer schools in higher education institutions as a base of practice for undergraduate students in the field of "Foreign Regional Studies". *Scientific and technical bulletin of SPbG-PU. Humanities and social sciences*. 2012;(2):49-53. [\(In Russ.\)](#)
3. Savchenko L.V. Research activities of students as a prerequisite for advanced self-development of the future specialist. *Problems of modern pedagogical education*. 2020;(66-1):186-189. [\(In Russ.\)](#)
4. Turgunaly Kyzy G. Competence approach in the training of nurses. *Bulletin of Science and Practice*. 2024;10(9):106-112. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/106/31> [\(In Russ.\)](#)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

Сведения об авторах

Ананченкова Полина Игоревна – канд. экон. наук, доцент, заведующий кафедрой экономики и социологии здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», <http://orcid.org/0000-0003-3683-5168>

Малинович Евгения Викторовна – соискатель кафедры экономики и социологии здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», <http://orcid.org/0009-0008-4279-8440>

Болбачан Ольга Александровна – канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Межгосударственной образовательной организации высшего образования «Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина», <https://orcid.org/0000-0002-3813-3269>

Ибраимова Джилдыз Джумадиловна – канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Межгосударственной образовательной организации высшего образования «Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина», <https://orcid.org/0000-0001-7220-1168>

Вклад авторов

П.И. Ананченкова – концепция и дизайн исследования, редактирование текста; Е.В. Малинович – анализ материала, написание текста; О.А. Болбачан – сбор и обработка материала, статистическая обработка данных; Д.Д. Ибраимова – поиск литературы, анализ существующих практик.

Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Ананченкова Полина Игоревна
ananchenkova@yandex.ru

Статья поступила 17.04.2025
Принята к печати 30.05.2025
Опубликована 18.05.2025

About the authors

Polina I. Ananchenkova – Cand. Sci. in Economics, Associate Professor, Head of the Department of Economics and Sociology of Healthcare, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, <http://orcid.org/0000-0003-3683-5168>

Evgeniya V. Malinovich – Applicant, Department of Economics and Sociology of Healthcare, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health <http://orcid.org/0009-0008-4279-8440>

Olga A. Bolbachan – Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor at the Interstate educational organization of higher education First President of Russia Boris Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University, <https://orcid.org/0000-0002-3813-3269>

Dzhyllyz Dzh. Ibraimova – Cand. Sci. in Medicine, Associate Professor at the Interstate educational organization of higher education First President of Russia Boris Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University, <https://orcid.org/0000-0001-7220-1168>

Authors' contributions

P.I. Ananchenkova – concept and design of the study, text editing; E.V. Malinovich – material analysis, writing the text; O.A. Bolobchan – collection and processing of material, statistical data processing; D.D. Ibraimova – literature search and analysis of existing practices.

All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Polina I. Ananchenkova
ananchenkova@yandex.ru

Received 17.04.2025
Accepted for publication 30.05.2025
Published 18.05.2025

УДК 614.2:364.4
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;103-110>

Этические и организационные вызовы при оказании медицинской помощи беженцам и вынужденным переселенцам: взгляд международных неправительственных организаций

В.В. Тонконог^{1*}, С. Хмейди², Д.Т. Ананченков³

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12, стр. 1

² Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

³ Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, 119991, Россия, Москва, Ленинские Горы, д. 1

*Автор, ответственный за переписку, email: vikatonkonog79@mail.ru

Аннотация

Актуальность. Масштабы гуманитарных кризисов и вынужденной миграции продолжают расти, усиливая потребность в медицинской помощи беженцам и вынужденным переселенцам. Международные неправительственные организации играют ключевую роль в обеспечении доступа к базовым и специализированным медицинским услугам в условиях чрезвычайных ситуаций. **Цель.** В статье рассматриваются основные этические дилеммы и организационные трудности, с которыми сталкиваются международные неправительственные организации при реализации программ медицинской помощи. Особое внимание уделено проблемам справедливого распределения ресурсов, соблюдения культурной чувствительности, обеспечения безопасности персонала и устойчивости медицинских вмешательств. **Результаты.** Предлагаются подходы к решению этих вызовов на основе принципов гуманитарной медицины и международного медицинского права.

Ключевые слова: беженцы; вынужденные переселенцы; гуманитарная помощь; медицинская этика; МНПО; организационные вызовы; международное здравоохранение, гуманитарное право

Для цитирования: Тонконог В.В., Хмейди С., Ананченков Д.Т. Этические и организационные вызовы при оказании медицинской помощи беженцам и вынужденным переселенцам: взгляд международных неправительственных организаций. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):103-110. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;103-110>

УДК 614.2:364.4
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;103-110>

Ethical and Organizational Challenges in Providing Medical Care to Refugees and Internally Displaced Persons: the Standpoint of International Non-Governmental Organizations

Victoria V. Tonkonog^{1*}, Suhail Khmeidy², Daniil T. Ananchenkov³

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, bldg. 1, Vorontsovo Pole ul., 105064, Moscow, Russian Federation

² Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

³ Lomonosov Moscow State University, 1, Leninskie Gory, 119991, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, e-mail: vikatonkonog79@mail.ru

Abstract

Introduction. The scale of humanitarian crises and forced migration continues to grow, increasing the need for medical care for refugees and internally displaced persons. International non-governmental organizations play a key role in ensuring access to basic and specialized medical services in emergency situations. **Purpose.** The article examines the main ethical dilemmas and organizational difficulties faced by international non-governmental organizations in implementing medical care programs. Special attention is paid to the issues of equitable allocation of resources, respect for cultural sensitivity, ensuring staff safety and the sustainability of medical interventions. **Results.** Approaches to solving these challenges based on the principles of humanitarian medicine and international medical law are proposed.

Keywords: refugees; internally displaced persons; humanitarian aid; medical ethics; NGOs; organizational challenges; international health, humanitarian law

For citation: Tonkonog V.V., Khmeidy S., Ananchenkov D.T. Ethical and Organizational Challenges in Providing Medical Care to Refugees and Internally Displaced Persons: the Standpoint of International Non-Governmental Organizations. *City Healthcare*. 2025;6(2):103-110. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;103-110>

Введение

Миграционные кризисы, вызванные вооруженными конфликтами, политической нестабильностью, преследованиями, экологическими катастрофами и экономической нестабильностью, в XXI в. приобрели устойчивый и нарастающий характер. По данным Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН), количество вынужденных переселенцев в мире на 2024 г. превысило 110 млн человек – рекордный показатель за всю историю наблюдений [1]. Среди них миллионы людей живут в условиях полной или частичной недоступности к базовым медицинским услугам, что делает вопросы организации медицинской помощи в миграционных контекстах приоритетом международной повестки в области глобального здравоохранения.

В условиях чрезвычайных ситуаций и гуманитарных катастроф на передний план выходят международные неправительственные организации (НПО), выполняющие функцию первых респондентов и часто являющиеся единственными поставщиками медицинской помощи в регионах, охваченных кризисами. Такие организации, как Médecins Sans Frontières (MSF), Médecins du Monde, International Medical Corps, International Rescue Committee и другие, обладают многолетним опытом работы в условиях ограниченных ресурсов, нестабильности, эпидемиологической угрозы и культурного многообразия. Их деятельность охватывает не только оказание экстренной помощи, но и долгосрочную работу по восстановлению систем здравоохранения, лечению хронических заболеваний, психосоциальной поддержке и профилактике инфекционных болезней.

Однако, несмотря на высокий уровень профессионализма и приверженность гуманитарным ценностям, НПО сталкиваются с целым рядом этических и организационных проблем. Эти вызовы многослойны и касаются не только практических аспектов логистики, кадровой устойчивости и взаимодействия с местными органами власти, но и глубоко затрагивают сферу профессиональной медицинской этики. Возникают вопросы о приоритетах в оказании помощи, справедливом распределении ресурсов, уважении к автономии пациента, учете культурных и религиозных контекстов, а также об ответственности за результаты вмешательств и их влияние на долгосрочное благополучие целевых групп.

Сложность ситуации усугубляется многообразием политических, социальных и юридических контекстов, в которых работают гуманитарные организации. Они вынуждены действовать в условиях нехватки достоверной информации, ограниченного финансирования, рисков для безопасности персонала, а также под постоянным давлением со

стороны доноров, местных правительств и международных структур.

Актуальность данной темы обусловлена необходимостью системного анализа практик международных НПО в сфере оказания медицинской помощи беженцам с позиции этических норм и организационных подходов. Научное осмысление возникающих дилемм и трудностей позволяет не только совершенствовать гуманитарные стратегии, но и формировать политику, ориентированную на уважение человеческого достоинства, устойчивость систем здравоохранения и повышение качества помощи в условиях кризиса.

Цель данной статьи – всесторонне рассмотреть ключевые этические и организационные вызовы, с которыми сталкиваются международные НПО при оказании медицинской помощи беженцам, и предложить возможные пути их преодоления на основе гуманитарных принципов, норм международного права и передового опыта.

Методы исследования

Для достижения поставленной цели исследования был использован комплексный междисциплинарный подход, сочетающий элементы гуманитарных, медицинских и правовых наук. Основу методологии составили следующие подходы:

- контент-анализ. Проведен анализ отчетов, публикаций и руководств международных неправительственных организаций (Médecins Sans Frontières, International Medical Corps, Médecins du Monde, IRC и др.), а также материалов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН) и Международного комитета Красного Креста (МККК). Анализ охватывал период с 2010 по 2024 г. с акцентом на гуманитарные миссии в зонах вооруженных конфликтов, экологических катастроф и массовых миграций (Сирия, Йемен, Южный Судан, Иордания, Бангладеш, Ливан и др.);
- этический анализ. Метод этического анализа применялся для оценки дилемм, связанных с информированным согласием, справедливостью в распределении ресурсов, соблюдением автономии пациента и культурной чувствительности. Основанием послужили принципы биоэтики (Бельмонтский доклад, Хельсинкская декларация) и практики, описанные в гуманитарных руководствах;
- описательный и сравнительный методы. Для систематизации и классификации вызовов использовались описательный метод (при составлении общей картины этических и организационных трудностей) и сравнительный подход (для выявления различий в стратегиях различных НПО и страновых контекстах).

Таким образом, совокупность использованных

методов позволила проанализировать характер вызовов, стоящих перед международными НПО, и обосновать рекомендации, направленные на повышение эффективности и этической легитимности медицинской помощи беженцам в условиях гуманитарных кризисов.

Результаты

1. Этические вызовы при оказании медицинской помощи беженцам

Этические вызовы – это совокупность моральных и профессиональных дилемм, с которыми сталкиваются медицинские работники и гуманитарные организации в процессе оказания помощи уязвимым группам населения, в частности беженцам и вынужденным переселенцам. Эти вызовы приобретают особую значимость в условиях чрезвычайных ситуаций, где ресурсы ограничены, правовая и социальная защита ослаблена, а контексты оказания помощи сильно варьируются в зависимости от региона, культурных норм и политической ситуации.

Медицинская деятельность в условиях гуманитарного кризиса требует не только высокой клинической квалификации, но и соблюдения универсальных этических принципов, таких как справедливость, уважение автономии личности, честность и культурная чувствительность. Нарушение этих принципов может привести к дискриминации, снижению доверия к гуманитарной миссии, а в отдельных случаях к усугублению уязвимости пациентов. Этическое поведение в сфере гуманитарной медицины становится неотъемлемой частью устойчивости и легитимности деятельности международных НПО.

Справедливое распределение ресурсов. Одной из наиболее острых этических проблем является необходимость принятия решений о приоритетах при распределении ограниченных медицинских ресурсов. В гуманитарных миссиях НПО часто сталкиваются с нехваткой медикаментов, диагностического оборудования и квалифицированного персонала. Это делает неизбежным применение принципов triage – медицинской сортировки, при которой приоритет в оказании помощи отдается тем, чьи шансы на выживание при своевременном вмешательстве выше.

Этическая дилемма возникает в выборе между максимизацией числа спасенных жизней и справедливым доступом к помощи, особенно для уязвимых категорий населения, таких как дети, беременные женщины, пожилые люди и лица с хроническими заболеваниями. Например, во время гуманитарной операции в лагере беженцев в Бангладеш, проводимой Médecins Sans Frontières (MSF) в 2018 г., организация была вынуждена ограничить

доступ к специализированной медицинской помощи для пациентов с почечной недостаточностью в пользу лечения острых инфекционных заболеваний, угрожающих массовым вспышкам [2].

Таким образом, распределение ресурсов требует от организаций постоянного этического анализа, прозрачности решений и по возможности привлечения к принятию решений мультидисциплинарных комитетов.

Культурная и религиозная чувствительность. Учет культурных норм и ценностей играет критически важную роль в обеспечении эффективности медицинского вмешательства. Пренебрежение этнокультурными особенностями может привести к отказу от лечения, недоверию со стороны местного населения и формированию негативного имиджа международной организации. Этическая обязанность медперсонала – продемонстрировать культурную компетентность, т.е. способность эффективно взаимодействовать с представителями различных культур.

Так, в ходе гуманитарной миссии в Сомали в 2011 г. организация International Medical Corps столкнулась с отказом женщин от посещения мобильных клиник из-за отсутствия женщин-медиков, что противоречило традициям региона. После внедрения гендерно чувствительного подхода и привлечения местных акушерок доверие к клиникам возросло, а показатели охвата родового наблюдения увеличились на 40% [3].

Организациям рекомендуется использовать профессиональных переводчиков и культурных посредников, способных разъяснить пациентам суть медицинских процедур в приемлемой форме, а также адаптировать коммуникационные стратегии с учетом местных верований и обычаев.

Информированное согласие и автономия пациента. Одним из базовых принципов медицинской этики является соблюдение автономии пациента, реализуемое через механизм информированного согласия. Даже в экстремальных гуманитарных условиях получение согласия пациента на медицинское вмешательство должно оставаться обязательной процедурой. Однако при работе с беженцами возникают сложности, обусловленные низким уровнем образования, языковыми барьерами и высоким уровнем зависимости от гуманитарной помощи.

Исследование, проведенное в лагерях беженцев в Иордании (Zaatari Camp), показало, что более 30% женщин не осознавали, что дача согласия на хирургическое вмешательство носит добровольный характер и может быть отозвана в любой момент [4]. Это указывает на необходимость адаптации процедур информирования: использование визуальных материалов, простого языка, повторного объяснения сути вмешательства и возможности отказа.

Организация MSF разработала внутренние протоколы по обеспечению информированного согласия в гуманитарных зонах, включая пошаговые инструкции и участие местных медиаторов в процессе объяснения. Эти меры позволяют не только соблюсти формальные требования, но и укрепить доверие между пациентом и организацией.

2. Организационные вызовы при оказании медицинской помощи беженцам: проблемы и пути преодоления

Организационные вызовы представляют собой совокупность институциональных, логистических и координационных трудностей, возникающих в процессе планирования и реализации программ медицинской помощи в гуманитарных условиях. Для международных неправительственных организаций, действующих в чрезвычайных ситуациях, эти вызовы определяют не только эффективность вмешательств, но и возможность соблюдения базовых стандартов медицинской этики, устойчивости помощи и безопасности персонала.

В отличие от стабильных систем здравоохранения, гуманитарные миссии функционируют в условиях дефицита ресурсов, ограниченного времени, правовой неопределенности и высокой политической чувствительности. Их деятельность разворачивается на стыке взаимодействий с множеством акторов – национальными властями, международными агентствами, другими НПО и местными сообществами. Пренебрежение организационными аспектами способно не только снизить результативность гуманитарных операций, но и усугубить кризисную ситуацию. Ниже рассмотрены ключевые организационные вызовы, с которыми сталкиваются НПО при оказании медицинской помощи беженцам.

1. Координация и взаимодействие с другими субъектами. Эффективность медицинской помощи в гуманитарной среде во многом зависит от уровня координации между действующими структурами. Международные и локальные НПО, агентства ООН (например, ВОЗ и УВКБ ООН), правительственные органы и в ряде случаев военные подразделения могут одновременно осуществлять помощь в одном регионе. В отсутствие четко налаженных механизмов взаимодействия возникает риск дублирования усилий, конкуренции за ресурсы и неравномерного охвата территорий.

Так, в ходе кризиса беженцев из Южного Судана в Уганде в 2017 г. агентство Humanitarian Policy Group зафиксировало случаи, когда в одних лагерях одновременно присутствовали по пять и более медицинских НПО, тогда как другие регионы оставались без охвата [5]. Это создавало нагрузку на инфраструктуру лагерей и приводило к неэффективному использованию гуманитарных ресурсов.

Для преодоления данных проблем необходимы

общие платформы обмена данными (например, Health Cluster под эгидой ВОЗ), согласование единых протоколов вмешательств и механизмов территориального зонирования. Только в условиях согласованной межсекторальной работы можно обеспечить целостный подход к оказанию медицинской помощи.

2. Безопасность персонала и доступ к зонам конфликта. Один из самых критических организационных вызовов – обеспечение физической безопасности медработников и беспрепятственного доступа к нуждающимся. Медицинский персонал НПО зачастую работает в условиях вооруженных конфликтов, политической нестабильности или стихийных бедствий, где отсутствуют гарантии соблюдения их нейтралитета.

Так, по данным Международного комитета Красного Креста (МККК), только в 2022 г. было зафиксировано более 1200 инцидентов нападений на медицинские учреждения и сотрудников в зонах конфликта, включая Сирию, Демократическую Республику Конго и Йемен [6]. Препятствия могут носить и административный характер – запреты на въезд, бюрократические проволочки, ограничение на ввоз медикаментов.

В этих условиях ключевую роль играет соблюдение международного гуманитарного права, закрепленного в Женевских конвенциях, предусматривающего неприкосновенность медицинского персонала. Кроме того, организации разрабатывают внутренние протоколы безопасности, включающие работу в сопровождении местных лидеров, систем мониторинга рисков и дистанционного медицинского консультирования.

3. Проблемы долгосрочной устойчивости помощи. Гуманитарные организации, как правило, действуют в рамках краткосрочных миссий, направленных на экстренное реагирование. Однако в контексте затяжных кризисов, как это наблюдается, например, в лагерях сирийских беженцев в Ливане и Иордании, отсутствие устойчивых медицинских структур приводит к зависимости населения от внешней помощи и дестабилизации локальных систем здравоохранения.

Согласно отчету Всемирной организации здравоохранения, только 23% гуманитарных проектов в сфере здравоохранения в Иордании в 2020 г. были интегрированы в национальные системы, тогда как остальные работали автономно [7]. Это препятствует формированию кадрового резерва, мешает передаче знаний и снижает устойчивость полученной помощи.

Оптимальной стратегией становится постепенная интеграция программ НПО в местные структуры: подготовка и обучение национальных кадров, совместное планирование с министерствами здравоохранения, использование национальных протоколов лечения. Примером успешной практики

является программа Partners In Health в Гаити, где в течение десяти лет НПО удалось передать ответственность за большую часть медицинской инфраструктуры государственным структурам.

Заключение

Этические и организационные вызовы, с которыми сталкиваются НПО при оказании медицинской помощи беженцам и вынужденным переселенцам, представляют собой сложный и многомерный комплекс проблем, обусловленных как внешними условиями гуманитарных кризисов, так и внутренними ограничениями самих организаций. Эти вызовы выходят за рамки медицинской деятельности в узком смысле и затрагивают фундаментальные основы взаимодействия между пациентом, обществом и институтами международной помощи.

С этической точки зрения ключевые дилеммы связаны с необходимостью соблюдения принципов справедливости, уважения автономии личности и культурной чувствительности в условиях дефицита ресурсов и высокой уязвимости получателей помощи. Проблемы приоритизации медицинских вмешательств, необходимость соблюдения норм информированного согласия в чрезвычайных ситуациях и адаптация медицинской практики к культурным и религиозным особенностям требуют от НПО не только юридической грамотности, но и развитого этического мышления. Игнорирование этих аспектов может привести к отказу от медицинской помощи, снижению доверия к организациям и даже обострению гуманитарных катастроф.

С организационной точки зрения основными проблемами остаются недостаточная координация между действующими субъектами, угроза безопасности медицинского персонала и ограничен-

ный доступ к зонам конфликтов, а также низкий уровень устойчивости программ гуманитарной помощи. Эти вызовы подрывают эффективность миссий, ведут к дублированию усилий, потере ресурсов и снижению качества медицинской помощи. Примеры из стран с затяжными кризисами, таких как Сирия, Южный Судан, Йемен и Иордания, демонстрируют необходимость перехода от краткосрочных, реактивных форматов гуманитарного реагирования к долгосрочным стратегиям, ориентированным на устойчивое развитие и институциональную интеграцию.

Таким образом, решение этических и организационных вызовов требует системного, многоуровневого подхода, включающего:

- институционализацию механизмов межорганизационной координации на региональном и международном уровне;
- внедрение стандартов культурной и лингвистической компетентности в повседневную клиническую практику;
- укрепление правовых гарантий защиты медицинского персонала;
- трансформацию гуманитарной помощи в устойчивые формы сотрудничества с национальными системами здравоохранения;
- развитие профессионального образования и подготовки кадров с междисциплинарной ориентацией (медицина, гуманитарные науки, этика, права человека).

Будущие исследования в этой области должны быть направлены на разработку адаптивных моделей медицинского вмешательства, чувствительных к социальному контексту и устойчивых к внешним потрясениям. Это позволит международным НПО не только оперативно реагировать на гуманитарные катастрофы, но и способствовать восстановлению и развитию систем здравоохранения в постконфликтных регионах.

Список литературы

1. Авдеева И.Л., Ананченкова П.И., Бабич О.В. и др. Управление изменениями в экономических системах. Монография. Орел: Среднерусский институт управления – филиал РАНХиГС, 2020.
2. Ананченкова П.И., Камынина Н.Н. Социально-экономические аспекты развития экспорта медицинских услуг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(2):184-189. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-184-189>
3. Горский А.А. Профессиональные функции и компетенции работников медицинских общественных организаций. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):855-858. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-4-855-858>
4. Sahloul M.Z., Monla-Hassan J., Sankari A. Syrian Refugees and Informed Consent in Humanitarian Medicine. *Journal of Humanitarian Medicine*. 2020;5:2:31-38.
5. Humanitarian Policy Group. Coordination in Uganda's Refugee Response. London: Overseas Development Institute, 2018. 36 p.

6. International Committee of the Red Cross. Health Care in Danger: Violent Incidents Affecting Health Care. Annual Report 2022. Geneva: ICRC, 2023. 48 p.
7. World Health Organization. Transitioning Humanitarian Health Programming into National Systems: Lessons from Jordan. Geneva: WHO, 2021. 56 p.

References

1. Avdeeva I.L., Ananchenkova P.I., Babich O.V., and others. Managing changes in economic systems. The monograph. Orel: Central Russian Institute of Management, Branch of the RANEPА, 2020. (In Russ.)
2. Ananchenkova P.I., Kamynina N.N. Socio-economic aspects of the development of medical services exports. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2020;28(2):184-189. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-2-184-189> (In Russ.)
3. Gorsky A.A. Professional functions and competencies of employees of medical public organizations. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2024;32(4):855-858. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-4-855-858> (In Russ.)
4. Sahloul M.Z., Monla-Hassan J., Sankari A. Syrian refugees and informed consent in humanitarian medicine. – *Journal of Humanitarian Medicine*. 2020;5;2:31-38.
5. Humanitarian Policy Group. Coordinating Uganda's refugee response. – London: Institute of Foreign Development, 2018. 36 p.
6. International Committee of the Red Cross. Healthcare in danger: violent incidents affecting healthcare. Annual Report for 2022. Geneva: ICRC, 2023. 48 p.
7. World Health Organization. The implementation of humanitarian health programs in national systems: lessons from Jordan. Geneva: WHO, 2021. 56 p.

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

Сведения об авторах

Тонконог Виктория Владимировна – канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры экономики и социологии здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко». <http://orcid.org/0000-0001-6526-3678>

Хмейди Сухайль – аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <http://orcid.org/0009-0007-6600-7175>

Ананченков Даниил Тарасович – студент Института стран Азии и Африки Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

About authors

Victoria V. Tonkonog – Cand. Sci. in Economics, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Economics and Sociology of Public Health, N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. <http://orcid.org/0000-0001-6526-3678>

Suhail Khmeidy – postgraduate student at the Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Healthcare Department. <http://orcid.org/0009-0007-6600-7175>

Daniil T. Ananchenkov – student at the Institute of Asian and African Studies at the Lomonosov Moscow State University.

Вклад авторов

В.В. Тонконог – концепция и дизайн исследования, редактирование текста; С. Хмейди – анализ материала, написание текста, сбор и обработка материала, статистическая обработка данных; Д.Т. Ананченков – поиск литературы и анализ существующих практик.

Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Виктория Владимировна Тонконог
vikatonkonog79@mail.ru

Статья поступила 10.04.2025
Принята к печати 02.06.2025
Опубликована 18.06.2025

Authors' contributions

V.V. Tonkonog – concept and design of the study, text editing; S. Khmeidy- material analysis, writing the text, collection and processing of material, statistical data processing; D.T. Ananchenkov- literature search and analysis of existing practices.

All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Victoria V. Tonkonog
vikatonkonog79@mail.ru

Received 10.04.2025
Accepted for publication 02.06.2025
Published 18.06.2025.

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;111-120>

Социальные детерминанты охраны здоровья в России: вызовы и предполагаемые направления решения

Н.Е. Карпачев^{1*}, Горячев В.С.², Баженова С.А.³

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 105064, Россия, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12, стр.1

² Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

³ Новороссийский филиал Финансового университета при Правительстве РФ, 353907, Россия, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Видова, д. 56

*Автор, ответственный за переписку, email: karpa4ev.nikita2000@yandex.ru

Аннотация

Актуальность. Обусловлена тем, что здоровье населения напрямую связано с человеческим капиталом, продуктивностью экономики и социальным развитием страны. Социальные проблемы в сфере охраны здоровья существенно влияют на качество и продолжительность жизни россиян. **Цель исследования.** Проанализировать влияние социальных детерминант здоровья на систему охраны здоровья населения в России, выявить современные ключевые проблемы и рассмотреть направления их решения. Задачами исследования можно назвать следующие: проанализировать современные социальные проблемы в области охраны здоровья; исследовать влияние неравенства и экономических условий на здоровье населения; рассмотреть роль образования и культуры в формировании здоровья граждан. **Материалы и методы.** Анализ законодательных актов по охране здоровья в РФ и глобального исследования по этой теме ВОЗ, исследование отечественной и зарубежной литературы – трудов ведущих российских ученых по теме охраны здоровья населения; исследование различных научных подходов к изучению охраны здоровья с социологической точки зрения; обобщение результатов исследований по следующим аспектам: понятие здоровья в социологической интерпретации, социально-экономические детерминанты здоровья, анализ параметров системы охраны здоровья, развитие инноваций в сфере здравоохранения, условия труда и охрана труда, специфика государственной политики в области здравоохранения, совершенствование организационно-экономического механизма охраны здоровья. Также использовались такие методы, как нормативно-целевой, некоторые аспекты социологического анализа, статистический, сравнительный, системно-аналитический анализ и др. **Результаты исследования.** Обобщенные выводы о том, что на сегодняшний день важнейшими в сохранении и даже усугублении ряда проблем, прежде всего носящих социальный характер, в охране здоровья населения в РФ являются неравномерность ресурсов, недостаточное финансирование, кадровые дисбалансы, которые препятствуют полному раскрытию потенциала системы охраны здоровья населения. Для этого важно постоянно реформировать организационно-экономический механизм системы охраны здоровья, оптимизировать финансирование посредством более грамотного распределения средств на охрану здоровья населения, сместить акцент на первичное звено охраны здоровья населения и его профилактику, поскольку вложения в раннее выявление и предупреждение болезней экономически более эффективны, чем лечение запущенных случаев и др.

Ключевые слова: население; здоровье; охрана здоровья; социология; социальные проблемы; социальные условия; социальное благополучие; здоровье как ценность

Для цитирования: Карпачев Н.Е., Горячев В.С., Баженова С.А. Социальные детерминанты охраны здоровья в России: вызовы и предполагаемые направления решения. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):111-120. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;111-120>

© Карпачев Н.Е., Горячев В.С., Баженова С.А., 2025

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;111-120>

Social Determinants of Health Protection in Russia: Challenges and Proposed Solutions

Nikita E. Karpachev^{1*}, Vladislav S. Goryachev², Svetlana A. Bazhenova³

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 12, bldg. 1, Vorontsovo Pole ul., Moscow, 105064, Russian Federation

² Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

³ Novorossiysk Branch of the Federal State-Funded Educational Institution of Higher Education

Financial University under the Government of the Russian Federation, 56, ul. Vidova, 353907, Novorossiysk, Russian Federation

*Corresponding author, email: karpa4ev.nikita2000@yandex.ru

Abstract

Background. The article studies health as a factor of human well-being, economic productivity, and national social development. Social issues of health protection affect life's quality and longevity in Russia. **Purpose.** To analyze social health determinants and their effect on the Russian health protection system, detect key problems and focus on their possible solutions. The objectives of the study are analyzing current social issues of health protection, investigating the impact of inequality and economic conditions on population health, and considering the role of education and culture in health maintenance. **Materials and methods.** The article scrutinizes Russian regulatory acts on health protection, WHO research papers, studies of national and international authors, and social studies on health protection. The authors highlight the following: the concept of health in sociology, social and economic determinants of health, factors of health protection, innovations in healthcare, working conditions and labor protection, national healthcare policy, and improvement of social and economic factors of health protection. Normative target-based, statistical, comparative methods, and social and system-analytical analyses were used in this article. **Results.** Today, uneven resources, insufficient funding, and staff imbalance put a negative effect on the health protection system. The current healthcare policy needs to reform the organizational and economic mechanisms of the health protection system. Finance optimization, emphasis on primary care, healthy lifestyle promotion, and early disease detection are more productive than advanced case treatment.

Keywords: population; health; health protection; sociology; social problems; social conditions; social well-being; health as a value

For citation: Karpachev N.E., Goryachev V.S., Bazhenova S.A. Social Determinants of Health Protection in Russia: Challenges and Proposed Solutions. *City Healthcare*. 2025;6(2):111-120. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;111-120>

Введение

Здоровье населения является ключевым ресурсом общества и важнейшим показателем социального благополучия. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) еще в середине XX в. определила здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или дефектов¹.

Теоретическое осмысление здоровья в социологии основывается на признании того, что здоровье имеет как биологическую, так и социальную природу. В отличие от узко биологического подхода, считающего здоровье сугубо отсутствием болезней, социологический подход следует определению ВОЗ, включающему социальное благополучие. Здоровье понимается как социальная ценность и ресурс: это способность человека полноценно выполнять социальные роли, трудиться, участвовать в жизни общества.

В социологической интерпретации здоровье связывается с понятием «социальное здоровье», отражающим степень интеграции индивида в социальные связи, удовлетворенность основными потребностями, уровень жизненного комфорта.

Охрана здоровья населения в Российской Федерации рассматривается не только как медицинская, но и как социальная проблема. Это связано с тем, что здоровье населения является важнейшим ресурсом и капиталом страны. Ниже представлено несколько ключевых аспектов социальной природы охраны здоровья.

1. Здоровье как социальный капитал:

- экономическая ценность: здоровое население способствует экономическому росту, увеличению производительности труда и снижению затрат на здравоохранение;

- социальная стабильность: высокий уровень здоровья населения способствует социальной гармонии и уменьшению конфликтов в обществе.

2. Социальные детерминанты здоровья:

- экономические условия: уровень доходов, доступ к качественным услугам и образованию напрямую влияют на здоровье;

- социальные условия: работа, условия жизни и уровень образования также играют ключевую роль в формировании здоровья населения.

3. Государственная политика в области охраны здоровья:

- программы здравоохранения: в России существуют различные государственные программы, направленные на улучшение здоровья населения: программы вакцинации, профилактики заболеваний и здоровья матерей и детей;

- доступ к медицинским услугам: обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всех слоев населения является важной задачей государственной политики.

4. Общественное здоровье и участие граждан:

- образование и информирование: повышение уровня осведомленности населения о здоровье и профилактике заболеваний;

- участие граждан: активное вовлечение населения в программы по охране здоровья и улучшению условий жизни.

5. Проблемы и вызовы:

- различия в доступе к медицинским услугам между городскими и сельскими районами;

- снижение рождаемости и старение населения: эти факторы создают дополнительные нагрузки на систему здравоохранения.

Рассмотрим более подробно разные аспекты охраны здоровья в статье. Цель данного исследования: проанализировать влияние социальных детерминант здоровья на систему охраны здоровья населения в России, выявить современные ключевые проблемы и рассмотреть направления их решения.

Задачи исследования:

- проанализировать современные социальные проблемы в области охраны здоровья;

- исследовать влияние неравенства и экономических условий на здоровье населения;

- рассмотреть роль образования и культуры в формировании здоровья граждан.

Социальные аспекты охраны здоровья в России подчеркивают важность комплексного подхода к охране здоровья, который включает не только медицинские, но и социальные, экономические и культурные факторы. Здоровье населения является основным капиталом страны, который требует внимания и инвестиций для обеспечения устойчивого развития общества.

Таким образом, охрана здоровья имеет широкий социальный контекст: от условий жизни и труда до доступности медицинской помощи. В России проблема здоровья приобрела особую остроту в связи с демографическими вызовами, неравенством и трансформациями системы здравоохранения. Основные направления в области охраны здоровья регламентируются на государственном уровне (рис. 1) в законах и подзаконных актах, прежде всего в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция)².

В последнюю редакцию закона от 01.03.2025 были внесены важнейшие изменения, касающиеся охраны здоровья населения, а именно уточ-

¹ Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=absence%20of%20disease%20or%20infirmity> (дата обращения: 10.03.2025).

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 10.06.2025).



Рис. 1 – Основные направления охраны здоровья населения в Российской Федерации
Fig. 1 – Main directions of public health protection in the Russian Federation

Составлено авторами на основе источника [1].
 Compiled by the authors based on the source [1]

нения прав граждан на получение медицинских услуг, пересмотра норм финансирования охраны здоровья населения, улучшения механизмов контроля за качеством медицинской помощи в процессе охраны здоровья населения РФ³.

Эти направления служат основой для формирования эффективной системы охраны здоровья населения в России и направлены на защиту здоровья граждан.

В последние годы (2017–2024) внимание российских исследователей сосредоточено на следующих направлениях: социальные детерминанты здоровья и неравенство (гендерные, региональные, социально-экономические различия в показателях здоровья); качество и доступность медицинской помощи (включая проблемы кадров, финансирования, управления); общественное здоровье и образ жизни (влияние вредных привычек, питания, экологии); инновации в здравоохранении (цифровизация, телемедицина, новые организационные модели).

Социология здоровья сформировалась на стыке социальной гигиены, медицины и социологии,

став самостоятельной отраслью знаний, ориентированной на изучение здоровья как социального феномена, отношений между врачами и пациентами, влияния образа жизни, условий труда и окружающей среды на состояние здоровья населения, постепенно вытесняя традиционное понятие «социология медицины» [1].

Важно подчеркнуть: здоровье социально детерминировано. Социологи рассматривают здоровье как результат действия комплекса факторов: образа жизни, условий труда и быта, уровня доходов и образования, экологической обстановки, качества медицинского обслуживания. Каждая из этих сфер обусловлена социальными отношениями и политикой государства. Поэтому охрана здоровья – это не только лечение болезней, но и создание благоприятных социальных условий. Например, доступ к чистой воде, полноценному питанию, безопасным условиям труда и жизни прямо влияет на показатели здоровья популяции. Таким образом, теоретическое понятие здоровья в социологии гораздо шире клинического: оно интегрирует физические, психические и социаль-

³ Там же.

ные компоненты, а его поддержание рассматривается как обязанность не только индивида, но и общества и государства⁴.

Рассматривая ресурсы системы здравоохранения, необходимо отметить, что Россия унаследовала от советского периода развитую инфраструктуру (широкую сеть больниц, поликлиник, санаториев) и относительно высокий кадровый потенциал (число врачей и среднего медперсонала на душу населения традиционно одно из самых высоких в мире).

Методы исследования

Материалы и методы включают анализ законодательных актов по охране здоровья в РФ и глобального исследования по этой теме ВОЗ, исследование отечественной и зарубежной литературы – трудов ведущих российских ученых по теме охраны здоровья населения; исследование различных научных подходов к изучению охраны здоровья с социологической точки зрения; обобщение результатов исследований по следующим аспектам: понятие здоровья в социологической интерпретации, социально-экономические детерминанты здоровья, анализ параметров системы охраны здоровья, развитие инноваций в сфере здравоохранения, условия труда и охрана труда, специфика государственной политики в области здравоохранения, совершенствование организационно-экономического механизма охраны здоровья. Также использовались такие методы, как нормативно-целевой, некоторые аспекты социологического анализа, например данные социологических опросов по охране здоровья населения, проведенных в 2022–2024 гг., статистический, сравнительного анализа, системно-аналитический и др.

Результаты

Социологическое изучение здоровья и системы здравоохранения в России имеет сравнительно недавнюю историю, хотя отдельные идеи высказывались учеными уже в XIX–XX вв. В трудах российских ученых нашли отражение различные аспекты социальной природы здоровья. Классические работы по социальной гигиене (Н.А. Семашко и др.) заложили фундамент понимания влияния социальных условий на распространение болезней. В постсоветское время существенный вклад внесли социологи и экономисты медицины: А.В. Решетников, Ж.С. Мартинсон, Л.В. Попов и др., исследовавшие

проблемы неравенства в здоровье, доступности медицинской помощи, эффективности системы ОМС (обязательного медицинского страхования) и др.

Огромный вклад в развитие социального характера охраны здоровья населения внесли такие авторы, как О.П. Щепин, Ю. П. Лисицын и упомянутый выше А.В. Решетников, которые в своих работах подчеркивали влияние социальных детерминант на здоровье населения и его охрану. Их работы акцентируют внимание на неравенстве в доступе к медицинским услугам и роли образования в профилактике заболеваний.

Как отмечает И.А. Бородич, лишь к концу XX в. в научном обороте стал активно употребляться термин «социология здоровья», постепенно вытесняя традиционное понятие «социология медицины» [2]. Это было во многом обусловлено нарастающим разочарованием в деятельности института официальной медицины и осознанием того, что здоровье нельзя рассматривать исключительно как медицинскую категорию [2].

Возникла потребность в междисциплинарном подходе, учитывающем социальные факторы здоровья. И.А. Бородич подчеркивает значимость социологического взгляда на проблемы здравоохранения и необходимость учитывать весь комплекс социальных факторов, влияющих на формирование здорового общества [2].

Так, Н.И. Шартова и В.С. Тикунев провели комплексное исследование территориальных различий здоровья населения России, заострив внимание на сильной межрегиональной дифференциации и необходимости учитывать социальные факторы для выравнивания ситуации [3]. По их данным, в ряде экономически благополучных регионов улучшение здоровья было менее выраженным, что объясняется внутригрупповым неравенством и разницей в уровне жизни населения.

Также А.И. Баранов в своих работах подчеркивает важность интеграции охраны здоровья в систему здравоохранения, акцентируя внимание на профилактических мерах [4]. Н.А. Мельникова исследует взаимосвязь между охраной здоровья и системой здравоохранения, выделяя роль социальных детерминант в формировании здоровья⁵. Е.В. Лаптева в своих работах рассматривает проблемы организации здравоохранения и необходимость охраны здоровья как важного элемента государственной политики [5].

Современные исследования подтверждают эту точку зрения: эпидемия COVID-19 наглядно продемонстрировала наличие узких мест, накопившихся в системе здравоохранения: дисбалансы в обеспеченности регионов кадрами и оборудованием,

⁴ Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=absence%20of%20disease%20or%20infirmity> (дата обращения: 10.03.2025).

⁵ Мельникова Н.А. Научное обоснование системы обеспечения врачами кадрами здравоохранения региона в современных социально-экономических условиях (на примере Хабаровского края): дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Хабаровск, 2004. 204 с.

отсутствие достаточного резерва мощностей [6, 7]. Так, например, в результате глобальных мероприятий ВОЗ в области охраны здоровья появились такие фундаментальные мероприятия, как всемирные дни здоровья, психического здоровья и др.⁶.

Это стимулировало научные дискуссии о путях повышения устойчивости системы: от наращивания инвестиций в здравоохранение до структурных преобразований, включая улучшение подготовки кадров, распределения ресурсов и внедрения инноваций.

Российские исследователи говорят о важности подхода к здоровью на индивидуальном и общественном уровне, включая ценностные установки населения по отношению к здоровью, мотивацию к здоровому образу жизни, а также эффективность социальных институтов (медицины, образования, СМИ) в формировании здоровьесберегающего поведения. Отметим, что в работах этих и других авторов даны важнейшие определения по тематике статьи, а именно охраны здоровья и здравоохранения. Охрана здоровья – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья населения, включая профилактику заболеваний, формирование здорового образа жизни и создание благоприятной среды для здоровья. Охрана здоровья охватывает как индивидуальные, так и общественные аспекты здоровья.

Здравоохранение – это система организации и предоставления медицинских услуг, направленных на диагностику, лечение и реабилитацию больных, а также на профилактику заболеваний. Здравоохранение включает медицинские учреждения, специалистов и ресурсы, необходимые для оказания медицинской помощи. Охрана здоровья и здравоохранение взаимосвязаны: эффективная система здравоохранения способствует охране здоровья, а программы охраны здоровья могут снизить нагрузку на здравоохранение. Оба понятия связаны с заботой о здоровье населения и направлены на улучшение качества жизни.

Обзор литературы показывает, что социальные проблемы охраны здоровья в России изучаются в междисциплинарном ключе. Сформировался консенсус в вопросе о том, что здоровье – не только медицинская, но и социальная категория; на него влияют условия жизни, трудовая деятельность, уровень образования и культуры, экономическая политика государства. Различные научные подходы – социологический, экономический, медико-демографический – дополняют друг друга, позволяя всесторонне оценить ситуацию и выработать рекомендации на дальнейшую перспективу.

Социальные и экономические условия жизни – фундаментальные детерминанты уровня здоровья

населения. В российском обществе за последние десятилетия наблюдались резкие колебания социально-экономической ситуации. Между различными группами населения фиксируются различия в заболеваемости и смертности. Например, в России наблюдается гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни. Разница в продолжительности жизни обусловлена большей смертностью мужчин трудоспособного возраста, связанной с внешними причинами и болезнями системы кровообращения. По сути, поведенческие и социальные факторы – распространенность курения, злоупотребление алкоголем, опасные условия труда – приводят к увеличению смертности мужчин, что указывает на социальный характер проблемы.

Социально-экономическое положение населения напрямую коррелирует со здоровьем. Более обеспеченные слои имеют доступ к лучшему питанию, жизненным условиям, могут позволить себе платные медицинские услуги, тогда как для менее обеспеченных слоев населения существуют барьеры для поддержания здоровья. По оценкам, многоморбидность (наличие нескольких хронических заболеваний) особенно распространена среди лиц старшего возраста и с низким достатком [3].

Социальные аспекты здоровья проявляются и через призму образования и культуры. Более высокий уровень образования, как правило, сопряжен с большим вниманием к своему здоровью, навыками профилактики, осознанием вреда пагубных привычек. Информационная открытость общества и просвещение населения – важные инструменты улучшения здоровья (что подчеркивалось еще в уставе ВОЗ: «осведомленность и участие общественности крайне важны для улучшения здоровья людей»⁷). В России осуществляются программы санитарного просвещения, пропаганды здорового образа жизни, однако их эффективность недостаточно высока.

В обобщенном виде социально-экономические аспекты здоровья в РФ можно охарактеризовать так: низкий уровень доходов и социальная уязвимость значительной части населения создают условия для высокого уровня заболеваемости; неравенство (гендерное, региональное, уровня жизни) приводит к диспропорциям в здоровье; социальные болезни (алкоголизм, наркомания) остаются острой проблемой, сокращая трудовой потенциал страны и повышая нагрузку на систему здравоохранения. Решение этих проблем лежит вне сугубо медицинской плоскости – требуется улучшение социальных условий, борьба с бедностью, развитие системы социальной поддержки, выравнивание возможностей для ведения здорового образа жизни во всех слоях и регионах.

⁶ Глобальные кампании ВОЗ по охране здоровья. URL: <https://www.who.int/ru/campaigns> (дата обращения: 15.06.2025).

⁷ Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=,absence%20of%20disease%20or%20infirmity> (дата обращения: 10.05.2025).

Обсуждение

Для понимания социальных проблем необходимо проанализировать состояние самой системы здравоохранения России, ее ресурсы и результаты деятельности. К основным индикаторам здоровья населения относятся показатели смертности, заболеваемости и ожидаемой продолжительности жизни. За последние 20 лет динамика этих показателей была неравномерной. В 2000-е гг. Россия пережила кризис общественного здоровья: в 1990-х гг. уровень смертности резко вырос, ожидаемая продолжительность жизни упала (у мужчин – до ~58 лет в 1994 г.)⁸. Затем наблюдалось постепенное улучшение: с начала 2000-х гг. смертность снижалась, особенно от сердечно-сосудистых болезней, что привело к росту продолжительности жизни до 72–73 лет к 2017–2019 гг.

На структуру заболеваемости в России влияют хронические неинфекционные болезни, на которые приходится основной вклад (сердечно-сосудистые, онкологические, болезни органов дыхания и пищеварения). Отмечается рост выявления болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований, что, с одной стороны, свидетельствует о старении населения, с другой – о повышении уровня диагностики. Вместе с тем сохраняются проблемы инфекционной заболеваемости: хотя Россия добилась существенного снижения заболеваемости туберкулезом и другими опасными инфекциями за последние 20 лет (2020–2021), ситуация осложнилась пандемией. COVID-19 увеличил заболеваемость, а также отвлек ресурсы системы, повлияв на другие медицинские статистические показатели.

Ключевой социальной задачей системы здравоохранения в РФ является финансирование. От объема и эффективности финансирования зависят возможности системы оказывать своевременную и качественную помощь. Помимо финансов, важными параметрами системы являются кадры и управление. В советской модели упор делался на количественное обеспечение (врачи, койки), однако в современных условиях решающее значение имеет квалификация персонала, мотивация к труду и организационные механизмы. Исследования показывают наличие дефицита среднего и младшего медицинского персонала, перегрузку врачей бумажной работой, дисбаланс специализаций [2, 8]. В рамках нацпроекта «Здравоохранение» с 2019 г. предпринимаются меры по закреплению кадров на селе (программа «Земский доктор/фельдшер»), увеличению приемных кампаний в медицинские вузы, повышению оплаты труда медиков. Тем не менее проблема утечки мозгов в коммерческий

сектор остается актуальной для высококвалифицированных врачей.

Таким образом, анализ параметров системы охраны здоровья в России показывает противоречивую картину. С одной стороны, достигнут ряд успехов: снижение младенческой смертности, ликвидация полиомиелита и ряда инфекций, развитие высокотехнологичной медицинской помощи. С другой – сохраняются системные проблемы: неравномерность ресурсов, недостаточное финансирование, кадровые дисбалансы, которые препятствуют полному раскрытию потенциала системы [9, 10]. Эти проблемы имеют выраженное социальное измерение, влияя на справедливость и эффективность охраны здоровья.

Многие из выявленных проблем указывают на необходимость реформирования организационно-экономического механизма системы охраны здоровья. Одним из направлений совершенствования является оптимизация финансирования и повышение его эффективности. Даже при ограниченных ресурсах грамотное распределение средств способно улучшить результаты. Рекомендуется сместить акцент на первичное звено и профилактику, поскольку вложения в раннее выявление и предупреждение болезней экономически более эффективны, чем лечение запущенных случаев.

Второе направление – улучшение управления и устранение дисбалансов. Сюда относится выравнивание обеспеченности регионов: нужно разработать механизмы перераспределения кадров и ресурсов в регионы, где они особенно необходимы [7, 11]. Возможно, следует стимулировать медиков переезжать в дефицитные районы не только денежными выплатами, но и предоставлением социальных пакетов, жилья, карьерных перспектив.

Еще один аспект – мотивация медицинских организаций и работников. Действующая система оплаты труда медиков в бюджетном секторе во многом уравнивающая и слабо связана с результатом (хотя элементы эффективного контракта внедряются). Необходимо стимулировать больницы улучшать показатели здоровья своих пациентов, а врачей – уделять внимание профилактике и качеству. Например, финансовое поощрение за снижение осложнений, за высокие показатели диспансеризации и т.д. Сейчас обсуждаются новые модели оплаты, ориентированные на конечные результаты здоровья населения, а не только на объем оказанных услуг. Общественный контроль через публикацию открытых данных о работе медицинских организаций, рейтинги, опросы удовлетворенности повысит ответственность руководителей на местах.

⁸ Российский статистический ежегодник 2023 год. URL: https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Oziz_dept/Stat_materialy_2023-2024.pdf (дата обращения: 15.03.2025).

Наконец, важнейшей частью совершенствования механизма охраны здоровья является межсекторное взаимодействие. Здоровье населения зависит не только от организаций здравоохранения, но и от политики в области образования, экологии, социальной защиты, градостроительства. Необходимо обобщение и анализ данных по учету последствий для здоровья населения во всех принимаемых государственных решениях. В российской практике это пока реализовано частично, но тенденция есть: например, программы расселения аварийного жилья, развития городских парков и спортплощадок, улучшения экологии промышленных центров напрямую сказываются на здоровье и поддерживаются межведомственно.

Подводя итоги, отметим, что совершенствование организационно-экономического механизма охраны здоровья должно быть направлено на повышение устойчивости, справедливости и эффективности системы. Краткосрочные приоритеты включают преодоление кадрового голода, модернизацию материальной базы первичного звена, финансовую поддержку регионов-аутсайдеров. Долгосрочные стратегии направлены на формирование культуры профилактики, ориентирование системы на потребности пациента, интеграцию социальной и медицинской помощи (например, развитие института социальных работников при поликлиниках для работы с пожилыми и хроническими больными). По оценкам экспертов, комплекс мер организационного и экономического характера позволит России выйти на траекторию устойчивого улучшения здоровья населения.

Социальные проблемы охраны здоровья в России сложны и многогранны, но их решение во многом предопределяет будущее страны. Проведенный анализ позволяет сформулировать ряд выводов. Во-первых, здоровье населения определяется не только качеством медицинской помощи, но и широким спектром социально-экономических условий – от уровня благосостояния и образования до экологии и характера труда. Поэтому политика в области здравоохранения

должна быть встроена в общий социальный контекст, координироваться с мерами по снижению бедности, улучшению условий жизни, развитию человеческого капитала. Во-вторых, российская система здравоохранения столкнулась с вызовами, требующими структурных преобразований: необходимо увеличивать и рационально использовать финансирование, устранять межрегиональные дисбалансы, привлекать и удерживать квалифицированные кадры, внедрять инновации и современные методы управления. В-третьих, важнейшим приоритетом является профилактика и укрепление общественного здоровья. Без изменения образа жизни населения, без повышения ответственности каждого гражданина за свое здоровье успех медико-социальных программ будет ограничен. Также не менее важно наладить обратную связь с обществом: учитывать мнение населения при реформировании здравоохранения, повышать доверие через информирование о предпринимаемых шагах и их результатах.

Заключение

В сфере охраны здоровья, как нигде, вложенные усилия окупаются многократно, давая прирост благосостояния, демографический рост и социальную стабильность. Проведенное нами кабинетное исследование с применением ряда методов, обозначенных в разделе «Материалы и методы» с использованием источников из этого же раздела, показал, что у России есть все возможности для улучшения ситуации: богатая традиция государственной медицины, развивающаяся экономика, интеллектуальный потенциал ученых и врачей. Реализуя комплексный, научно обоснованный подход к охране здоровья, сочетающий медицину, социологию и экономику, можно достичь главной цели: обеспечения долгой, активной и благополучной жизни граждан страны. Это не только медицинская, но и социальная задача, от решения которой зависит поступательное развитие российского общества.

Список литературы

1. Гордеева С.С. Социальные предпосылки становления социологии здоровья в современной России. *Вестник Пермского университета*. 2011;107-110.
2. Бородич И.А. Социологическое изучение социальных проблем охраны здоровья населения. *Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России*. 2010;3(47):167-170
3. Shartova N., Tikunov V. & Chereschnya O. Health disparities in Russia at the regional and global scales. *Int J Equity Health*. 2021;20(163). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01502-6>
4. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. 100 лет советской системе охраны здоровья матери и ребенка: успехи, проблемы, уроки. *Вопросы современной педиатрии*. 2018;17(1):11-15. <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i1.1851>

5. Лаптева Е.В., Турганбекова Д.Н. Статистический анализ охраны и здоровья населения в Российской Федерации. *Аллея науки*. 2017;5(6):184-188
6. Кантемирова М.А., Батаев Х.М., Султанова Э.А. Устойчивость системы здравоохранения в условиях нестабильности экономических систем и кризисов. *Экономика и предпринимательство*. 2023;12(161):297-301. <https://doi.org/10.34925/EIP.2023.161.12.057>
7. Бударин С.С. Устойчивость функционирования мировых систем здравоохранения в период пандемии КОВИД-19. *Экономика и управление: проблемы, решения*. 2020;3(8):105-114. <https://doi.org/10.36871/ek.up.p.r.2020.08.03.013>
8. Klepach A.N., Lukyanenko R.F. Healthcare in Russia: Macroeconomic parameters and structural issues. *Studies on Russian Economic Development*. 2023;34(2):207-220. <https://doi.org/10.1134/S1075700723020065>
9. Решетников А.В., Соболев К.Э. Медико-социологический мониторинг. Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2-е изд., перераб. и доп. 2022. 280 с.
10. Алексашина Т.В., Ананченкова П.И., Белкин М.В. и др. Современные проблемы экономики труда и пути их решения. Монография. Москва-Берлин: «Директмедиа Паблишинг», 2019.
11. Авдеева И.Л., Ананченкова П.И., Бабич О.В. и др. Управление изменениями в экономических системах. Монография. Орел: Среднерусский институт управления – филиал РАНХиГС, 2020.

References

1. Gordeeva S.S. Social background of formation of health sociology in contemporary Russia. *Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology* 2011;107-10. (In Russ.)
2. Borodich I.A. Sociological studying of social problems of public health care. *Vestnik of the St Petersburg Univ Min Int Aff Russ*. 2010;3(47):167-170.
3. Shartova N., Tikunov V. & Chereshnya O. Health disparities in Russia at the regional and global scales. *Int J Equity Health*. 2021;20(163). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01502-6>
4. Baranov A.A., Albitsky V.Yu. 100TH Anniversary of The Soviet Maternal and Child Healthcare System: Successes, Problems, and Lessons. *Current Pediatrics*. 2018;17(1):11-15. (In Russ.) <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i1.1851>
5. Lapteva E.V., Turganbekova D.N. Statistical analysis of public health and safety in the Russian Federation. *Alley of Science*. 2017;5(6):184-188
6. Kantemirova M.A., Bataev Kh.M., Sultanova E.A. Stability of the healthcare system in conditions of instability of economic crisis systems. *Economy and Entrepreneurship*. 2023;12(161):297-301. (In Russ.) <https://doi.org/10.34925/EIP.2023.161.12.057>
7. Budarin S.S. Sustainability of global health systems during the COVID-19 pandemic. *Ekonomika i Upravlenie Problemy Resheniya*. 2020;3(8):105-114. <https://doi.org/10.36871/ek.up.p.r.2020.08.03.013>
8. Klepach A.N., Lukyanenko R.F. Healthcare in Russia: Macroeconomic parameters and structural issues. *Studies on Russian Economic Development*, 2023;34(2):207-220. <https://doi.org/10.1134/S1075700723020065>
9. Reshetnikov A.V., Sobolev K.E. Medical and sociological monitoring. Moscow: GEOTAR-Media, 2nd ed., revised. and an additional 2022. 280 p.
10. Aleksashina T.V., Ananchenkova P.I., Belkin M.V., et al. Modern problems of labor economics and ways to solve them. Monograph. Moscow-Berlin: Directmedia Publishing; 2019. (In Russ.)
11. Avdeyeva I.L., Ananchenkova P.I., Babich O.V., et al. Change management in economic systems. Monograph. Orel: Central Russian Institute of Management, Branch of RANEPА; 2020. (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторах

Карпачев Никита Евгеньевич – аспирант кафедры экономики и социологии здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», <https://orcid.org/0009-0007-8780-1554>

Горячев Владислав Сергеевич – аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0003-4029-2856>

Баженова Светлана Анатольевна – канд. экон. наук, доцент кафедры «Экономика, финансы и менеджмент» Новороссийского филиала Финансового университета при Правительстве РФ, <https://orcid.org/0000-0001-5946-8773>

Вклад авторов

Карпачев Н.Е., Горячев В.С. – концепция и дизайн исследования, поиск литературы, анализ материала; Баженова С. А. – написание текста, сбор и обработка материала, анализ существующих практик, редактирование текста.

Все авторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Для корреспонденции

Карпачев Никита Евгеньевич
karpa4ev.nikita2000@yandex.ru

Статья поступила 21.03.2025
 Принята к печати 29.05.2025
 Опубликована 18.06.2025

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

About authors

Nikita E. Karpachev – Postgraduate Student, Department of Economics, Finance and Management, Novorossiysk Branch of Financial University under the Government of the Russian Federation, <https://orcid.org/0009-0007-8780-1554>

Vladislav S. Goryachev – postgraduate student at the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-4029-2856>

Svetlata A. Bazhenova – Cand. Sci. in Economics, Associate Professor, Department of Economics, Finance and Management, Novorossiysk Branch of Financial University under the Government of the Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-5946-8773>

Authors' contributions

Nikita E. Karpachev, Vladislav S. Goryachev – concept and design of the study, literature search, material analysis, writing the text; S.A. Bazhenova – collection and processing of material, analysis of existing practices, text editing.

All authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Corresponding author

Nikita E. Karpachev
karpa4ev.nikita2000@yandex.ru

Received 21.03.2025
 Accepted for publication 29.05.2025
 Published 18.06.2025

УДК 614.2:615.37
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;121-128>

Стратегии информационного сопровождения вакцинации

Д.А. Адамов

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Автор, ответственный за переписку, email: AdamovDA@zdrav.mos.ru,

Аннотация

Цель. Статья посвящена анализу современных стратегий информационного сопровождения вакцинации в условиях цифровой трансформации общества и роста дезинформации. Рассматриваются ключевые направления, способствующие повышению охвата населения профилактическими прививками: таргетированные кампании, партнерство с медицинским сообществом, вовлечение общественных лидеров и блогеров, а также использование методов сторителлинга и визуальной коммуникации. **Результаты.** Подчеркивается значимость персонализированного подхода к различным аудиториям и важность формирования устойчивого доверия через диалог и междисциплинарное сотрудничество. **Выводы** статьи опираются на анализ зарубежного и российского опыта, нормативной базы и эмпирических данных, демонстрируя необходимость системной коммуникационной политики в сфере общественного здравоохранения.

Ключевые слова: вакцинация; информационная политика; таргетинг; медиа; доверие; сторителлинг

Для цитирования: Адамов Д.А. Стратегии информационного сопровождения вакцинации. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):121-128. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;121-128>

УДК 614.2:615.37
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;121-128>

Strategies for Information Support of Vaccination

Deni A. Adamov

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

Corresponding author, email: AdamovDA@zdrav.mos.ru

Abstract

Purpose. The article analyzes modern strategies for vaccination information support regarding society digital transformation and misinformation spreading. The author examines the key areas of increasing vaccination population coverage: targeted campaigns, medical community partnership, public leaders and bloggers involvement, methods of storytelling and visual communication usage. **Results.** The article emphasizes the necessity of a personalized approach to different groups and the importance of sustainable trust, dialogue and interdisciplinary collaboration. The conclusion is based on analyzing foreign and Russian experience, regulatory framework and empirical data, it demonstrates the need for a systematic communication policy in public health.

Keywords: vaccination; information policy; targeting; media; trust; storytelling

For citation: Adamov D.A. Strategies for Information Support of Vaccination. *City Healthcare*. 2025;6(2):121-128. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;121-128>

Введение

Вакцинопрофилактика остается одним из наиболее эффективных и социально значимых инструментов обеспечения общественного здоровья. Однако в современных условиях эффективность программ вакцинации в большей степени определяется не только доступностью медицинских препаратов и логистикой, но и качеством информационного сопровождения. Переход к цифровому обществу, рост информационной перегрузки, снижение доверия к институциональным источникам и распространение антивакцинных нарративов формируют новые вызовы, требующие переосмысления стратегий коммуникации между системой здравоохранения и населением.

Одним из ключевых факторов, определяющих успех вакцинационной кампании, становится способность донести научно обоснованные, этически выверенные и психологически релевантные месседжи, способные преодолеть тревожность, недоверие и сопротивление аудитории. Эффективная информационная политика требует использования разнообразных подходов – от партнерства с медицинским сообществом до вовлечения инфлюэнсеров и применения сторителлинга и визуальной коммуникации.

В условиях возрастающей медийной конкуренции государственные органы и учреждения здравоохранения сталкиваются с необходимостью внедрения комплексных, многоуровневых информационных стратегий, ориентированных на индивидуальные особенности целевых групп. Актуальность темы также обусловлена необходимостью выработки системных подходов к подготовке кадров, способных осуществлять коммуникацию в сфере профилактики с учетом новых цифровых реалий. Настоящая работа посвящена анализу и систематизации современных инструментов информационного сопровождения вакцинации в контексте цифровой трансформации и общественного доверия.

Методы исследования

В настоящем исследовании использован междисциплинарный подход, сочетающий методики из социологии медицины, коммуникационных наук, цифровых технологий и поведенческой психологии с целью анализа современных информационных стратегий в сфере вакцинопрофилактики. Применялись такие методы, как контент-анализ медиаматериалов и официальных коммуникационных кампаний, кейс-анализ стратегий в разных странах (включая Россию, Израиль, Турцию, США и Великобританию),

сравнительный анализ эффективности коммуникационных моделей, а также документальный анализ публикаций ВОЗ, Минздрава России, НИУ ВШЭ, Центра стратегических разработок и других источников. Были учтены результаты социологических опросов (в частности, данные ВЦИОМ) по вопросам доверия к вакцинации и каналам получения информации. Исследование проводилось поэтапно: сначала осуществлялся сбор и отбор релевантных источников, затем структурный анализ ключевых компонентов информационной политики (форматы, месседжи, каналы, стилистика), после чего обобщение результатов и формулировка выводов о наиболее эффективных инструментах информационного воздействия на различные целевые группы.

Результаты

В условиях цифровизации и растущего информационного шума задача донесения достоверных, убедительных и этически выверенных сообщений о важности вакцинации становится критически значимой. Мировая и отечественная практика демонстрирует, что наибольшей эффективностью обладают именно многоуровневые коммуникационные стратегии, сочетающие государственную поддержку, вовлечение профессионального сообщества и работу с локальными аудиториями.

Рассмотрим разнообразие стратегий информационного сопровождения вакцинационных кампаний.

1. Таргетированные информационные кампании. Таргетированные (целенаправленные) информационные кампании представляют собой ключевой инструмент повышения эффективности коммуникационной политики в сфере вакцинопрофилактики. В отличие от универсальных стратегий, основанных на принципе «один месседж для всех», таргетированный подход предполагает учет особенностей различных групп населения и создание дифференцированных информационных посланий, учитывающих возраст, пол, уровень образования, этнокультурную идентичность, религиозные убеждения, медицинскую и цифровую грамотность.

Принципы сегментации целевой аудитории

Возраст: информационные потребности молодежи и пожилых людей отличаются как по содержанию, так и по восприятию. Молодые люди чаще восприимчивы к визуальному, интерактивному контенту в социальных сетях, в то время как старшее поколение склонно доверять традиционным каналам: телевидению, радио, печатным изданиям.

Уровень образования и медиаграмотности: аудитория с низким уровнем образования чаще нуждается в простом и визуализированном объяснении, избегании медицинской терминологии. Люди с высоким уровнем образования предпочитают аргументированную, научно обоснованную информацию с подтвержденными ссылками.

Религиозные и этнокультурные особенности: в многонациональных и мультиконфессиональных сообществах необходимо учитывать отношение к вакцинации в религиозных традициях, предпочтение к авторитетам (например, муфтиям, раввинам, старейшинам), а также необходимость перевода материалов на родные языки.

Поведенческие и психологические установки: для людей с высоким уровнем тревожности подходят успокаивающие, эмпатийные сообщения. Для скептически настроенных – рациональные, фактологически выверенные аргументы.

Таргетированные кампании подразумевают не только изменение содержания посланий, но и выбор соответствующих каналов доставки информации.

– Социальные сети («ВКонтакте», TikTok и др.): эффективны для молодых родителей, студентов, активной городской аудитории.

– YouTube и видеохостинги: особенно результативны для форматов интервью с врачами, анимационных разъяснений.

– Мессенджеры (WhatsApp, Telegram): позволяют создавать комьюнити и оперативно распространять материалы.

– Печатные СМИ и радио: применимы в малых населенных пунктах и среди пожилого населения.

– Официальные сайты органов власти и поликлиник: сохраняют значимость как источники официальной информации.

Примеры таргетированных решений включают:

– использование историй реальных людей (сторителлинг): «я вакцинировался – и вот почему»;

– инфографику с краткими фактами (например: «5 мифов о вакцинации и почему это неправда»);

– персонифицированные баннеры: «Вы в группе риска – защити себя и близких»;

– визуализацию на уровне эмоций – изображение заботы, семейных ценностей, защищенного будущего ребенка.

Примером таргетированной стратегии может служить кампания по вакцинации от COVID-19 в США, где для афроамериканской и латиноамериканской аудиторий разрабатывались отдельные блоки коммуникации с участием уважаемых лидеров мнений, известных представителей культурных и религиозных общин, с учетом языковых и культурных особенностей.

В ряде регионов РФ уже ведется пилотное внедрение таргетированных кампаний, в частности

в республиках Северного Кавказа, где активно используются видеоматериалы на родном языке с участием религиозных деятелей. Однако системный подход к сегментации пока недостаточно развит: часто отсутствует анализ целевой аудитории и поведенческих факторов, не ведется мониторинг эффективности отдельных сообщений.

2. Партнерство с медицинским сообществом.

Медицинские работники – врачи, фельдшеры, медицинские сестры – играют ключевую роль в процессе формирования отношения граждан к вакцинации. Их профессиональный авторитет, личное участие, а также способность выстраивать доверительный диалог с пациентами оказывают прямое влияние на решение о прохождении профилактической прививки.

По данным ВОЗ (2020), личный врач является самым надежным источником информации о вакцинации в глазах пациента, превосходя по уровню доверия интернет-ресурсы, СМИ и даже государственные органы. Это особенно важно в условиях снижения доверия к формальным институциональным структурам и распространения дезинформации в цифровой среде. «Наиболее доверяемый источник информации о вакцинации – это личный врач» [1].

Исследования в России подтверждают этот вывод: согласно докладу НИУ ВШЭ [2], наличие устойчивого контакта между участковым терапевтом и пациентом повышает вероятность прохождения вакцинации на 30% по сравнению с теми, кто не имеет постоянного врача или не получает от него разъяснений по вопросам профилактики.

Основные направления эффективного партнерства с медицинским сообществом

2.1. Повышение коммуникационной компетентности врачей. Несмотря на высокий уровень клинической подготовки, у многих специалистов отсутствуют навыки ведения сложного диалога с пациентами, особенно когда речь идет о недоверии, страхах и ложной информации. Обучение врачей методам эффективной коммуникации включает:

– техники активного слушания;

– стратегии построения доверия;

– работу с возражениями (например, на тему побочных эффектов вакцин);

– нейтрализацию мифов и фейков без конфронтации.

Такие курсы особенно важны для участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики: именно они чаще всего выступают в роли первичных коммуникаторов в системе здравоохранения.

В отчете Европейского регионального бюро ВОЗ подчеркивается, что «разъяснительная работа врачей при личной встрече с пациентом – это наиболее эффективный способ влияния на прививочные решения» [3].

2.2. Разработка информационно-методических материалов для врачей. Медицинскому персоналу необходимы простые, но научно выверенные материалы, которые можно использовать в беседе с пациентом. Это могут быть:

- листовки с ответами на частые вопросы;
- инфографика о побочных эффектах;
- справочные таблицы о составе вакцин;
- гайды по рекомендациям для конкретных возрастных и социальных групп.

Так, например, британская медицинская ассоциация в сотрудничестве с NHS выпустила серию «разговорных карт» – карточек с аргументами, которые врач может использовать в диалоге с пациентом, отказывающимся от вакцинации.

2.3. Поддержка «врачей-лидеров мнений». Практика работы с профессиональными авторитетами – заведующими отделениями, преподавателями медицинских вузов, научными сотрудниками – позволяет формировать якоря доверия внутри профессионального сообщества. Эти лидеры мнений участвуют в образовательных сессиях, выступают в медиа, формируют культуру доказательной профилактики и задают тон коллегам.

2.4. Привлечение медицинских работников к участию в информационных кампаниях. Лицо врача на плакате, его видеообращение, комментарии в региональных новостях – все это создает эффект живой медицины, укрепляет эмоциональный контакт и снижает тревожность. Особую роль играют видеointервью, в которых врачи рассказывают о собственном опыте вакцинации или приводят истории пациентов.

В России значительная часть врачей не получает системной подготовки по информационной работе с населением в области иммунопрофилактики. Лишь в отдельных регионах реализуются программы ДПО (дополнительного профессионального образования) с модулями по коммуникации. Кроме того, многие специалисты испытывают трудности с навигацией по информационным ресурсам, что снижает их уверенность в разговоре с пациентами.

Можно сделать вывод, что партнерство с медицинским сообществом должно стать краеугольным камнем государственной стратегии по формированию прививочной культуры. Поддержка врачей, развитие их коммуникативной грамотности и включение в публичное поле – это не только эффективная мера по увеличению охвата вак-

цинацией, но и вклад в восстановление доверия к медицине в целом.

3. Вовлечение общественных лидеров и блогеров. Современная информационная среда, особенно в условиях цифровизации, характеризуется высоким уровнем децентрализации источников информации. Наряду с официальными структурами важную роль в формировании общественного мнения играют лидеры мнений (opinion leaders), или так называемые инфлюэнсеры – блогеры, публичные деятели, активисты, религиозные и культурные авторитеты. Их влияние обусловлено высокой степенью доверия со стороны аудитории, эмоциональной близостью и неформальным стилем коммуникации.

Вовлечение таких акторов в информационные кампании по вакцинопрофилактике позволяет:

- значительно расширить охват аудитории;
- обеспечить многоканальное и повторяющееся воздействие;
- повысить эмоциональную вовлеченность населения;
- адаптировать сложную медицинскую информацию к языку конкретных целевых групп.

«В эпоху цифровых медиа доверие к институциональной информации снижается, а личные рекомендации лидеров мнений приобретают силу аргумента», – отмечают исследователи [4].

Примером успешной практики можно назвать израильскую кампанию по вакцинации от COVID-19. Министерство здравоохранения Израиля активно использовало стратегию сотрудничества с общественными и религиозными лидерами. Были задействованы:

- уважаемые раввины в ортодоксальных общинах (через проповеди и обращения в YouTube);
- известные спортсмены и участники телешоу, которые в прямом эфире делали прививки;
- блогеры с высокой аудиторией, особенно ориентированные на молодежь.

Эффект был очевиден: охват вакцинацией более 85% взрослого населения двумя дозами за 3 мес., несмотря на внутренние барьеры, скепсис и религиозные особенности отдельных групп [5].

При этом механизмами эффективного вовлечения лидеров мнений являются следующие.

3.1. Селективный подход к выбору инфлюэнсеров

Для каждой социальной группы необходимы свои медиаторы:

- для молодежи: lifestyle-блогеры, видеоблогеры, тиктокеры;
- для родителей: мамы-блогеры, педиатры;
- для пожилых: ветераны, телеведущие, актеры;
- для этноконфессиональных групп: уважаемые представители духовенства и культурных сообществ.

Важно, чтобы инфлюэнсеры имели не только большую аудиторию, но и высокую вовлеченность (engagement rate), а также репутацию надежности и честности.

3.2. Формирование доверительной коммуникации

Блогеры не просто транслируют информацию, но и участвуют в диалоге: отвечают на комментарии, делятся историями, развенчивают фейки. Их сообщение воспринимается не как пропаганда, а как личная рекомендация, что критически важно для поколений, ориентированных на горизонтальные, а не вертикальные связи.

3.3. Поддержка со стороны государства и НКО.

Инфлюэнсерам предоставляются фактические материалы, консультации экспертов, готовые визуальные шаблоны и правовая поддержка. Это делает их участие более осознанным и точным, снижает риск распространения ошибочной информации даже при доброжелательном настрое.

3.4. Создание коллабораций и челленджей. Особенно эффективны вирусные форматы – хештеги, флешмобы, челленджи. Пример: в Казахстане был запущен #ПривейсяChallenge, в котором известные личности делали прививки и передавали эстафету другим. Это создавало эффект массового вовлечения и нормализации поведения.

Интеграция инфлюэнсеров и общественных лидеров в информационные кампании по вакцинации – это не просто современный тренд, а необходимость в условиях медийной конкуренции. Общественные фигуры становятся посредниками между системой здравоохранения и населением, особенно в тех сегментах, где уровень доверия к официальным источникам невысок. Эффективное партнерство с ними способно значительно повысить охват и восприятие профилактических прививок.

4. Развитие сторителлинга и визуальной коммуникации. Современные информационные стратегии в сфере вакцинации все чаще отходят от сухого, рационального информирования и делают акцент на эмоциональные, визуальные и нарративные форматы подачи. Такой сдвиг соответствует эволюции медиапотребления в цифровую эпоху и основывается на положительном опыте нарративной медицины (narrative medicine) – подхода, признающего важность человеческого опыта, личных историй и субъективных смыслов в сфере здравоохранения.

Сторителлинг (рассказывание историй) – это мощный коммуникационный инструмент, позволяющий:

- снизить тревожность и сопротивление;
- перевести абстрактные риски и выгоды в конкретные, эмоционально значимые образы;

- способствовать идентификации потребителя с героем истории;
- вызвать эмпатию и чувство сопричастности;
- усилить доверие к информации и к ее источнику.

Истории выздоровления после COVID-19, рассказы матерей о вакцинации своих детей, видео с врачами на рабочем месте, делящимися личным опытом прививок – все эти форматы не просто информируют, но вовлекают. Это особенно важно для групп, находящихся в состоянии неопределенности или тревоги по поводу прививок.

Концепция narrative medicine, разработанная Ритой Шарон, подчеркивает, что пациент – это не просто биологическая единица, но носитель жизненной истории, в которую должны быть встроены медицинские интервенции [6]. Применительно к вакцинации это означает необходимость:

- говорить на языке жизни, а не только на языке науки;
- строить диалог, а не транслировать директивы;
- интегрировать опыт, страхи и ценности целевой аудитории в коммуникационную стратегию.

Также следует упомянуть и визуализацию как катализатор доверия. Визуальная информация усваивается быстрее и легче, чем текстовая, особенно в условиях информационной перегрузки. Как отмечает К. Бетч, «визуальная коммуникация особенно важна для низкограмотных групп и молодежи: она упрощает сложное, не навязывая, а вовлекая» [7]. Использование инфографики, видеороликов, мемов, анимации повышает доступность и привлекательность сообщений о вакцинации. Особенно эффективно:

- сравнение рисков (вакцинация vs заболевание);
- разбор мифов в формате карточек;
- видеоролики с субтитрами и жестовой речью;
- анимация механизма действия вакцин.

Примеры успешного применения сторителлинга и визуализации

#VaccinesWork. Международная кампания с реальными историями семей и врачей, короткими видео и мемами, адаптированными под разные страны. Использовались шаблоны в TikTok с фокусом на эмоциональное восприятие.

Проект «Истории медиков». Сбор видеороликов с врачами, которые делились опытом работы в красной зоне и объясняли важность вакцинации. Эффект – значительное повышение вакцинации среди сотрудников предприятий, куда распространялся контент.

Вместе с тем существуют особенности применения нарративных практик в разных аудиториях. Для молодежи эффективны короткие форматы: Reels, TikTok, Stories, YouTube Shorts. Желательно использование блогеров, юмора и визуального языка мемов. Для родителей – реали-

стичные видеоролики с врачами и родителями, инфографика, отзывы в «мамских чатах». Для пожилых – печатные листовки с понятными схемами, сюжеты на ТВ, видео с известными врачами старшего поколения.

Также следует помнить, что нарратив может стать инструментом манипуляции, если используется без этической и научной проверки. Истории должны быть репрезентативны и не вызывать ложного чувства безопасности (например, «я не прививался и все равно не заболел»). Эффективность сторителлинга зависит от контекста и культурных кодов – нельзя применять один шаблон ко всем.

Интеграция сторителлинга и визуальных форматов в информационные кампании по вакцинации – это ответ на вызовы новой медиаральности. Такие стратегии способствуют снижению барьеров восприятия, увеличению доверия и укреплению связи между медицинским сообществом и населением. В условиях инфодемии именно история, а не лозунг становится ключом к сердцу и разуму человека.

В свете изменяющейся медиасреды и роста дезинформации ключевой задачей государственной политики в сфере вакцинопрофилактики становится формирование устойчивой, прозрачной и адресной коммуникационной инфраструктуры, ориентированной на долгосрочное доверие, а не ситуативное убеждение.

Развитие механизмов мониторинга, маркировки и опровержения ложной информации в интернете – один из приоритетов, обозначенных в стратегии ВОЗ по иммунопрофилактике. Это предполагает сотрудничество с IT-компаниями, алгоритмическую фильтрацию, работу с фактчекерами и создание порталов достоверной информации.

В России важным направлением может стать государственно-общественная экспертная платформа, которая бы обеспечивала оперативные комментарии и разъяснения на основе научного консенсуса.

Для формирования доверия необходимо активно использовать форматы видеороликов, подкастов, интервью и инфографики, публикуемые в популярных цифровых средах: YouTube, TikTok, VK, Telegram. Главное условие – аутентичность, ясность и эмоциональная выразительность, подкрепленные экспертным мнением.

В будущем особое значение приобретут механизмы интеллектуального таргетинга, которые позволят автоматически подбирать формат, тональность и содержание сообщения в зависи-

мости от цифрового профиля пользователя. Это возможно через внедрение CDP (Customer Data Platform) и систем CRM в структуру медицинских учреждений.

Создание междисциплинарной подготовки специалистов – на стыке медицины, социологии, психологии и цифровых коммуникаций – становится важной задачей. Эти специалисты должны уметь формировать стратегии кампаний, работать с негативом в сети, оценивать эффективность информационного воздействия и выстраивать партнерства с аудиторией.

Заключение

В эпоху цифровизации традиционные методы информирования населения о вакцинации уже не отвечают вызовам современной медиасреды. Необходим комплексный и адаптивный подход к формированию коммуникационной стратегии, учитывающий как технологические возможности, так и социокультурные особенности целевой аудитории. Эффективное информационное сопровождение должно быть основано на научной достоверности, персонализации, эмоциональной вовлеченности и активном партнерстве между государством, медицинским сообществом, экспертами и общественными лидерами.

В рамках настоящего исследования были выделены ключевые направления, доказавшие свою эффективность в различных контекстах: таргетированные информационные кампании, активное вовлечение медицинских работников, использование потенциала общественных лидеров и блогеров, развитие сторителлинга и визуальной коммуникации. Все эти инструменты демонстрируют высокую степень воздействия при условии их продуманной интеграции в общую стратегию общественного здравоохранения.

Информационная политика в сфере вакцинопрофилактики должна строиться на принципах открытости, диалога и устойчивого доверия. Для этого требуется не только модернизация подходов к распространению информации, но и создание новых профессиональных компетенций на стыке медицины и коммуникации. Только в этом случае можно обеспечить формирование сознательного отношения к вакцинации как к акту личной и общественной ответственности, а также минимизировать влияние дезинформации и повышенных рисков, связанных с отказами от прививок.

Список литературы

1. Brooks M., Scholes R. Trust and Vaccination Decisions: Empirical Evidence from Family Practice. *Health Communication Journal*. 2020;35(4):456-468.
2. Социальные практики вакцинации в России: барьеры и перспективы. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». М.: НИУ ВШЭ, 2023.
3. WHO. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Geneva: World Health Organization, 2022.
4. Katz M. Vaccine Confidence and the Power of Trust. Harvard School of Public Health, 2020. URL:<https://www.hsph.harvard.edu/news/features/vaccine-confidence/> (дата обращения: 12.12.2024).
5. Israel Ministry of Health. COVID-19 Vaccination Program Report. Jerusalem, 2021. URL:https://gov.il/en/departments/ministry_of_health (дата обращения: 12.01.2025).
6. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford: Oxford University Press, 2006.
7. Betsch C. Vaccine communication in the digital age. *BMJ Global Health*. 2020;5(2):e002275.

References

1. Brooks M., Scholes R. Trust and Vaccination Decisions: Empirical Evidence from Family Practice. *Health Communication Journal*. 2020;35(4):456-468.
2. Social vaccination practices in Russia: barriers and prospects. National Research University Higher School of Economics, Moscow: HSE, 2023.
3. WHO. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Geneva: World Health Organization, 2022.
4. Katz M. Vaccine Confidence and the Power of Trust. Harvard School of Public Health, 2020. URL:<https://www.hsph.harvard.edu/news/features/vaccine-confidence/> (Accessed 12.12.2024).
5. Israel Ministry of Health. COVID-19 Vaccination Program Report. Jerusalem, 2021. URL:https://gov.il/en/departments/ministry_of_health (Accessed 12.01.2025).
6. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford: Oxford University Press, 2006.
7. Betsch C. Vaccine communication in the digital age. *BMJ Global Health*. 2020;5(2):e002275.

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Адамов Дени Адамович – аспирант ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <http://orcid.org/0000-0002-1014-8549>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Адамов Дени Адамович
AdamovDA@zdrav.mos.ru

Статья поступила 23.01.2025
Принята к печати 29.04.2025
Опубликована 18.06.2025

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About author

Deni A. Adamov – Postgraduate Student, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <http://orcid.org/0000-0002-1014-8549>

The author read and approved the final manuscript.

Corresponding author

Deni A. Adamov
AdamovDA@zdrav.mos.ru

Received 23.01.2025
Accepted for publication 29.04.2025
Published 18.06.2025



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
**ЗДОРОВЬЕ
МЕГАПОЛИСА®**
CITY HEALTHCARE

МОСКВА
2025

