

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНЫХ НАУК



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

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

(23-24 апреля 2022 г.)

Труды конференции

Москва

2022

Труды 8-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (23-24 апреля 2021 г.; Москва) // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2022. – 163 с.

Под редакцией академического руководителя магистерской программы «Население и развитие» к.э.н. В.А. Козлова, руководителя магистерской программы «Социальные проекты в региональном управлении» к.соц.н. Р.Р. Шаяхметовой, доцента кафедры социологии и работы с молодежью Башкирского государственного университета.

Сборник научных трудов подготовлен по материалам, представленным в электронном виде, сохраняет авторскую редакцию, всю ответственность за содержание несут авторы

© Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2022

Proceedings of the 7th International Scientific and Practical Conference of Young Scientists, Students and Post-Graduate Students «Population, Public Health and Development» (April 23-24, 2022; Moscow) // National Research University «Higher School of Economics», 2022. - 163 p.

Edited by academic supervisor of the master's program «Population and Development» HSE, PhD in Economics V.A. Kozlov; academic supervisor of the master's program «Social Projects in Regional Development» BashSU, PhD in Sociology R.R. Shayakhmetova;.

© National Research University "Higher School of Economics",
2022

Оглавление/ Table of Content

Gladskikh M.A., Strelchenko A.A. The effect of occupation on the self-assessed health	5
Аллабердина А.З. Фриланс как нестандартная форма экономической активности современной молодежи.....	9
Астахова Е.В. Влияние COVID-19 в сфере креативной индустрии в современном мегаполисе	15
Баранов М.П. Оказание плановой медицинской помощи в г. Москве в период пандемии COVID-19.....	21
Воробьева А.В. Перспективы изучения профессионального эффективного долголетия у медицинских работников старшего трудоспособного возраста	25
Габбасова Э.М. Здоровый образ жизни – принцип молодого поколения	33
Галанова В.В., Сирожетдинова Е.О. Социально-экономическое положение России: взлет и падение ...	39
Гибадуллина Л.Н., Зарипов Т.Р. Современная социальная политика Российской Федерации.....	139
Губайдуллина Д.Ф., Губайдуллина Л.Ф. Тенденции в употреблении современной молодежью алкоголя и табачных изделий	62
Замятнина Е.С. Смертность, обусловленная алкоголем, в России в 2011-2020 гг.....	
Ошибка! Закладка не определена.	
Зарипов Т.Р., Гайсина Г.Ф., Зубкова Е.А. Состояние здоровья населения Российской Федерации	70
Зинина А.И. Современная эволюция политического участия натурализованных мигрантов в странах Западной Европы	
Ошибка! Закладка не определена.	
Коновалов И.Г. Система дополнительного образования	79

Кузнецов К.В. Особенности потребления алкоголя в зависимости от характеристик домохозяйства в России	85
Ларионова К.А., Козловская В.А., Андреева В.О. Современные демографические вызовы России	91
Леонова Д.В. Инклюзивное образование в социальной политике РФ: столкновение западного эталона и российской действительности	98
Максименко М.Р., Щур А.Е., Тимонин С.А. Пространственные особенности смертности населения в трудоспособном возрасте в России в 2001-2019 гг. ...	102
Матусь Н.В. Активный отдых как часть геобренда Калининградской области	106
Насырова А.А. Формирование культуры здоровья молодой семьи	108
Пескова Д.В. Пути улучшения организации первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации	116
Пичкурова Е.А. Влияние развивающих игр на здоровье детей	119
Сахаутдинов К.В. Повышение качества и доступности медицинских услуг и лекарственного обеспечения в Российской Федерации	128
Стужук Д.А. Реакция молодежи на обстоятельства COVID-19 и противоэпидемические меры	134
Фарманян К.Р., Талалин Д.С. Перспективы внедрения технологии блокчейн в системе здравоохранения	139
Ханиев А.А. Стоматологическое образование и проблемы трудоустройства врачей стоматологов. Новые реалии	148
Хохлов Ф.А. Развитие рынка орфанных препаратов Казахстана	151

Чубаров М.Ю. Избыточная смертность в российских регионах в период пандемии: роль экономических и политических факторов 157

The effect of occupation on the self-assessed health

Gladskikh Maxim Andreevich,

Strelchenko Anastasia Alekseevna

e-mail: magladskikh@edu.hse.ru , aastrelchenko@edu.hse.ru

Saint-Petersburg, Russia

National Research University Higher School of Economics

Nowadays there are no prescribed identical rules for all companies, however behind the scenes, first of all, a person is approved for a job occupation in accordance with education, abilities, experience. Nevertheless, it has been proven that the well-being of a person, his socio-economic status is also determined by the profession. [MacIntyre, 1997] Moreover, turning to the relevance of the research, it is very popular in today's firms to pay much attention to the level of employees' well-being and the result of this research may help employers to make more appropriate decisions towards increasing efficiency of the company. Thus, stated research question is "What is the effect of occupation on self-assessment of health in Russia?"

The main idea and purpose of this study is to identify the relationship between self-assessed health of employees and the rank of their occupation. The nature and strength of this relationship help future business leaders and other people on management positions to develop the most relevant decisions to increase the efficiency of companies. In the structure of modern commercial firms, everyone is focused on making a profit. Therefore, this study is even more

relevant for the nowadays business industries because the driving force of any company is its employees. The particular relevance of this study lies in the choice of dependent variables, because together the self-assessment of health and the number of identified chronic diseases show the most complete picture of a person's potential strengths and capabilities. It is impossible to draw a conclusion only through medical research, because factors such as stress, conflicts at work may not affect physiological indicators, but have a strong negative impact on efficiency.

After setting the goals, it is important to describe the research hypotheses. The main hypothesis is that we assume a negative influence of the occupation on self-assessed health, that is, with an increase in rank, due to the influence of additional factors, self-assessed health will deteriorate as well as the number of chronic diseases will increase due to the prevalence of a high level of stress, responsibility despite the greater prosperity [WHO, 2010].

It is important to note that Russia was chosen for the study from a territorial point of view due to the lack of such studies describing the impact of an employee's position on his personal assessment of his physical and moral condition. In addition, there are difficulties in finding employment in the Russian Federation among young professionals and staff turnover is quite high. [OECD, 2019] Additional point is that Russians are more susceptible to stress what negatively affects their health what was confirmed by the Ministry of Health Care of Russian Federation. [2006]. Various researchers conducted analyzes on wages and their impact on health, self-reported health and working conditions but no relationship was found between job level and self-assessment of health. [Кабалин, 2001].

In this study, the main strategy includes the analyzes of already collected data with the use of econometric analysis, logistic regressions, in STATA software. The analysis will be

based on data collected in 2012 and 2019. Two years are taken to compare the results and identify some trends towards change over time. In 2014 Russian Federation has faced a serious economic crisis what makes it irrelevant to examine data from 2014, but 2012 is a good and stable year for the research in terms of employment. [Abramov, 2014] The categorical variable of job occupation in accordance with the international standard classification of occupations [ISCO, 2017] will be used as an independent variable. The dependent variables will be: self-assessed health (good or bad), dummy variable and the number of diagnosed chronic diseases of the respondent. Different groups of control variables will be used to obtain the most reliable results.

When interpreting the obtained results, the most important conclusion for 2019 was that highly qualified specialists have worse self-assessed health than middle specialists. However, in the full regression with all control factors including spheres of work, the significance for the group of office and service workers and the unqualified workers disappeared. But in the very first regression with no controlling factors these groups had significant effect on self-assessed health. Thus, the significance disappears since there is selection by industry what is the main distinct factor of the Russian market. The same general result is confirmed when analyzing the effect on the number of chronic diseases. Getting high job occupation lead to decrease in the self-assessment of employees' health. With the same trend observed for 2012. In conclusion, larger workload, wider area of responsibility plays a more important role than recognition, respect and bigger income.

This study, conducted using Russian data (RLMS dataset) found the opposite results of a study conducted using US data, which found that self-assessed health improves with increasing prestige of the job. As this study shows, employees in higher positions in the company take on more

responsibility in work, which is likely to affect their health and, as a result, affect assessment of their health. Likewise, without control by the industries results are more similar to the results of the US researchers, but the factor that differs Russia is the fact that with a distinction towards industries only difference between highly qualification and middle qualification workers significantly affect self-assessed health. Over time, from 2012 to 2019, the workload for high qualification specialists increased in Russia because in the early years, health was better among unskilled specialists, service and office workers. At the same time, an interesting fact is that in public administration, in other words in the state structure, people assess their health better than when working in a private organization. In this case, companies can be more effective by carefully monitoring the level of employee satisfaction with their activities, because the profitability and efficiency of the entire enterprise directly depends on its employees. Moreover, this research can be applied to improve the performance of companies by researching and testing a person's willingness to move to a particular position of a different rank.

Литература

1. Abramov, A., (2014) "The difference in the behavior of domestic and foreign private investors in the Russian stock market." Russian economic developments, 11, 47–51.
2. National Research University "Higher School of Economics", OOO "Demoscope", "Russia Longitudinal Monitoring survey, RLMS-HSE"
3. The International Standard Classification of Occupations (ISCO), 2017.
4. MacIntyre, S. (1997). "The black report and beyond: what are the issues?" Social Science & Medicine, 44, 723e745.
5. OECD (2019), "Education at a Glance 2019: OECD Indicators" OECD Publishing.

6. WHO Statistical Information System (WHOSIS), (2010).

7. Кабалин В. (2001) Мобильности рабочей силы. Организационные, институциональные и социально-структурные факторы. Социологические исследования, т. 40(4), с. 27-42.

© Gladskikh M.A., Strelchenko A.A., 2022

Фриланс как нестандартная форма экономической активности современной молодежи

Аллабердина Альфида Зиннатовна

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавр направления «социология», 4 курс

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»

В российском научном сообществе активно обсуждаются вопросы занятости населения, в том числе нестандартной занятости. Постепенно накапливаются исследования, посвященные фрилансу как нестандартной модели занятости и изучению фрилансеров как особой социальной групп [2]. Все эти исследования в разной степени затрагивают вопросы, связанные с особенностями трудовых стратегий, карьеры, ценностей и неравенства фрилансеров, спецификой социального статуса фрилансеров как социальной группы в структуре не только рынка труда, но в обществе в целом [1].

А что такое фриланс? Фриланс – это вид занятости на рынке труда, характерными особенностями которого являются независимость выбора работы от кого-либо и низкая степень зависимости от работодателя [4]. С целью конкретизации и разграничения от других видов обратимся к рассмотрению определений данного понятия, наиболее часто встречающихся в научной литературе.

Первым, кто использовал понятие «фриланс», стал В. Скотт в своем романе «Айвенго» с целью описания средневековых наемных воинов, которые служили различным хозяевам за определенное вознаграждение. Изначально к фрилансерам относили только творческие виды деятельности, примером чего могла служить деятельность свободных художников или журналистов [7]. В современном же мире термин применяется в отношении независимых работников от работодателя.

Существенным отличием фриланса от других форм занятости являются преимущественная удаленность работы фрилансера, отсутствие официального трудоустройства и привязки к полученному образованию [14].

Как видим, в сложившихся подходах к определению фриланса подчеркиваются не только различные аспекты этого вида деятельности (мотивация обращения, длительность занятости, уровень и специфика образования), но и содержатся противоречивые, а подчас и взаимоисключающие выводы. Фриланс трактуется то как деятельность профессионалов, то как хобби. Фрилансерами являются либо высококвалифицированные специалисты, либо «любители-самоучки».

Существует понятие «фриланса» в узком и широком смысле. В узком смысле, «фриланс» -

деятельности высококвалифицированных профессионалов, преимущественно занятых в сфере информационных технологий в режиме удаленного доступа или самозанятости [5]. В широком смысле, «фриланс» - деятельность, отличительной чертой которой является независимость занятого от работодателя, сопровождающаяся гибким графиком и удаленностью работы, возможность регулирования заработка, постоянное повышение компетенций и самообразование [3].

Одни ученые относят фриланс к самозанятости, другие – к удаленной работе. Следует разграничить понятия друг от друга. Дж. Ниллес и Ф. Кинсман являются основоположниками концепции дистанционной занятости [13]. Они определяют телеработу как работу вне производственных помещений или места расположения работодателя с использованием современных средств коммуникаций. Удаленная работа предполагает организацию любых этапов деятельности через интернет, будь то поиск заказчиков, предоставление им заказа, переговоры относительно условий работы или оплата труда удаленного работника. Отличительной чертой удаленного работника являются условия работы [11]. Дистанционный занятый оформлен в штат организации, соответственно, имеет официально оформленный трудовой договор, регламентирующий условия работы: график, объем, пакет социальных гарантий. Тогда как фрилансер не имеет официального трудоустройства и, следовательно, каких-либо правил в организации своей трудовой деятельности.

Рассмотрим отличия и сходства понятий «фриланс» и «самозанятость». Федеральная налоговая служба считает самозанятыми физические лица, не являющиеся индивидуальными предпринимателями и оказывающие без привлечения наемных работников

услуги физическому лицу для личных, домашних и (или) иных подобных нужд [15].

Организация экономического сотрудничества и развития делит самозанятых на 4 группы [17]:

1. Индивидуальные предприниматели, не использующие наемных работников.
2. Предприниматели некорпоративного бизнеса, с наемным штатом сотрудников.
3. Члены производственных кооперативов.
4. Неоплачиваемые работники семейных предприятий.

В классификации МОТ непосредственно к самозанятым относят первые две категории. Фриланс можно рассматривать не только как социально-экономическое явление, форму занятости, но и как социально-культурный феномен, особый стиль жизни, обусловленный современными тенденциями изменения рыночной экономики [6]. Социологи анализируют культуру фриланса, акцентируя внимание на формировании сетевого общества, в котором огромную роль играют связи между субъектами рынка. Культура фриланса неразрывно связана с культурой доверия в рыночных отношениях. Виды доверия личное, позиционное, коммерческое, технологическое, институциональное, системное выделяет П. Штомпка [16]. Наибольший интерес с точки зрения фриланса вызывает позиционное доверие, в силу того, что автор понятия подразумевает доверие между работодателем и заказчиком, фрилансером и клиентами.

Фриланс как составляющая формы труда присутствует в работах К. Гарейса, Р. Кастеля, Т. Малоуна Д. Пинка. Их предположение о том, что «человека в организации» в скором времени заменит некий независимый свободный агент, или фрилансер [9].

Так, американский социолог Д. Пинк при анализе фриланса выявил основные ценности, определяющие культуру и стиль жизни фрилансеров [12]:

- свобода, то есть независимость от единого постоянного работодателя и рабочего места;
- достижение (целеустремленность фрилансеров быть востребованными, самореализация, достигнуть определенного уровня заработка);
- индивидуализм (уединенность во время работы, общение с клиентами «тет-а-тет»);
- доверие (возможность найти работу и выполнить ее, не волнуясь о трудовых издержках с работодателем).

Рассмотрим черты фриланса как особой культуры. Во-первых, это полизанятость: фрилансер выполняет такой объем работы, который ему необходим. Может выполнять сразу несколько проектов, возможно даже в разных сферах. То есть отсутствуют определенные рамки заработка, за счет чего фрилансер характеризуется некой рассудительностью в заработке и потреблении [8]. Тогда как работник по найму не имеет возможности обеспечить себя оптимальным потреблением. Во-вторых, занятый в сфере фриланса человек предоставляет на рынке труда свой собственный ресурс.

В современном обществе фриланс достаточно популярная нестандартная форма занятости молодежи.

Таким образом, достоинствами фриланса являются:

- возможность быть собой;
- возможность совмещать учебу и работу;
- разнообразные сообщества фрилансеров;
- формируется особый образ жизни фриланса. т.д.

Литература

1. Абдраисова Д.Ж., Байтенизов Д.Т., Азатбек Т.А., Валиева С.Н. Факторы развития рынка фриланса-услуг //

Экономика: стратегия и практика. 2021. Т. 16. № 4. С. 188-207.

2. Винокурова Н.А. Фриланс как новый тренд на рынке труда: типаж студента, желающего после окончания ВУЗа работать на фрилансе // В Книге: Стратегическое планирование и развитие предприятий. Материалы XXII Всероссийского симпозиума. Москва, 2021. С. 18-20.

3. Дрокина К.В. Фриланс на российском рынке труда: теоретические и методологические аспекты исследования // Экономика и предпринимательство. 2020. № 11(124). С. 946-950.

4. Дудина О. М. Социальный портрет молодых российских фрилансеров // Креативная экономика. 2018. № 9. С. 14-47

5. Еремина Н.В., Трубицина А.А. Фриланс как будущее развитие экономики // Деловой вестник предпринимателя. 2020. № 2 (2). С. 52-54.

6. Забелина О.В., Мирзабалаева Ф.И. Фриланс как новая гибкая форма самозанятости на российском рынке труда // Экономика труда. 2020. Т.7. № 4. С. 307-320.

7. Кошелев А.А. Перспективы развития фриланса в современном социуме: теоретико-методологический анализ // Тенденции развития науки и образования. 2020. № 62-7. С. 83-85.

8. Лопухин В.Ю. Инновационный фриланс: новая форма трудовой занятости или инновационный образ жизни? // Метеор-Сити. 2016. № 5. С. 7.

9. Малоун Т.У. Труд в новом столетии. Как новые формы бизнеса влияют на организации, стиль управления и вашу жизнь. М.: Олимп-бизнес, 2006. С. 272.

10. Маркс К. Экономико-философские рукописи 1844 года и другие ранние философские работы: Монография. М. Академический Проект, 2010. С. 325.

11. Отличия фриланса от удаленной работы [Электронный ресурс] // HR-портал. URL: <http://hr-portal.ru/blog>. Дата цитирования 10.03.2022.
12. Пинк Д. Нация свободных агентов: как новые независимые работники меняют жизнь Америки. М.: Секрет фирмы, 2005.
13. Стребков Д.О., Шевчук А.В., Спирина М.О. Развитие русскоязычного рынка удаленной работы, 2009– 2014 гг. (по результатам Переписи фрилансеров) / отв. ред. сер. В.В. Радаев; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экон.
14. Федулов В.И. Фриланс и удаленная занятость в условиях пандемии COVID-19 // Управленческий учет. 2021. № 5-1. С. 254-259.
15. ФНС России начала постановку на учет самозанятых граждан [Электронный ресурс] // Федеральная налоговая служба Российской Федерации. URL: <https://www.nalog.ru/rn77>
16. Штомпка П. Социология. Анализ современного общества. М., 2008.
17. Юдина Е.Н., Коноплин Ю.С. Фриланс как особый вид вторичной занятости студентов ВУЗов // ПОИСК: Политика. Обществознание. Искусство. Социология. Культура. 2020. № 6 (83). С. 52-60.

© Аллабердина А.З., 2022

Влияние COVID-19 в сфере креативной индустрии в современном мегаполисе

Астахова Екатерина Владимировна

E-mail: kataastahova52@gmail.com

г. Москва, МГУУ ПМ им Ю. М. Лужкова

Индустрия культуры и искусства стала одной из самых пострадавших сфер вследствие событий,

развернувшихся в 2019-2020 году, с началом пандемии COVID-19. По статистическим данным UNESCO, в мае 2020 года была прекращена работа объектов культуры практически на 86% по всему миру. За данный период Россия потеряла около 120-150 млрд. руб. в сфере культуры. Одной из причин таких серьезных изменений является введение ограничительных мер в местах культуры и отдыха, а также снижение экономической возможности населения.

Пандемия заставила искать новые формы организации культурного досуга граждан. В музеях, культурных и выставочных центрах, парках культуры и отдыха, театрах стали создаваться новые, а также дорабатываться уже имеющиеся социально-культурные проекты. Принимаемые управленческие решения стали более уникальными и продуманными как на региональном, так и на муниципальном уровне.

Для анализа влияния COVID-19 в сфере культуры нами было проведено социологическое исследование, результаты которого помогли отметить на вопрос: как изменилась востребованность проектов объектов культуры до, во время и после пандемии, а также какие форматы мероприятий стали наиболее востребованными. В ходе исследования было опрошено 94 человека, в первую социальную группу (n=68 человека) входит молодежь, в возрасте от 18 до 35 лет, а вторую (n=26 человека) составили лица старше 36 лет. Анкетирование проводилось с помощью онлайн платформы Google Form, для обработки данных применялись методы статистического и математического анализа с использованием средств данных персонального компьютера, а также были сделаны следующие выводы.

Пандемия COVID-19 не оказала сильного воздействия на отношение людей в сфере культуры и искусства, т.к. данный период позволил многим с

помощью творчества пережить негативные эмоции, отвлечься, а также саморазвиваться и спланировать свой дальнейший личностный и карьерный рост (рисунок 1).

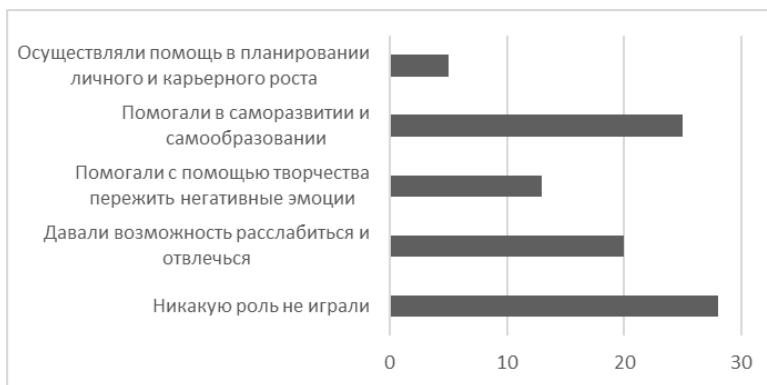


Рис. 1. Влияние культурных индустрий на жизнь граждан

После ослабления мер по защите от COVID-19 в общественных местах люди стали реже посещать объекты культуры. До начала пандемии многие ходили на культурно-массовые мероприятия несколько раз в течение месяца или же несколько раз в год. После снижения заболеваемости и возобновления работы культурной инфраструктуры, люди стали посещать данные пространства значительно меньше. Например, если до начала ковидных ограничений в социуме 92% посещало культурно-досуговые объекты хотя бы 1 раз в течение года, то после снятия таких мер данное количество человек снизилось до 87,2%. Однако немалый процент опрошиваемых продолжал посещать такие пространства и во время пандемии COVID-19. Так, около 8,5% людей смогли посещать их 1 раз в месяц, 16% несколько раз в течение 6 месяцев и 11,7% корреспондентов были в таких объектах несколько раз за 1 года.

Кроме того, можно отметить, что период пандемии позволил организациям создать и продвигать новые форматы мероприятий, а также разработать и реализовать новые проекты. 42,6% опрошенных принимало участие в культурно и научно познавательных онлайн-конференциях, 30,9% - смогло посетить музеи и спектакли в режиме онлайн, а 31,9% человек приобрело подписку на онлайн-кинотеатр (рисунок 2). Данный результат показывает нам, что многие организации продолжали работать в ограниченном режиме и развиваться с использованием онлайн-платформ. Кроме того, изучив результаты исследования, проводимые Агентством инноваций города Москвы, экспертами было отмечено, что одними из важных направлений цифровизации станут работа над новыми цифровыми продуктами, а также изучение целевой аудитории в рамках онлайн сферы.

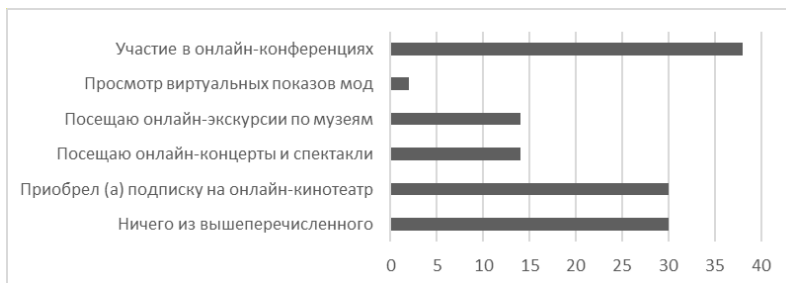


Рис. 2. Виды онлайн-досуга, которыми стали пользоваться люди во время пандемии

Помимо организации нового культурного досуга в режиме онлайн самими объектами культуры, органы государственной власти также старались поддерживать сферу креативной индустрии во время пандемии, а также продолжают это делать и в настоящее время. Одним из важных федеральных гуманитарно-просветительских

проектов стал портал «Культура РФ». Несмотря на то что данный проект развивается с 2013 года, лишь в 2020 году он получил высокую популярность, благодаря стриминговым показам спектаклей и культурно-массовых мероприятий. По статистическим данным, в том же году по итогу первого квартала данную площадку посетило около 20,5 млн. человек. По итогам нашего исследования данный проект оказался наиболее узнаваемым и посещаемым за период пандемии COVID-19 (34%), а также в рамках «Культуры РФ» было проведено множество онлайн-трансляций акций: «Библионочь», «Ночь искусств», «Ночь музеев», которые оказались самыми популярными среди опрашиваемых лиц (52,1%). Стоит также отметить, что по результатам экспертного интервью удалось узнать, что Правительство Москвы с начала 2022 года выделяет бюджетные средства на обеспечение медицинских и социальных работников бесплатными билетами на посещение учреждений культуры города. Тем самым показывая, что государство продолжает поддерживать сферу креативной индустрии и в настоящее время, поскольку значительно снизилась их посещаемость за период 2019-2021 года, а у граждан платежеспособность.

Таким образом, пандемия дала возможность для перехода культурной сферы в цифровое пространство. Новаторские идеи в сфере онлайн смогут вовлечь большую часть населения к проблемам культуры, тем самым выявляя у них широкие творческие способности, а также объединяя их в культурные сообщества. Несмотря на то, что посещаемость культурно-досуговых мест снизилась, креативные индустрии продолжали привлекать внимание граждан в дистанционном формате, улучшая эмоциональное состояние и расширяя их кругозор. Кроме того, Правительственные структуры и по сей день поддерживают данную сферу после выхода

из пандемии, а также стараются финансировать новые значимые проекты, которые позволят сделать культуру насыщеннее и масштабнее.

Литература

1. COVID-19: угрозы и вызовы для событийной индустрии в России. Результаты опроса участников рынка // Росконгресс: национальное конгресс-бюро URL: <https://roscongress.org/materials/covid-19-ugrozy-i-vyzovy-dlya-sobytiynoy-industrii-v-rossii-rezultaty-oprosa-uchastnikov-rynka/>
2. Как пандемия коронавируса повлияла на культурную жизнь России // Интернет-портал «Российской газеты» URL: <https://rg.ru/2020/05/26/kak-pandemiia-koronavirusa-povliiala-na-kulturnuiu-zhizn-rossii.htm>
3. Культура и креативные индустрии. Прогноз развития отрасли после COVID-19. // Агентство инноваций города Москвы. URL: <https://innoagency.ru/ru/analytics/>
4. Переход в онлайн и поиск новых форматов: каким был 2020 год в культуре // Mos.ru.: Официальный портал мэра и правительства Москвы URL: https://www.mos.ru/news/item/84969073/?onsite_molding=1
5. Переход в онлайн и поиск новых форматов: каким был 2020 год в культуре // Mos.ru.: Официальный портал мэра и правительства Москвы URL: https://www.mos.ru/news/item/84969073/?onsite_molding=1
6. Сергей Собянин рассказал о поддержке московской культуры в период пандемии // Mos.ru.: Официальный портал мэра и правительства Москвы URL: <https://www.mos.ru/mayor/themes/3299/7222050/>
7. Online Meeting of Ministers of Culture: Impact of the Covid-19 Pandemic on the Cultural Sector and the Public

Оказание плановой медицинской помощи в г. Москве в период пандемии COVID-19

Баранов Михаил Павлович

e-mail: zaikin.michail@yandex.ru,

г. Москва

С декабря 2019 г. новое заболевание коронавирусом (COVID-19) обрушилось на весь мир, в результате чего Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила его пандемией [1]. По состоянию на 1 декабря 2021 г. COVID-19 поразил более 262 млн. человек, число заболевших в России превысило 9 млн [2,3].

В связи с необходимостью организации оказания медицинской помощи большому числу пациентов с COVID-19, Минздравом России было принято решение по временному изменению действующих порядков организации оказания медицинской помощи. Первым документом, изменившим порядок оказания плановой медицинской помощи, стал Приказ Минздрава России от 19.03.2020 N 198н.

На основании данного приказа, руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и руководителям медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, было рекомендовано [4]:

- Приостановить проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризаций;

- Рассмотреть возможность переноса сроков оказания медицинской помощи в плановой форме, в том числе, в условиях дневного стационара.

Данный приказ не распространяется на медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, болезнями сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а также находящимся на заместительной почечной терапии.

На основании вышеуказанного Приказа Минздрава, 11 апреля 2020 года Департамент здравоохранения г. Москвы издал приказ № 389, в котором говорилось о запрете плановой госпитализации пациентов в городские стационары, госпитализация пациентов происходила исключительно по экстренным показаниям. [5]

Фактически, оказание плановой медицинской помощи в г. Москве в период с 11 апреля по 25 мая 2020 года было приостановлено (за исключением некоторых заболеваний).

25 мая 2020 г. Департаментом здравоохранения г. Москвы был утвержден приказ № 549, временный алгоритм плановой госпитализации пациентов [6].

С января 2021 года в России началась массовая вакцинация граждан против коронавирусной инфекции. Данные меры были направлены на создание коллективного иммунитета, что должно было способствовать снижению заболеваемости COVID-19. В связи с активной вакцинацией населения г. Москвы, а также ростом заболеваемости, 18.06.2021 года Департамент здравоохранения г. Москвы издал Приказ № 541. [7]

Суть данного приказа заключается в том, что плановая госпитализация взрослого населения в стационары государственной системы здравоохранения г. Москвы допускается только при наличии сертификата

о вакцинации против новой коронавирусной инфекции, либо при наличии медицинского отвода от вакцинации. Исключением в данном приказе является: «плановая госпитализация пациентов с онкологическими и гематологическими заболеваниями для проведения противоопухолевого лечения, а также госпитализации для оказания паллиативной помощи».

Разработке данного приказа способствовало увеличение заболеваемости в стационарах г. Москвы. Например, за 17 июня 2021 года почти 200 человек, проходивших плановое лечение в городских стационарах, были переведены в ковидные отделения [8].

Положительным действием принятого приказа является снижение заболеваемости коронавирусом в стационаре, в свою очередь, среди отрицательных последствий, можно выделить обострение хронических заболеваний у пациентов и увеличение экстренных госпитализаций, подделка сертификатов о вакцинации, снижение доступности медицинской помощи и, возможно, увеличение смертности.

Таким образом, в период пандемии COVID-19 на плановую госпитализацию могут претендовать только пациенты, имеющие сертификат о вакцинации против коронавирусной инфекции, переболевшие менее полугода назад, либо имеющие противопоказания к вакцинации.

На основании проанализированного материала, можно сделать вывод, принятые меры оказались эффективными в снижении уровня распространения коронавирусной инфекции.

Литература

1. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed.* 2020;91(1):157-160. Published 2020 Mar 19. doi:10.23750/abm.v91i1.9397.

2. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2020;41(2):145- 151. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.
3. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) - China, 2020. China CDC Wkly. 2020;2(8):113-122.
4. Приказ Минздрава России от 19.03.2020 N 198н (ред. от 27.03.2020) "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19".
5. Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 11.04.2020 г. N 389 «Об организации медицинской помощи в стационарных учреждениях города Москвы, в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».
6. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 25.05.2020 года № 549 «Об утверждении временного алгоритма плановой госпитализации пациентов в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы в период заболеваемости населения коронавирусной инфекцией COVID-19».
7. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18 июня 2021 г. N 541 "О плановой госпитализации взрослого населения в стационарные медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы в период повышенной заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19".

8. Официальный сайт Департамента здравоохранения г. Москвы: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/5712.html>.

© Баранов М.П., 2022

Перспективы изучения профессионального эффективного долголетия у медицинских работников старшего трудоспособного возраста

Воробьева Анна Владимировна

аспирант 2 года

e-mail: Vorobievaanna2010@yandex.ru

Москва, ФГБНУ Национальный НИИ общественного здоровья имени Семашко

Одновременно с увеличением продолжительности жизни в большинстве стран мира, в том числе и в России, растет доля людей старших возрастных групп в населении. Одной из областей деятельности, где высока доля работников старшего возраста, является медицина. На данный момент в Российской Федерации к категории старшего трудоспособного возраста относится каждый пятый врач; в США – каждый четвертый.

Профессиональная эффективная деятельность медицинских работников требует высокого уровня образования, длительного времени освоения теоретических и практических аспектов предмета, характеризуется большими интеллектуальными нагрузками и имеет высокую социальную, практическую, экономическую значимость. С одной стороны, пролонгация профессиональной деятельности предполагает увеличение доли опытных специалистов, с другой – количества пожилых людей, обремененных

старческими болезнями, в том числе, расстройством памяти. Врач, как и любой человек, подвержен влиянию инволютивных процессов, которые затрагивают, в первую очередь, функции высшей нервной деятельности, сердечно-сосудистую и пищеварительную систему, а также опорно-двигательный аппарат. Все это определяет важность сохранения трудового потенциала медицинских работников старших возрастных групп.

Цель исследования: определить влияние возрастного фактора на уровень профессиональных врачебных компетенций.

Материалы и методы: опрошены 188 врачей Москвы и Московской области методом анонимного очного анкетированного опроса, в том числе, анкетные данные (возраст, пол), блок профессиональных данных (специальность, категория, стаж, врачебная нагрузка), учебный блок (ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации, тематическое усовершенствование, дополнительное медицинское образование), информационное обеспечение (используемые источники медицинской информации), блок оценки профессиональных компетенций, блок оценки когнитивных функций.

Возраст респондентов 56% - старше 50 лет (рис.1)

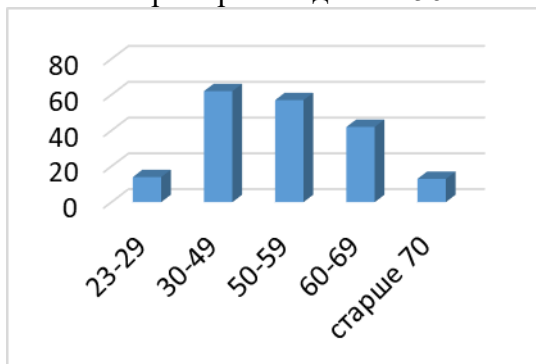


Рис. 1 Возраст респондентов.

Большая часть опрошенных - врачи-терапевты (89 человек) и врачи общей практики (53 специалиста) (табл.1).

Специальность	Количество (чел.)
Врач-терапевт	89
Врач общей практики	53
Врач-кардиолог	3
Врач функциональной диагностики	4
Врач-невролог	31
Врач-физиотерапевт	2
Врач-педиатр	3
Врач-гастроэнтеролог	2
Врач-биофизик	1

Таблица 1. Распределение респондентов по специальностям.

Чаще всего врачебный стаж респондентов находился в пределах от 21 до 30 лет (57% случаев) (рис.2).

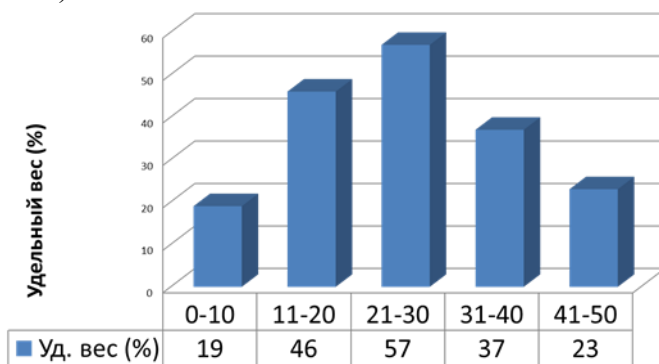


Рисунок 2. Медицинский стаж респондентов.

В качестве проверки уровня профессиональных компетенций оценивались знания респондентов показаний и противопоказаний, а также лекарственного

взаимодействия, наиболее часто применяемого респондентом лекарственного препарата (Приоритетное лекарство). Ответы респондентов сравнивались с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата (источник – актуальный реестр лекарственных средств Российской Федерации) и оценивались как точные, ложноположительные и ложноотрицательные (рис. 3, рис. 4, рис. 5).

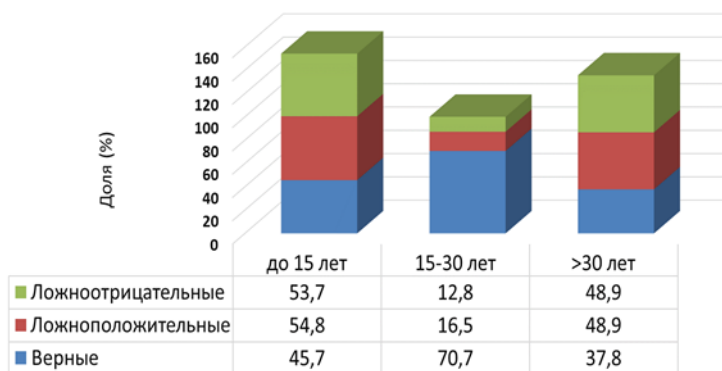


Рисунок 3. Осведомленность врачей с различным стажем относительно показаний Приоритетного лекарства.

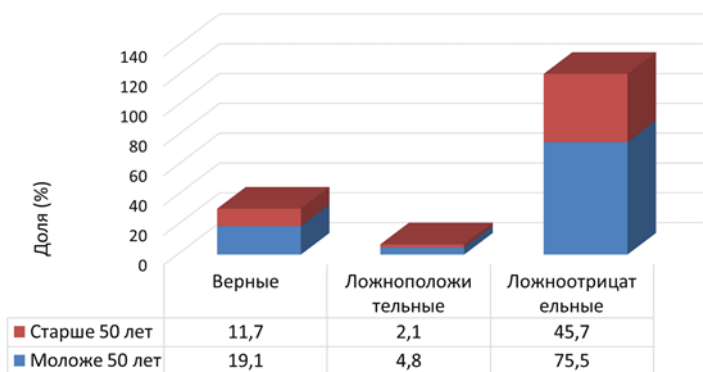


Рисунок 4. Осведомленность врачей разного возраста относительно противопоказаний Приоритетного лекарства.

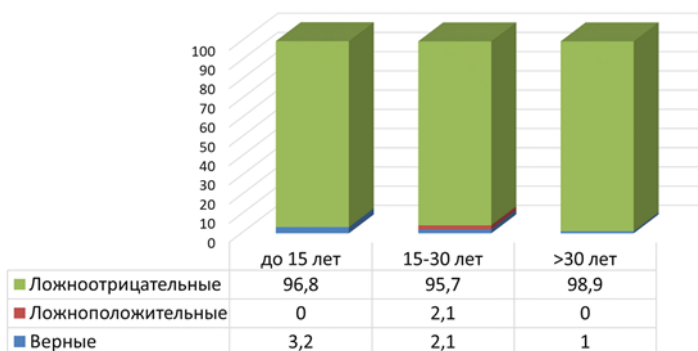


Рисунок 5. Осведомленность врачей разного стажа относительно лекарственного взаимодействия Приоритетного лекарства.

Наилучшая осведомленность (70,7%) относительно показаний Приоритетного лекарства наблюдалась в группе с медицинским стажем от 15 до 30 лет, в то время как в группе со стажем более 30 лет количество точных ответов снижалось до 37,8% (рис.3). Доля ложноотрицательных и ложноположительных ответов в группе врачей с максимальным стажем профессиональной деятельности, наоборот увеличивалась, что косвенно свидетельствует о возрастном снижении уровня профессиональных компетенций (рис.3).

Врачи старших возрастных групп хуже осведомлены и относительно противопоказаний Приоритетного лекарства. При этом количество ложноотрицательных и ложноположительных ответов в старших возрастных группах существенно снижается (рис.4)

Самая низкая осведомленность врачей (в большинстве случаев - менее 3%) отмечается относительно лекарственного взаимодействия Приоритетного лекарства. Количество ложноотрицательных ответов достигает наивысшего значения (95,7-98,9%) и приблизительно одинаково во всех группах (рис. 5).

Профессиональная грамотность во многом зависит от знания нормативных документов. Данную позицию оценили по знанию сорок первой статьи Конституции РФ, регламентирующей организацию медицинской помощи в стране, 323 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также порядка оказания медицинской помощи, нормативов коечного фонда и амбулаторного приема по профилю респондента.

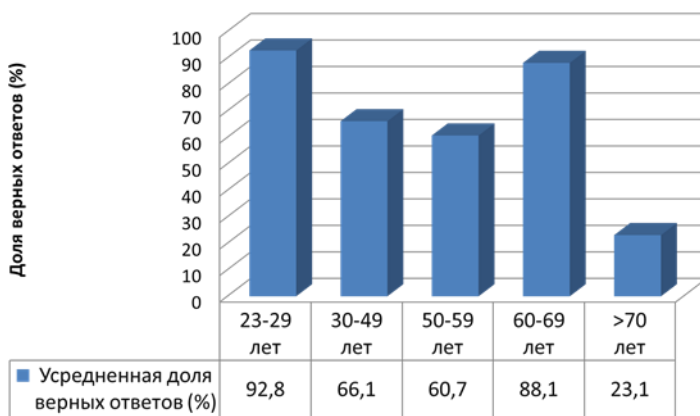


Рисунок 6. Знание нормативных документов.

Наилучшее знание нормативных документов наблюдалось у врачей возрастных групп 23-29 и 60-69 лет, наихудшее – в группе старше 70 лет (рис.).

Выводы. Наблюдается низкая осведомленность врачей относительно показаний, противопоказаний и лекарственного взаимодействия лекарственных препаратов, что косвенно свидетельствует о недостаточном уровне врачебных компетенций.

2. Отмечается тенденция к возрастному снижению уровня профессиональных компетенций и результативности назначаемого лечения.

3. Выявляется тенденция к возрастному увеличению доли когнитивных расстройств среди врачей.

Исходя из полученных данных предлагается комплекс мер - оригинальные технологии здоровьесбережения и повышения квалификации: трансформация методического обеспечения врачебной деятельности на основе внедрения экспертных систем, снижение когнитивной нагрузки на врачей пенсионного и предпенсионного возраста путем монопрофильной переквалификации, тотальная постановка врачей с выявленными хроническими заболеваниями, начиная с 50 лет, на диспансерный учет. В качестве альтернативы рутинным формам обучения предлагается технология «лечебной учебы», основанной на параллельном прохождении курсантами ежегодного диспансерного обследования и лечебно-реабилитационного курса в соответствии с персональным профилем morbidity в условиях многопрофильного стационара – регионального гериатрического центра. В обязательный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий должен входить когнитивный тренинг и стабилизация системной гемодинамики.

Литература

1. Доброхлеб В.Г. Ресурсный потенциал пожилого населения России. / В.Г. Доброхлеб // Социологические исследования. – 2008. – Вып. 8. – С.55-61.

2. Дудко Т.Л. Обоснование гигиенических и реабилитационных мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у работников умственного труда / Т.Л. Дудко // Автореферат дисс. канд. мед.наук. - Москва. - 2004. – 28 с.
3. Кайрова Ю.В., Кулигина М.В., Кайров А.А. К вопросу об оценке значимости факторов риска нарушения здоровья работников умственного труда / Ю.В. Кайрова [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – Вып. 1. – С.19-20.
4. Капустина А.В., Юшкова Ю.И., Матюхин В.В., Калинина С.А., Ониани Х.Т. Системный подход в оценке напряженности труда и умственной работоспособности / А.В. Капустина [и др.] // Вестник ТвГУ. - Серия «Биология и экология», - 2016. – Вып.1. С.23-33.
5. Матюхин В.В., Юшкова О.И., Порошенко А.С., Калинина С.А., Ониани Х.Т. Профилактика нервно-эмоционального перенапряжения при умственных видах деятельности / В.В. Матюхин [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Вып.90(4). – С.521-525.
6. Иванов А.В., Петручук О.Е., Щепин В.О. Совершенствование профилактических мероприятий по укреплению здоровья врачей муниципальных учреждений: Монография – Воронеж, 2005, 224с.
7. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. – Москва, Персэ, 2012, 224с.
8. Парфенов Ю.А. Патогенез функционального состояния динамического рассогласования при профессиональном выгорании у врачей-специалистов молодого, среднего и пожилого возраста / Ю.А. Парфенов // Фундаментальные исследования. – 2012. – Вып. 8. С.387-391.

© Воробьева А.В., 2022

Здоровый образ жизни – принцип молодого поколения

Габбасова Элина Марселевна

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавры направления «организация работы
молодежью» 3 курс,

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с
молодежью

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
университет»

Здоровье всегда считалось высшим достоинством, которое является важной основой для активной творческой жизни и благополучия человека [1]. Условия жизни и профессиональной деятельности предъявляют исключительно высокие требования к состоянию здоровья, психической устойчивости и физическому развитию, поскольку эффективность всех сфер жизни полностью обусловлена благополучием [2].

Здоровье человека - это явление индивидуального существования [3]. Здоровье - понятие сложное, зависит от взаимодействия многих сложных факторов физического и психического, социального и индивидуального порядка.

Здоровый образ жизни предстает как специфическая форма целесообразной деятельности человека - деятельность, направленная на сохранение, укрепление, а также улучшение здоровья [12].

Актуальность здорового образа жизни обусловлена увеличением и изменением характера

нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

Элементы здорового образа жизни [6]:

- ☐ воспитание полезных привычек и навыков с раннего детства;
- ☐ окружающая среда: безопасная и благоприятная для проживания, знания о влиянии негативных факторов на здоровье;
- ☐ отказ от курения, употребления наркотиков и алкоголя;
- ☐ здоровое питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям человека, осведомленность о качестве потребляемых продуктов;
- ☐ движения: физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения, с учетом возраста и физиологических особенностей;
- ☐ личная, общественная гигиена: свод правил, соблюдение и выполнение которых способствует сохранению, укреплению здоровья, владению навыками оказания первой медицинской помощи.

На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает психоэмоциональное самоощущение человека. Поэтому некоторые авторы также выделяют следующие аспекты здорового образа жизни [7]:

- ☐ Эмоциональное благополучие: психогигиеничность, способность справляться с собственными проблемами, чувствами;
- ☐ Интеллектуальное благополучие: способность человека усваивать и использовать информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах;

□ Духовное благополучие: способность ставить действительно значимые, разумные цели, стремиться к ним и достигать их.

Здоровый образ жизни характеризуется ориентацией, которая выражается в том, какие ценности он порождает, удовлетворяются ли социальные потребности, что он дает для развития самой личности. Противоречия возникают между нынешним образом жизни и порожденной им системой личных отношений, в процессе разрешения которых происходит перестройка, развитие и совершенствование образа жизни, системы отношений в нем. Важно не только то, как живет молодой человек, но и то, чем он гордится и с чем борется. Таким образом, здоровый образ жизни приобретает оценочное и нормативное понятие.

Здоровый образ жизни во многом зависит от ценностных ориентаций человека, его мировоззрения, социального и нравственного опыта. Социальные нормы и ценности здорового образа жизни воспринимаются молодежью как лично значимые, но они не всегда совпадают с ценностями, выработанными общественным сознанием [4].

В процессе накопления человеком социального опыта возможна дисгармония когнитивно-научных и житейских знаний, психологических, социально-психологических, функциональных процессов. Такое несоответствие может привести к формированию антисоциальных черт личности [11].

Необходимо обеспечить сознательный выбор социальных ценностей здорового образа жизни и сформировать на их основе устойчивую, индивидуальную систему, способную обеспечить саморегуляцию личности, мотивацию его поведения и деятельности [5].

В настоящее время поставлены задачи воспитания и развития мотивации к здоровому образу жизни детей и молодежи. Ориентация на здоровый образ жизни способствует на [8]:

- развитие личности в целом;
- обогащение профессиональной культуры;
- увеличение функциональных возможностей отдельных личностных качеств, в том числе профессионально значимых;
- расширение творческие возможности для самореализации в преподавательской и дальнейшей профессиональной деятельности, в формировании здоровья молодежи.

Формирование здорового образа жизни невозможно без мотивации. Под мотивацией понимают система психологически разнородных факторов, определяющих поведение и деятельность человека [9].

Показатели формирования мотивации к здоровому образу жизни [10]:

- ☐ необходимость получения знаний о здоровье и здоровом образе жизни;
- ☐ осознание социальной значимости здоровья и здорового образа жизни;
- ☐ потребность в самореализации в области здорового образа жизни;
- ☐ сознательные, целенаправленные действия на благо здоровья;
- ☐ организация двигательной активности;
- ☐ способность к самоорганизации и мобилизации сил для принятия правильных решений, способствующих сохранению здоровья;
- ☐ эмоциональная стабильность;
- ☐ умение аргументировать свою позицию по отношению к проблемам здорового образа жизни, отстаивать ее;

□ высокий уровень заинтересованности, степень соответствия действий и поступков требованиям здорового образа жизни;

□ готовность овладеть навыками и умениями ведения здорового образа жизни.

Итак, здоровый образ жизни является качественной предпосылкой для будущей самореализации молодёжи, их активного долголетия.

Литература

1. Gaisina L.M., Shayakhmetova R.R., Mingazetdinova R.F., Minakov I.P., Shakirova E.V., Rakhimkulova L.A. Social responsibility during the COVID-19 pandemic (the republic of Bashkortostan) // Laplage em Revista. 2021. Т. 7. № 3А. С. 226-234.

2. Shayakhmetova R.R., Sadretdinova E.V., Sunarchina M.M., Sadykova R.R. Values of self-preserving behavior in the system of value orientations of modern Russian youth // Nuances: estudos sobre Educação. 2020. Т. 31. № 1. С. 193-221.

3. Афанасьева Ю.В. Учение о здоровье человека. Составляющие здоровья человека // в сборнике: XII Международный молодежный форум "Образование. Наука. Производство". Материалы форума. Белгород, 2020. С. 3240-3244.

4. Афонюшкин О.С. Теоретические аспекты модели формирования здорового образа жизни у молодежи // Молодой ученый. 2013. № 12 (59). С. 399-400.

5. Васильков П.С., Лавренев В.Н. Здоровый образ жизни – важная ценность субъектов учебно-воспитательного процесса // в сборнике: Практическая подготовка специалистов в условиях университетского образования: состояние, проблемы, перспективы. Материалы международной научно-практической конференции. Редколлегия: Н.А. Ракова [и др.]. 2008. С. 216-217.

6. Зобкова Е.В. Триединство элементов здорового образа жизни, определяющего качество жизни человека // в сборнике: Триединство здоровья нации, качества жизни и гармоничного общества как основа устойчивого развития России в XXI веке. Материалы международного конгресса. 2014. С. 217-226.
7. Киреева М.В., Власова Т.А. Здоровый образ жизни как аспект сохранения психосоматического благополучия современной молодежи // Сборник научных трудов SWorld. 2013. Т.20. № 2. С. 82-84.
8. Марандыкина О.В. Здоровый образ жизни как социальный феномен, способствующий развитию сильного государства // в сборнике: Актуальные вопросы физического воспитания молодежи и студенческого спорта. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции. Ответственный редактор С.С. Павленкович. 2019. С. 162-166.
9. Панина П.О. Мотивация, связь мотивации и воли // в сборнике: научно-методические и социальные аспекты психологии и педагогики. Сборник статей международной научно-практической конференции: в 2 частях. 2017. С. 73-74.
10. Потапчик Е.Г. Экономические механизмы мотивации граждан к следованию здоровому образу жизни // Профилактическая медицина. 2019. Т. 22. № 2. С. 32-37.
11. Рустамов А.Ш. Некоторые аспекты формирования здорового образа жизни // Культурная жизнь Юга России. 2007. № 4 (23). С. 26.
12. Федоров В.В. К вопросу о взаимодействии категорий «здоровье», «здоровый образ жизни», «культура здорового образа жизни» // Современный ученый. 2019. № 3. С. 174-180.

© Габбасова Э.М., 2022

Социально-экономическое положение России: взлет и падение

**Галанова Валерия Вадимовна,
Сирожетдинова Елизавета Олеговна**

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавр направления «социология» 3 курс,

Научный руководитель:

Хазипова С.Р.

лаборант-исследователь «Научная лаборатория
социальных и демографических исследований»

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
университет»

Уровень экономической стабильности влияет на конкурентную позицию государства, что является одним из важнейших критериев оценки эффективности социально-экономического развития страны и ее благосостояния. Высокие показатели экономической динамики являются базой для обеспечения социальной сферы, роста доходов населения, уровня и качества его жизни. Анализ информации международных рейтинговых агентств поможет ориентировать государственную политику на стабилизацию социально-экономической сферы, найти пути преодоления кризисных явлений в экономике России, особенно во время пандемии Covid-19. Социальные изменения в обществе усугубляли процесс расслоения населения, происходило увеличение доли доходов богатейших слоев российских граждан и сокращение совокупности доходов остальных частей населения [6].

Криз в 1990 по 2000 годы затронул все сферы российского общества. Наблюдалась глубокая экономическая депрессия. Финансовый кризис августа 1998 года устранил дисбалансы, накопившиеся с 1995 года. С 2000 началось возрождение российской экономики. Последние двадцать лет - это годы глубокой реконструкции и трансформации экономики. Российская экономика сегодня крепка, хотя все старые проблемы еще не исчезли, и появились новые проблемы.

Глубокий трансформационный кризис 1990-х годов сделал саму страну получателем международной поддержки, поэтому о собственной помощи в целях развития в прежнем объеме не думали ни в Кремле, ни в представительном населении. Еще до распада СССР, но усилившись после этого, Москва стала получателем весомых двусторонних и многосторонних согласованных пакетов помощи. Россия возглавлялась Комитетом содействия развитию (КСР) ОЭСР в качестве получателя официальной помощи в период с 1990 по 2005 год и получила в этих рамках около 12 миллиардов долларов.

В настоящее время Россия находится на этапе так называемого «послекризисного развития». Эти слова, помимо буквального значения, имеют более глубокий смысл, потому что в ходе прошедшего кризиса сложились условия, которые до сих пор определяют наше развитие [7]. Политизация экономики, особенно на международном уровне, становится главной особенностью нынешнего этапа развития (а также продолжающегося кризиса). Рынки все больше подчиняются законам политики, а не законам экономики. Нынешний кризис привел к растущей нестабильности мировых рынков, которые в настоящее время функционируют значительно иначе, чем в последние несколько десятилетий. С 2014 года на экономическое

развитие России оказывают сильное влияние внешние потрясения. К ним относятся изменение цен на нефть и другие товары российского экспорта, а также санкции (в первую очередь финансовые и технологические). Важно отметить, что проблема заключается не только в том, насколько сильно упали цены, что периодически происходило в течение последних нескольких десятилетий, но и в скорости их снижения. В 2015 году цены на нефть упали примерно вдвое за полгода, что является беспрецедентным в современной экономической истории. Однако основным фактором низких темпов экономического развития являются структурные проблемы российской экономики, которые были вызваны двумя пересекающимися факторами – глобальным кризисом и исчерпанием модели экономического роста 2000-х годов. Существенное снижение темпов роста началось задолго до снижения цен на нефть и введения санкций в отношении России.

Американские экономисты П. Редуэй и Д. Глински в книге «Трагедия российских реформ» пишут: «В период Второй мировой войны валовой внутренний продукт в СССР сократился на 24%, в период Великой депрессии в США ВВП сократился на 30,5%, в период с 1992 по 1998 гг. ВВП в России сократился на 44%, а промышленное производство уменьшилось на 56%» [1]. Концепция политики развития прямо выступает за широкую общественную кампанию и стремится вовлечь в свою деятельность, как науку, так и гражданское общество, и частный сектор. Сотрудничество в сфере науки активно развивалось, так Московский государственный институт международных отношений (МГИМО) с рядом правительственных исследовательских организаций. Среди академических институтов активно проявил себя в международном

сотрудничестве Институт мировой экономики и международных отношений (ИМЕМО).

Важнейшим гарантом устойчивого развития является так называемая новая экономика, которая формируется на стыке пятого и шестого технологических укладов, основанных на электронике, компьютерных и космических технологиях, биотехнологиях, новейших источниках энергии, телекоммуникациях. В основном это отрасли с высокой удельной массой нематериального, человеческого капитала: информационные и коммуникационные технологии, образование, наука и интеллектуальные услуги (консалтинг) [2]. Возможно, благодаря экономическому благоустройству 2000-х годов, установлению стабильности в социальной ситуации, даже нестабильной, а также благодаря националистическому дискурсу, который вдохновляет народ. Трансформация была процессом перераспределения, который в корне изменил соотношение социальных сил. Сопереживание демократическим нормам открыло новым группам доступ к власти и переход к рыночной экономике с приватизацией государственной собственности и либерализацией цен, а также движением капитала создало ряд возможностей для обогащения. Молодые экономические реформаторы в среде Ельцина не только приняли это, но и увидели в появлении имущего слоя гарантию от возвращения к политической системе советского периода. Как показывают данные, большинство населения России восприняло переход к рынку и демократии как ухудшение собственной жизненной ситуации. При этом доля людей, чьи доходы были ниже прожиточного минимума, была пугающе высока. Несмотря на то, что результаты различных исследований по этому вопросу существенно отличаются от результатов, следует предположить, что в середине

1990-х годов доля населения, доходы которого не достигли прожиточного минимума, составляла 30-40%. Однако Государственное статистическое управление подозревало, что, по крайней мере, треть затронутых лиц могла получить дополнительный доход, так что на самом деле только около 20% были непосредственно под угрозой существования. Но в 1996 году это было более 30 миллионов российских граждан. Это число снова значительно увеличилось во время финансового кризиса 1998 года, но затем неуклонно снижалось с улучшением экономической ситуации с 2000 года.

Бедность была явлением трансформации, которое угрожало значительной части населения. Однако не все группы были затронуты одинаково. Наиболее сложной была ситуация для стариков и инвалидов [8]. Пенсионеры, например, попали в острую беду в начале 1990-х годов. Во многих случаях у них не было средств, необходимых для достаточного питания или оплаты надлежащей медицинской помощи. Тем не менее, вовремя гиперинфляции первых лет трансформации и финансового кризиса 1998 года среднестатистическим гражданам также приходилось бороться за обеспечение своего существования. Только экономический подъем, который произошел в годы Путина после роста цен на энергоносители, снова стабилизировал ситуацию и сократил число нуждающихся. О том, как изменилось положение населения после 2001 года, можно судить по результатам опроса Центра Левады. Согласно данным, почти четверти населения все еще приходилось беспокоиться о голом выживании в мае 2001 года, еще 42%, хотя им не угрожало их непосредственное существование, не хватало средств для адекватного удовлетворения своих жизненных потребностей. В течение последующих лет положение заметно улучшилось. В 2008 году доля тех, кто должен был

бороться за «хлеб насущный», упала до 12%, а тех, кто, хотя и мог достаточно питаться, должен был отложить все остальные потребности до 31% [4]. Но цифры также показывают, что к концу второго срока президента РФ почти половина населения все еще была вынуждена считать себя бедной, по общему мнению, несмотря на то, что непосредственная чрезвычайная ситуация была чрезмерной.

У Российской Федерации все еще есть потенциал войти в число ведущих экономик мира. Санкции, безусловно, способны затормозить экономическое развитие страны и способны замедлить рост важнейших показателей, однако основным источником всех проблем по-прежнему остаются внутренние экономические проблемы России. Представленные сегодня государственные программы не способны решить проблему структурных и системных реформ в экономике [8]. Поэтому все негативные тенденции будут по-прежнему оказывать влияние не только на российскую экономику в целом, но и на социальную и экономическую жизнь. Необходимо разработать государственную антикризисную стратегию, которая была бы эффективной и прозрачной, необходимо начать реализацию эффективных антикризисных мер, выявить резервы и направить их на активизацию инвестиционной и деловой активности в экономике. Чтобы удовлетворить национальный спрос, повестка дня должна укрепить сельскохозяйственный сектор и поддержать развитие высокотехнологичной, инновационной промышленности, включая исследовательские программы в приоритетных областях.

Базой для новой концепции устойчивого экономического развития является широкий учет факторов окружающей среды. Важность учета экологического фактора предопределяет выполнение

обязательных экологических требований, которые должны быть установлены в законодательных и нормативных документах, направленных на обеспечение рационального природопользования, охраны окружающей среды, защиты здоровья человека и генетического фонда [5]. Необходимо улучшить инвестиционный климат в стране, включая условия кредитования для смежных проектов, малых и средних предприятий, стартапов и основных российских брендов, которые обслуживают отечественную экономику. Важно снизить инфляцию до запланированного уровня, а также процентные ставки, установленные Центральным банком, до их докризисных параметров. Эти меры позволят российской экономике снизить зависимость от нефтегазовых доходов, а в будущем - от импорта высокотехнологичной и инновационной продукции. Это создаст условия для роста ВВП и приведет к выходу страны из экономического кризиса. Предыдущие исследования показывают, что Россия обладает инновационным потенциалом для самоподдержки, особенно благодаря новым проектам, поддерживаемым государством, таким как Инновационный центр «Сколково». Эти технопарки и специальные зоны оказывают значительное экономическое влияние на регионы, поддерживая начинающий бизнес, научно-исследовательские проекты, инновационные технические решения и, что не в последнюю очередь, привлекая иностранные инвестиции. Существует необходимость создания миллионов высокопроизводительных рабочих мест за счет эффективной модернизации производственных мощностей, а также поддержки сектора малого и среднего бизнеса, который является основой национальной экономики. Развитие малых и средних предприятий и возможность частных

предпринимательских инициатив имеют важное значение для успешного развития страны. В экономическом анализе санкционной проблемы, по нашему мнению, необходимо учитывать эластичность спроса и предложения по различным факторам внешнеторговых операций, в частности, эластичность переключения на импортозамещение по отраслям экономики (эффекты специализации и роста, замены и дохода) [3].

Проблемы, связанные с социально-экономическим положением РФ связаны с различным уровнем жизни в регионах. В России сохраняется возрастная, образовательная, гендерная дискриминация, что способствует формированию неравенства и блокирует создание социальных связей. Изменения должны реализовываться комплексно и целенаправленно, для сокращения неравенства в РФ нужно создать условия, когда будет исключаться феномен социальной эксклюзии. В условиях трансформации общества и перехода развитых стран к «вложениям капитала в людей» нельзя говорить о том, что неравенство непобедимо, но для этого государство должно обеспечить равный доступ к общественным благам. Географическое и связанное с ним экономическое, социальное неравенство, которое обсуждалось ранее, означает, что любой лидер, будь то демократический или авторитарный, должен использовать государство для перераспределения от богатых к бедным регионам, по крайней мере, достаточно, чтобы предотвратить беспорядки или даже сепаратистские вызовы. Учитывая затянувшиеся травмы 1990-х годов, признается высокий спрос на социальное страхование и ответственную макроэкономическую политику.

Возвращаясь к нынешней ситуации, действия современной российской бюрократической системы подпитывают кризис. Складывается ощущение, что предлагаемые правительством меры по стимулированию экономики не направлены на достижение поставленной цели. Более пристальный взгляд на отчетные заседания российского правительства показывает, что чиновники не умеют или не хотят решать даже незначительные тактические вопросы. Они пытаются переложить ответственность на кого-то другого и оправдывают задержки необходимостью многочисленных межведомственных согласований.

Экономическое неравенство в России, скорее всего, останется достаточно высоким. Экономические последствия этого будут зависеть от того, как будут развиваться представления об этом неравенстве. Если государство станет более эффективным в обеспечении широких возможностей для всех и обеспечив страхование для тех, кто потерпит неудачу, избежав при этом разрушительной экономической турбулентности, тогда россияне, скорее всего, согласятся на сосуществование мультимиллиардеров и нищих, как это делает большинство их американских коллег. Однако, нынешнее сочетание кланового капитализма с коррумпированным и неэффективным государством вряд ли останется стабильным, поскольку страна продолжает модернизацию.

Литература

1. Алиева, А. В. Социально-экономическое положение России в период реформ / А. В. Алиева // Экономический вестник Ростовского государственного университета. 2008. Т. 6. № 4-2. С. 65.
2. Григорян А. Л. На пути к «новой экономике»: концепции инновационного развития России // Государство и общество. М., 2005. С. 82–85.

3. Дмитриева, Н. И. Экономические санкции как инструмент политического давления / Н. И. Дмитриева // Государственное управление. Электронный вестник. 2015. № 52. С. 133.
4. Левада Центр. Режим доступа: <https://www.levada.ru/2001/06/04/obshhestvennoe-mnenie-v-mae-2001-goda/> (дата обращения 15.03.2022)
5. Мудрецов А.Ф., Тулупов А.С., Прудникова А.А. Социально-экономическое развитие России. Региональные проблемы преобразования экономики. Экономика и бизнес. 2017. С. 6.
6. Никонец, О. Е. Социально-экономическое положение населения России по уровню доходов: оценка развития среднего класса // Вестник НГИЭИ. 2019. № 1(92). С. 117.
7. Социально-экономическое положение России и перспективы // Эффективное антикризисное управление. 2013. № 6(81). С. 22.
8. Шаяхметова Р.Р. Совершенствование государственного управления внешнеэкономической деятельностью / в сборнике: Современные исследования основных направлений гуманитарных и естественных наук. Сборник научных трудов международной научно-теоретической конференции. Под редакцией И.Т. Насретдинова. 2017. С. 232-236.

© Галанова В.В., Сирожетдинова Е.О., 2022

Современная социальная политика Российской Федерации

Гибадуллина Линара Наилевна,

Зарипов Тимур Рамилевич

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавры направления «социология» 3 курс,

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

г. Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»

Процесс глобализации в настоящее время затрагивает все страны мира и Россия не исключение. Актуализируются проблемы обеспечения достойного уровня жизни населения разных стран мира [15]. Развитие нашей страны должен быть направлен на сочетание экономического роста с повышением занятости, преодоление бедности, высоким уровнем социальной защиты и внедрение политики социального вовлечения. Для достижения этой цели используются специальные программы финансирования, которая направлена на решение социальных проблем и проблем занятости [4]. Для России чрезвычайно важным является исследование основ внедрения и реализации европейской социальной модели [20].

Российская Федерация должна идти в «ногу со временем» и отвечать современным вызовам. Так пандемия коронавируса запустила процесс модернизации социальной политики РФ. В 2021 году было выдвинуто предложение по внедрению социального казначейства в российскую практику. Данная программа предполагает предоставление гражданам государственных и муниципальных услуг в дистанционном круглосуточном режиме, на постоянной основе [16].

Российское правительство внедряет в социальную политику практику использования цифровых технологий. Этот процесс вызывает множество противоречий. С другой стороны, социальная политика Российской Федерации в период пандемии коронавируса

укрепилась и теперь направлена на решение конкретных социальных проблем. Также необходимо учитывать исторический опыт решения вопросов активного участия общественности в управлении государственными делами, создания соответствующих межрегиональных, межведомственных советов с участием представителей гражданского общества [2].

При реализации социальной политики важное место отводится проблемам гендерной справедливости, охраны здоровья и безопасности труда, трудового законодательства, социальной защиты, создание условий для занятости людей из неблагополучных групп и людей с ограниченными возможностями. Социальная политика должна также являться важным инструментом уменьшения диспропорций регионального развития, что, в свою очередь, влияет на структуру распределения средств через программы финансирования социальной сферы [9].

Создание новой системы социального обеспечения и отказ от системы, унаследованной от советских времен, были частью приоритетных экономических и социальных реформ, начатых в начале 90-х годов, целью которых было заменить старую систему, которая была универсальным механизмом, основанным на логике помощи и в рамках которой актуарная связь между предоставленными пособиями и выплачиваемыми взносами, была слабой, системой страхования. Миграция в Россию из бывших советских республик началась в начале 1990-х годов. Большинство мигрантов - мужчины, одинокие или женатые (женатые обычно оставляют свои семьи дома). По мере увеличения числа мигрантов женщины также присоединялись к потоку мигрантов [1]. Государственные органы начали с принятия законодательства, предусматривающего страхование от социальных и профессиональных рисков.

Важным этапом реформы стало создание внебюджетных фондов, в частности Пенсионного фонда Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и его региональных агентств, Фонда занятости и Фонда социального страхования Российской Федерации. В настоящее время эти фонды находятся под опекой Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального обеспечения, которые отвечают за разработку социальной политики и принятие нормативных актов в области здравоохранения, труда, социальных действий и защиты прав потребителей [4].

Реформа привела к введению обязательного пенсионного страхования, обязательного медицинского страхования, страхования по безработице и страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Большинство из 145,4 миллиона жителей России в настоящее время охвачено схемами социального страхования: 43,3 миллиона пенсионеров охвачены системой пенсионного страхования, более 146,3 миллиона человек получают обязательное медицинское страхование, а все трудоспособное население, насчитывающее почти 72,4 миллиона человек, охвачено другими видами планов социального страхования [12]. Однако некоторые категории населения, особенно трудящиеся-мигранты и лица, занятые в неформальном секторе, столкнулись с сокращением или ухудшением их социальной защиты.

Эффективность социальной политики измеряется мнением людей – справедливо ли устроено общество, в котором мы живем [11]. Национальная система социального обеспечения состоит из системы социального страхования и механизмов, не предоставляющих взносов. Система социального страхования сама по себе имеет обязательную и

необязательную составляющие. Механизмы, не предоставляющие взносы, финансируются из государственного бюджета на всех уровнях управления. С 2001 года план страхования по безработице был заменен системой защиты от безработицы без взносов, финансируемой из федерального бюджета. Пенсионный фонд Российской Федерации управляет системой страхования по старости, инвалидности и смерти и выплачивает некоторые другие пособия (социальные пенсии, пенсии по выслуге лет, материнский капитал и т.д.) [18]. Фонд социального страхования управляет подразделениями по болезни (денежные пособия), материнству, производственным травмам и профессиональным заболеваниям [17]. Фонд обязательного медицинского страхования управляет выплатами по медицинскому страхованию натурой [19]. Пособия, предоставляемые этими фондами, финансируются за счет социальных взносов, выплачиваемых работодателями, и при необходимости дополняются ассигнованиями из федерального бюджета для обеспечения их финансовой стабильности.

Страховая пенсия включает в себя единовременную базовую составляющую, предоставляемую при выходе на пенсию всем гражданам, имеющим право на определенный срок уплаты взносов, независимо от уровня их заработной платы [6]. В 2022 году минимальный срок внесения взносов составляет 13 лет (федеральный закон № 400-ФЗ). Сумма базового компонента, определяемая государством, переоценивается и индексируется через регулярные промежутки времени. По состоянию на 1 января 2022 года он составляет 6 564,31 руб. в месяц [6]. С 1 января 2015 года размер основного единовременного компонента модулируется в зависимости от продолжительности страхового периода. Если страховой

стаж превышает 30 лет для мужчин и 25 лет для женщин, базовая сумма увеличивается на 6 процентов в год, превышая этот порог. С другой стороны, если страховой период меньше, базовая сумма уменьшается на 3% в год до 30 лет для мужчин и до 25 лет для женщин [6]. Он дополнительно распространяется на пенсионеров в возрасте от 80 лет и старше, а также на инвалидов I категории, пенсионеров из районов Крайнего Севера и смежных провинций, а также пенсионеров, на попечении которых находятся нетрудоспособные члены семьи [6].

Опираясь на ретроспективу скажем, что в начале 1990-х годов Россия столкнулась с целым рядом социальных проблем, связанных с проблемами институциональных и экономических преобразований. Во всех секторах социального обеспечения резко сократились расходы, в то время как старая советская универсальная система социального обеспечения превратилась в модель, основанную на социальном страховании [10]. За короткий промежуток времени Россия превратилась из централизованно управляемой универсалистской системы в систему остаточного социального обеспечения.

Социальное обеспечение уже давно играет роль бедных родителей в реализации политики в области развития. Международные учреждения, отвечающие за проведение такой политики, уделяют основное внимание экономическому росту, который, как считается, способен только повысить уровень жизни населения и бороться с нищетой. Но с 1990-х годов социальное обеспечение вернулось к размышлениям о развитии, став новым приоритетом для стран Юга. Сегодня многие страны с формирующимся рынком проводят эффективную социальную политику в надежде догнать уровень жизни развитых стран. Выражение "человеческое развитие" стало обязательным для обозначения этого радикального

сдвига парадигмы по сравнению со старыми теориями. В России тема социального обеспечения также вернулась на первое место в повестке дня. Хотя в начале 1990-х годов, во времена первых системных реформ в России, социальная политика в целом не была приоритетной для правительства, разочарование в связи с социальными последствиями этих реформ вновь включило эту тему в политическую повестку дня. Воодушевленные восстановлением экономики и ростом бюджетных поступлений в связи с резким ростом цен на сырьевые товары, власти с начала тысячелетия значительно укрепили государство всеобщего благосостояния в России, что привело к продолжающемуся росту государственных социальных расходов. С тех пор этот политический волюнтаризм неоднократно подтверждался. Глобальная стратегия развития на следующие несколько лет, принятая в 2008 году под названием «Стратегия до 2020 года», предусматривает продолжение этого пути, чтобы сделать Россию мировой державой с точки зрения экономического и социального развития.

Молодёжь является активным участником происходящих в стране преобразований. Использование её потенциала в интересах создания гражданского общества является основным механизмом политической социализации [7]. Многие показатели свидетельствуют об экономическом восстановлении России. В 2010 и 2011 годах, темпы роста ВВП превысили 4%. Уровень безработицы в смысле МОТ вернулся к докризисному уровню и составил 5,3% от общего числа работающих. Инфляция под контролем. В целом с начала тысячелетия уровень жизни россиян значительно вырос. По данным Всемирного банка, в период с 2001 по 2011 год ВВП России на душу населения вырос на 62% [13]. Несмотря на кризис 2008-2009 годов, располагаемый доход

домохозяйств продолжал расти. За двадцать лет количество квадратных метров на человека выросло более чем на треть. Государственные финансы находятся в хорошем состоянии, государственный долг составляет около 10% ВВП, что является одним из самых низких в мире. Эти хорошие экономические условия позволили двум структурным фондам пополнить свои резервы до 8,5% ВВП. Тем не менее, прогресс, которого необходимо достичь для достижения уровня жизни в западных странах, остается значительным. Хотя за последнее десятилетие доля населения с доходами ниже черты бедности сократилась вдвое, социальная актуальность проблемы сохраняется. По данным Росстата, число бедных людей даже увеличилось в 2011 году, и сегодня почти 16 миллионов россиян живут с доходом ниже черты бедности, или 150 евро в месяц (6510 рублей). Что касается показателей человеческого развития, то за последние двадцать лет они практически не улучшились и по-прежнему очень далеки от западных стандартов. По данным ПРООН, Россия набрала 0,816 балла по индексу развития человеческого потенциала (ИЧР), что заняло 55-е место в мире [14].

Одним из приоритетных направлений социальной политики в РФ является улучшение демографической ситуации в стране [8]. Несмотря на снижение уровня бедности, социально-экономическое неравенство в России остается очень высоким, и до сих пор не было проявлено никакой политической воли к решению этой проблемы. По данным Росстата, коэффициент Джини денежного дохода с 2007 года составлял 0,42, в то время как на самый богатый квартиль приходилось около 47% этого дохода по сравнению с 5% для самого бедного квартиля [12]. Результаты обследований бюджетов домашних хозяйств также показывают, что сильная дифференциация личных доходов сопровождается еще

большей дифференциацией расходов на медицинские и образовательные услуги. Причины такого роста неравенства особенно хорошо документированы. Большинство аналитиков сходятся во мнении, что уровень социального неравенства в стране потенциально опасен. Таким образом, эта ситуация создает серьезные проблемы для политических действий, одной из целей которых является поддержание социальной сплоченности. Как свидетельствует отрицательная корреляция между неравенством и ростом, она также может служить будущему экономическому развитию России. Вот почему сейчас, как никогда ранее, представляется необходимым принять надлежащие меры для снижения этого уровня неравенства.

Среди ограничений, непосредственно влияющих на развитие системы социального обеспечения, особое значение имеет число правопреемников. Как и в западных странах, демографическая структура России характеризуется тенденцией к старению, что является следствием низкой рождаемости, наблюдаемой с начала 1990-х годов. Недавнее повышение ожидаемой продолжительности жизни только усиливает эти демографические изменения, которые повлияют как на систему здравоохранения из-за растущих потребностей стареющего населения, так и на пенсионную систему. Прогнозы показывают, что в отсутствие изменений в текущей политике финансовое положение Пенсионного фонда будет постепенно ухудшаться. При условии сохранения текущего уровня замещения в ближайшие несколько лет расходы на пенсию, как ожидается, увеличатся с 9% ВВП в 2010 году до 12% в 2030 году и 16% в 2050 году [15]. Масштабы этого ожидаемого увеличения контрастируют с ожидаемыми тенденциями в других европейских странах из-за воздействия проведенных там реформ

Здесь важно упомянуть об одном из самых пагубных последствий неравноправной структуры для экономического роста, а именно о недостаточном внутреннем спросе. Сокращение неравенства может способствовать экономическому росту за счет более высокого общего спроса на отечественные товары. Этот фактор потенциально важен для нынешней России. Действительно, известно, что люди с высокими доходами чаще всего предпочитают покупать импортные товары по более высоким ценам. Правительство России пока не предприняло никаких реальных социальных мер, которые могли бы способствовать снижению неравенства. Напротив, большая часть государственной политики, скорее, направлена на то, чтобы усилить это неравенство. Сегодня нет никаких сомнений в том, что нынешняя налоговая политика наносит ущерб беднейшим слоям населения.

Социальная политика может быть инструментом экономического развития, сохраняя при этом свою внутреннюю цель защиты и справедливости [5]. Среди богатых стран наилучшие показатели экономического развития и социальной сплоченности имеют одну общую черту: крупное государство всеобщего благосостояния, которое инвестирует в здравоохранение и образование и поощряет своих граждан быть активными, в то же время защищая их в достаточной степени от социальных рисков. В России концепция социального обеспечения вступила в фазу, которая отличается от неолиберального подхода, характерного для первых лет переходного периода. Этот поворот на 180 градусов, вызванный притоком ресурсов от сырьевой промышленности, позволил России восстановить уровень социальных показателей, более соответствующий ее рангу великой державы [21].

Эти трудности, с которыми России придется столкнуться в будущем, потребуют арбитража и трудного выбора. До сих пор нехватка природных ресурсов не привела к реиндустриализации России. Таким образом, модель аннуитета показала свои ограничения, что требует диверсификации экономики для восстановления. Только такая диверсификация может вернуть России значительную финансовую свободу и вернуть ее на путь высокого роста. В то же время разработка политической повестки дня в области развития человеческого потенциала должна сделать это возможным. В конечном счете, диверсификация экономики и развитие человеческого потенциала являются двумя сторонами одной и той же цели. Многие авторы показали, что ни одна страна не может встать на путь добродетельного роста, отдавая исключительный приоритет экономическому росту, и что необходимо уделять равноценное приоритетное внимание развитию человеческого потенциала. Почти во всех странах, которые добились успеха в содействии развитию человеческого потенциала, значительная часть их общих расходов приходится на образование и здравоохранение. В настоящее время, несмотря на кризисные условия, обусловленные введением санкций и общим упадком экономики в результате падения цен на нефть, существует широкий диапазон всевозможных действий по развитию социальной сферы в современной России как со стороны государства, так и со стороны благотворительных организаций и различных фондов [3].

Исходя из вышесказанного, представляется необходимым увеличить расходы на государственные услуги в области здравоохранения и образования в России, включая заработную плату лиц, занятых в этих отраслях, которые все еще слишком низки. Диверсификация экономики и развитие человеческого

потенциала, по-видимому, являются стратегией, выбранной российскими властями на период до 2030 года. Остается вопрос, будут ли эти усилия достаточно целенаправленными и постоянными, чтобы позволить России преодолеть множество препятствий, стоящих на ее пути.

Литература

1. Khaykhadaeva, O. D. Migration and social policy in Russia / O. D. Khaykhadaeva // Бизнес-образование в экономике знаний. – 2021. – No 3(20). – P. 58.
2. Shitova, T. V. Social policy of modern Russia / T. V. Shitova // Евразийский юридический журнал. – 2021. – No 2(153). – P. 67.
3. Актуальные проблемы социальной политики Германии, США, Китая и России / И. В. Самойлов, В. А. Стешенко, И. О. Александров, В. В. Белик // Актуальные проблемы и современные тенденции социально-экономического развития региона и страны: Сборник научных трудов по итогам Международной научно-практической конференции, Саратов, 13 апреля 2017 года. – Саратов: Саратовский социально-экономический институт (филиал) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова", 2018. – С. 134.
4. Бушкевич Н.С. О целесообразности создания государственного целевого внебюджетного фонда возмещения вреда потерпевшим // Предварительное расследование. 2018. № 2 (4). С.82-86.
5. Гайнутдинов И.Г., Хисматуллин М.М., Субаева А.К., Михайлова Л.В. //Реализация социальной политики в рамках концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации / В сборнике: Актуальные проблемы государственного и муниципального управления в условиях цифровой

трансформации экономики. Материалы I Всероссийской (национальной) научно-практической конференции, посвященной 60-летию института экономики. Казань. 2021. С. 53-64.

6. Гусакова Ю.С., Мерзликина И.В. Правовая характеристика страховых пенсий //Уральский научный вестник. 2018. Т.11. № 1. С. 97-99.

7. Крестов, А. Д. Государственная молодёжная политика как фактор социально-политической активности молодёжи в современной России / А. Д. Крестов, Е. П. Галкина // Молодежь, устремленная в будущее: проблемы, интересы, перспективы: Сборник научных трудов Всероссийской научной конференции, Ульяновск, 29–30 октября 2018 года. – Ульяновск: Ульяновский государственный технический университет, 2018. – С. 152.

8. Матохина, Н. А. Анализ рынка труда и социальной политики в России / Н. А. Матохина, Т. А. Тушева // Актуальные вопросы экономического развития регионов: сборник материалов IV Всероссийской заочной научно-практической конференции, Волгоград, 19 мая 2015 года. – Волгоград: Волгоградский государственный технический университет, 2015. – С. 7.

9. Осадчая Г.И. Социальное государство и социальная политика // Социальная политика и социология. 2003. № 4. С. 24-29.

10. Пепеляева А.В. Управление системой здравоохранения региона как один из инструментов обеспечения инновационного развития регионального социально-экономической системы // Инновационное развитие экономики: тенденции и перспективы. 2016. Т.1. С.365-378.

11. Путин, В. В. Строительство справедливости. Социальная политика для России / В. В. Путин // Вестник Российской нации. – 2012. – № 2-3(22-23). – С. 35.

12. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13397?print=1> // Дата обращения 13.03.2022.
13. Режим доступа: <https://www.ilo.org/global/lang-en/index.htm> // Дата обращения 13.03.2022.
14. Режим доступа: <https://www.undp.org/> // Дата обращения 13.03.2022.
15. Сальникова Е.Б., Гринева М.Н. Минимизация угроз экономической безопасности в целях устойчивого развития АПК // В сборнике: Организационно-экономические и финансовые аспекты развития АПК. Материалы национальной научно-практической конференции, посвященной 70-летию экономического факультета Воронежского государственного аграрного университета имени императора Петра I . Воронеж, 2021. С. 454-461.
16. Социальная политика и ее основные направления в Российской Федерации / И. М. Блохина, М. А. Дрофа, Д. А. Задорожный, А. А. Заремук // Вестник Академии знаний. – 2021. – № 3(44). – С. 260. – DOI 10.24412/2304-6139-2022-11251.
17. Стонаженко И.В. Пособия и выплаты по государственному социальному страхованию из фонда социального страхования РФ / Учебное пособие. Санкт-Петербург. 2009.
18. Федоров Л.В. Пенсионный фонд Российской Федерации/ Учебник. М.: «Спутник». 2008.
19. Черненко Е.Э. Роль фонда обязательного медицинского страхования в организации медицинского страхования в Российской Федерации / В сборнике: Взаимодействие финансового и реального сектора экономики в контексте становления экономики знаний. Сборник статей Международной научно-практической конференции. 2017. С. 190-194.

20. Чистякова С.Н., Панина С.В. Европейские модели социального партнерства в профессиональной ориентации учащейся молодежи // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2015. № 26. С. 331-335.
21. Шубина А.А. Приоритеты социального развития в России. Социальная политика РФ // Студенческий вестник. 2019. № 37-2 (87). С. 42-43.

© Гибадуллина Л.Н., Зарипов Т.Р., 2022

Тенденции в употреблении современной молодежи алкоголя и табачных изделий

Губайдуллина Диана Фидаилевна,

Губайдуллина Лиана Фидаилевна

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавры направления «социология» 3 курс,

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»

Насколько распространен в обществе здоровый образ жизни, насколько популяризированы вредные привычки зависит здоровье и состояние всего общества.

У молодежи отношение к собственному здоровью стереотипно, менее ответственное, чем у взрослых возрастных групп [2]. Вредные привычки среди молодежи очень распространена [1]. Безусловно, вредные привычки наносят большой вред не только отдельным людям, но и всему обществу [8]. Алкоголь и табак негативно влияют на молодой организм, разрушая

его. Чем моложе организм, тем губительнее действует на него алкоголь, табак.

Чрезмерное потребление алкоголя приводит к деградации личности, социальным проблемам и девиантному поведению. Чрезмерное потребление алкоголя закрепляет алкоголизм, как патологию этот диагноз лечить сложно и неэффективно, поэтому очень важна профилактика алкоголизма среди молодежи [6].

Курение также губительно, оно способствует развитию целого ряда хронических заболеваний сердца, сосудов, легких, органов пищеварения, в том числе онкологической патологии, а также являются мощным фактором избыточной смертности россиян, в особенности мужчин [16].

Распространенность употребления алкоголя населением страны повлияло на формирование весьма терпимого отношения молодежи к спиртным напиткам.

Терпимое отношение к алкоголю способствует укреплению субкультурных норм соответствующего образа жизни. В сознании молодежи употребление алкоголя не ассоциируется с формой девиантного поведения и не связывается с риском заболевания, с высокой вероятностью развития стойкой алкогольной зависимости.

Так спиртные напитки не только удовлетворяют потребность в опьянении, но и становятся модно-образцовыми стандартами поведения молодежи [13].

Важная роль при определении факторов, влияющих на потребление алкоголя и табака, принадлежит индивидуальным характеристикам отдельной личности [3]. Из них часто выделяют [5]:

- ☐ Демографические факторы (пол, возраст).
- ☐ Когнитивные способности.
- ☐ Индивидуальное восприятие риска и межвременные предпочтения.

□ Социальные факторы: образование, семья, принадлежность к определенному социальному классу, социальные сети, место жительства.

□ Экономические факторы: профессия, работа, доходы, цены, технологии производства и предложение тех или иных товаров и услуг (включая не только непосредственно связанные со здоровьем, но и такие, как жилье, транспорт, связь).

Причинами употребления алкогольных напитков можно назвать: современный демографический кризис, высокий уровень бедности, проблема занятости [7]. Многообразие и доступность алкогольной продукции в продуктовых магазинах побуждает молодежь к употреблению алкоголя.

Большой популярностью среди современной молодёжи пользуются различные алкогольные и энергетические коктейли [14]. Благодаря многочисленным добавкам эти напитки обладают необычным вкусом и очень нравятся студенческой молодежи. Также увеличивают шанс примкнуть к числу употребляющих алкоголь наличие работы и учебы. В среднем, наличие работы при прочих равных увеличивает вероятность потребления алкоголя на 7% [15].

Перегрузки по месту учебы и/или совмещение учебы с работой увеличивают вероятность начала потребления алкоголя примерно на 10% у мужчин [4].

Монополистическое производство табака и табачных изделий, широкая торговля ими и реклама этих изделий, огромные доходы от торговли и рекламы, а также напряженный ритм современной жизни — именно это ведет к увеличению количества курящих людей [9].

Среди факторов молодежного курения значимыми выделяют следующие факторы [3]:

1. Цена за пачку сигарет. В исследованиях по РФ ценовой фактор в потреблении табака часто оказывается незначимым и/или коэффициенты эластичности потребления по цене крайне низки по сравнению с другими странами.
2. Стаж курения. Согласно данным РМЭз, с ростом стажа курения на один год наблюдается рост числа ежедневно потребляемых сигарет.
3. Курение одного из родителей. Курение родителей приводит к увеличению вероятности курения детей.
4. Пассивное курение. Это случайное вдыхание дыма табачных изделий, а также его компонентов, оседающих на поверхностях.
5. Злоупотребление алкоголем. Выявлена положительная зависимость между курением и злоупотреблением алкоголем.
6. Успеваемость. Молодые люди, успеваемость которых выше среднего, курят с меньшей вероятностью, чем менее успешные студенты.

Таким образом, на молодежное потребление алкогольсодержащих напитков или табака влияет комплекс факторов, каждый из которых требует внимания.

Литература

1. Gaisina L.M., Shaikhislamov R.B., Shayakhmetova R.R., Semenova L.M., Gainanova E.I., Sadykova R.R. Shaping healthy lifestyle among students // Espacios. 2019. Т.40. № 17. С. 18.
2. Shayakhmetova R.R., Sadretdinova E.V., Sunarchina M.M., Sadykova R.R. Values of self-preserving behavior in the system of value orientations of modern Russian youth // Nuances: estudos sobre Educação. 2020. Т.31. № 1. С. 193-221.
3. Засимова Л.С. Колосницына М.Г. Формирование здорового образа жизни у российской молодежи:

возможности и ограничения государственной политики (по материалам выборочных исследований) // Вопросы государственного и муниципального управления. 2011. № 4. С. 116–129.

4. Копытов А.В. Мотивы употребления алкоголя подростками и молодыми людьми // Медицинский журнал. 2010. № 3 (33). С. 86-91.

5. Королёва М.В., Косякин В.С., Климова Д.В. Анализ причин употребления алкоголя как фактора риска производственного травматизма // Проблемы безопасности российского общества. 2019. № 4. С. 64-70.

6. Кравцова Т. В., Великанова Л. П. Алкогольная аддикция современное состояние проблемы // Астрахань: ГБОУ ВПО Астраханская медицинская академия Минздравсоцразвития России, 2012. Режим доступа: <http://elib.usma.ru/bitstream/usma/3002/1>. Дата цитирования 23.03.2022.

7. Кравцова Т.В., Великанова Л.П., Гришина Е.И. Копинг-стратегии и их роль в формировании алкогольной аддикции у молодых женщин // Психология стресса и совладающего поведения: Материалы III Международной научно-практической конференции: в 2 т. Т. 2. Кострома, 2013. С. 194-197.

8. Попова Д.А., Шевченко Д.А. Вредные привычки молодежи // Формирование гуманитарной среды в ВУЗе: инновационные образовательные технологии. Компетентностный подход. 2019. Т.1. С. 128-132.

9. Профилактика табакокурения, алкоголизма и наркомании. Формирование здорового образа жизни. Методические рекомендации для педагогов и родителей / Департамент здравоохранения Тюм. обл., АНО «МИАЦ ТО».

10. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2021/0915>. Дата цитирования 12.03.2022.

11. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly>. Дата цитирования 12.03.2022.
12. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor>. Дата цитирования 12.03.2022.
13. Сафуанова З.А. Социальные риски в молодежной среде: проблемы и пути решения // Вестник Башкирского университета – 2011. № 1. С. 198.
14. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Малые девиации: табакокурение и алкоголизация молодежи (EVIDENCE-BASED) // Навигатор в мире науки и образования. 2017. № 2 (35). С. 156.
15. Стрижев В.А., Ястребова А.И. Табакокурение и употребление алкоголя в студенческой среде // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15. № 1. С. 47.
16. Чепенко К.В. Вредные привычки и их влияние на здоровье и поведение молодежи // В сборнике: Портрет молодого россиянина в XXI веке. Материалы студенческой научно-практической конференции, проводившейся в рамках XI Московского Фестиваля науки. Главный редактор: доктор социологических наук, профессор, декан факультета социологии РГСУ Д. К. Танатова. 2017. С. 304-308.
17. Шаяхметова Р.Р. Модели самосохранительного поведения молодежи в Республике Башкортостан (по результатам социологического исследования) / в сборнике: Международный демографический форум. Материалы заседания. Воронеж. 2020. С. 782-785.

© Губайдуллина Д.Ф., Губайдуллина Л.Ф., 2022

Смертность, обусловленная алкоголем, в России в 2011-2020 гг.

Замятнина Елена Сергеевна

e-mail: elena.zamyatnina@gmail.com

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации; аспирант Института демографии им. А.Г. Вишневого Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», г. Москва

Потребление алкоголя вносит существенный вклад в смертность в России [1, 2, 3], в особенности в трудоспособных возрастах. При этом алкогольная смертность включает как 100% обусловленную, или непосредственно связанную с алкоголем смертность, так и ту, которая является следствием заболеваний, вызванных регулярным опасным потреблением алкоголя (некоторые виды рака, сердечно-сосудистые заболевания).

В данной работе изучается структура непосредственно обусловленной алкоголем смертности в 2011-2020 гг. Ежегодно в России происходит порядка 50 тысяч смертей от этих причин смерти.

Таблица 1. Число умерших от причин смерти, обусловленных алкоголем (тыс. чел), Россия, 2011-2020 гг.

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
61,0	56,0	52,8	57,0	58,7	56,3	49,1	48,8	47,4	50,4

Возрастной интервал, на котором во все изученные годы наблюдались наиболее высокие показатели смертности, непосредственно обусловленной алкоголем, - от 40 до 65 лет. Среди умерших доля людей трудоспособного возраста составила в 2020 г. 70,3%.

Наибольшую долю в структуре непосредственно обусловленной алкоголем смертности стабильно занимают три причины смерти. Это алкогольная кардиомиопатия, отравление алкоголем (определенное как случайное отравление; преднамеренное самоотравление; или отравление с неопределенными намерениями), алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз). В сумме эти причины смерти охватывают более 80% от всей обусловленной алкоголем смертности ежегодно.

Доля женщин устойчиво составляет 25-26% среди умерших. При этом, наиболее высокие показатели смертности у них наблюдаются в возрастах 55-59 л., а для мужчин - в возрастах 60-64 г. Для женщин, по сравнению с мужчинами, более характерна смертность от алкогольной болезни печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз), а для мужчин - от алкогольных отравлений (случайных; преднамеренных; с неопределенными намерениями).

В 2011-2020 г. от причин смерти, непосредственно обусловленных алкоголем, умерли 187 несовершеннолетних, треть из них составляют дети в возрасте 1 года. Для большинства (более 80%) причиной смерти стало отравление алкоголем (случайного; с неопределенными намерениями).

По данным 2020 г., смертность среди сельских жителей выше, чем среди городских. Наиболее значительна эта разница для сельских женщин в возрастах 55-79 л., по сравнению с городскими женщинами того же возраста. При этом, в структуре смертности сельских жителей несколько большую долю занимают алкогольные кардиомиопатии.

Эти результаты могут быть применены для разработки комплексных мер социальной политики.

Литература

1. Korotayev A., Khaltourina D., Meshcherina K., Zamiatnina E. (2018). Distilled spirits overconsumption as the most important factor of excessive adult male mortality in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 53(6), 742-752. DOI: 10.1093/alcalc/agy054
2. Kuznetsova P. O. (2020). Alcohol mortality in Russia: assessment with representative survey data. *Population and Economics*, 4(3), 75-95. DOI: <https://doi.org/10.3897/popecon.4.e51653>
3. Starodubov V. I., Marczak L. B., Varavikova E., Bikbov B., Ermakov S. P., Gall J., ... Naghavi M. (2018). The burden of disease in Russia from 1980 to 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10153), 1138-1146. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31485-5.

© Замятнина Е.С., 2022

Состояние здоровья населения Российской Федерации

Зарипов Тимур Рамилевич,

Гайсина Гульдария Фитратовна,

Зубкова Елена Алексеевна

бакалавры направления подготовки «социология» 3 курс,
Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с
молодежью

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
университет»

Адрес: rinna55@bk.ru

Состояние здоровья населения Российской
Федерации в течении нескольких лет определяется

довольно стабильным сохранением низкого уровня рождаемости, высокими показателями общей смертности и отрицательным приростом населения [1]. Это говорит о том, что проблема охраны и укрепления здоровья населения становится важнейшей задачей поддержания социально-экономического благополучия страны. Высокие показатели распространенности у неинфекционных заболеваний, а также заболеваемости такими опасными инфекциями, как туберкулез, ВИЧ, гепатиты В и С и др.

В России реализуется ряд важных стратегических государственных программ для улучшения здоровья населения. Например, Национальный проект «Здоровье» и Государственная программа «Развитие здравоохранения».

Общественное здоровье представляется основным фактором в формировании демографических процессов, которые пока еще находятся в состоянии кризиса, что нашло отражение в снижении продолжительности жизни и росте заболеваемости.

Главная причина смертей в России – различные болезни. От старости умирают лишь 5 % населения, от внешних причин 7,9 % в частности от несчастных случаев на транспорте 1 % из них смертей в ДТП 0,8 % [3]. Основными естественными причинами смерти являются болезни кровообращения, органов дыхания, пищеварения, инфекционные болезни, онкологические заболевания и т.д.

Состояние здоровья – сложная комплексная характеристика, зависящая от множества разнородных факторов [6]:

- 1) биологических (наследственность, конституция организма и т.д.);
- 2) экологических (климат, загрязнение химическими, физическими, биологическими агентами и др.);

- 3) социально-экономических (размер оплаты труда, питание, образование, жилье, условия труда и отдыха);
- 4) состояния здравоохранения (число врачей, среднего медицинского персонала, больниц, оснащение лечебных учреждений современным диагностическим оборудованием и т.д.);
- 5) средовых (психологических факторов, политической ситуации и т.д.

Здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта. В преамбуле устава этой организации написано: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [4].

Демографическая ситуация последних десятилетий в России, характеризующаяся естественной убылью населения, заставляет обратить внимание на состояние здоровья отдельных социально-демографических групп и всего населения в целом. Ухудшение состояния здоровья населения отрицательно влияет на развитие экономики и, как следствие, на благосостояние населения [7].

В РФ в настоящее время целевые индикаторы состояния здоровья населения определены в государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» до 2025 года и национальном проекте «Здравоохранение»: смертность в трудоспособном возрасте, смертность от болезней системы кровообращения, смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, младенческая смертность [5].

Для оценки состояния здоровья населения, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, применяется показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении, который

считается одним из основных индикаторов социально-экономического и демографического благополучия населения в современном мире, а также является одной из компонент обобщающего показателя уровня жизни – индекса человеческого развития.

Ожидаемая продолжительность жизни в России на 2020 год составляла 71,54 года [9]. За анализируемый период 2000-2019 гг. в РФ ожидаемая продолжительность жизни при рождении возрастает ежегодно в среднем на 0,4. За 19 лет с 2000 по 2019 года ОПЖ возросла на 8 лет или на 12%. Однако из-за пандемии коронавирусной инфекции в 2020 году ОПЖ упала на 1,8 лет или на 2% [7]. Наблюдается постоянный рост этого показателя, с поправкой на коронавирусную инфекцию.

Немаловажным индикатором состояния здоровья населения является смертность населения в трудоспособном возрасте. За период 2000-2019 гг. как в РФ, так и в её округах наблюдается тенденция к снижению: в РФ смертность в трудоспособном возрасте уменьшилась на 35,6 % с 729,1 до 470 чел. на 100 тыс. чел. соответствующего возраста [8]. В 2020 году произошел резкий скачок на 11% по сравнению с 2019 годом [2]. Это является очередным последствием распространения коронавирусной инфекции, которое можно увидеть на всероссийской статистике.

Общественное здоровье является важным фактором формировании демографических процессов. На состояние здоровья влияют множество факторов: биологических, экологических, экономических, состояние здравоохранения и средовых. Одна из самых главных причин смертей в России является сердечнососудистые заболевания. Приведенные показатели здоровья населения также говорят о том, что хронические неинфекционные болезни являются

ведущими в структуре заболеваемости и смертности населения и зависят в первую очередь от факторов риска образа жизни [10].

Литература

1. Бадов О.А. Основные демографические показатели и их влияние на состояние здоровья населения России // Вестник Владикавказского научного центра. 2021. Т. 21. № 1. С. 78-84.
2. Горчакова Т.Ю., Чуранова А.Н. Современное состояние смертности населения трудоспособного возраста в России и странах Европы // Медицина труда и промышленная экология. 2020. Т. 60. № 11. С. 756-759.
3. Короленко А.В. Смертность населения регионов России в текущем десятилетии: тенденции, структура и дифференциация показателей // Социальное пространство. 2020. Т. 6. № 3. С. 7.
4. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
5. Национальный проект «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://futurerussia.gov.ru/zdravoohranenie>. Дата цитирования 16.03.2022.
6. Потапова Е.В., Васильева О.В. Факторы, влияющие на здоровье человека // Заметки ученого. 2021. № 5-2. С. 51-53.
7. Разводовский Ю.Е., Голенков А.В. Макроэкономические показатели и ожидаемая продолжительность жизни в России // Acta Medica Eurasica. 2020. № 2. С. 36-42.
8. Шевченко Е.С. Влияние демографических процессов на уровень инфляции в регионах России // Пространственная экономика. 2021. Т. 17. № 1. С. 123-143.
9. Шибалков И.П., Недоспасова О.П. Приоритетные направления реализации мероприятий по повышению

ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России // Вестник Академии знаний. 2019. № 3 (32). С. 298-307.

10. Щелакова В.А., Негреева В.В., Салманов А.Б. Оценка демографической ситуации для обеспечения национальной безопасности // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия: Экономика и экологический менеджмент. 2019. № 3. С. 77-92.

© Зарипов Т.Р., Гайсина Г.Ф., Зубкова Е.А., 2022

Современная эволюция политического участия натурализованных мигрантов в странах Западной Европы

Зинина Ангелина Игоревна

Email: Angelina.zinina1@yandex.ru

За последние 20 лет увеличилось не только количество международных мигрантов, которые намеренно меняют свое место жительства для улучшения социального и экономического положения, но и улучшился процесс интеграции переселенцев в политическую систему принимающих стран. Страны западной Европы все больше стали различаться степенью открытости миграционной политики для переселенцев в виде барьеров в получении гражданства.

Интегрирующиеся мигранты постепенно начали становиться более активными в политической системе принимающего государства. Натурализованные переселенцы с каждым годом все больше стали проявлять политический интерес к актуальным повесткам нового для них государства. Из-за этого возрастает роль интегрированных переселенцев в депутатском корпусе: некоторые партии полностью

состоят из натурализованных мигрантов. Не все государства готовы допустить мигрантов к формированию внутренней политической повестки, но несмотря на это постепенно переселенцы внедряются в органы власти.

Исследовательская проблема отражает неоднозначность условий проводимой миграционной политики странами Западной Европы. Исследовательский вопрос: какие факторы проводимой политики влияют на активность политического участия натурализованных мигрантов и способствуют их успешной интеграции в деятельность государственных органов власти?

Целью исследования является нахождение комбинации факторов государственной политики по отношению к натурализованным мигрантам, которые приводят к определенной эволюции их политического участия. Для достижения задач в определении факторов, нужно воспользоваться методами кейс – стади для нахождения ряда условий получения гражданства натурализованными мигрантами среди стран Западной Европы. И выявление с помощью csQCA комбинацию факторов государственной политики государств, которые приводят к активному политическому участию мигрантов 1 и 2 поколений.

В проводимом исследовании используются политические, экономические и социальные данные, которые включаются в формирование индексов за последние 10 лет. Всего для анализа было выбрано 19 стран, которые входят в состав Западной Европы. Зависимой переменной (outcome) является показатель натурализации, который выражен дихотомически. Для составления данного показателя были проанализированы биографии всех членов партий, входящих в действующие

парламенты Западной Европы на момент проведения исследования, то есть на 2021 год.

Для проведения КСА были выбраны переменные не только в виде индексов, уже сконструированных другими исследователями. Двумя из одиннадцати независимых переменных являются дихотомические значения, два из которых закодированы на основе официальных данных о получении гражданства в странах Западной Европы: показатель легкости получения гражданства, получения льгот при натурализации. В результате были выбраны те кейсы, где данные показатели совпадали и обладали индексом 1. Таких стран оказалось всего 9 из 19: Бельгия, Финляндия, Греция, Исландия, Италия, Люксембург, Испания, Швейцария, Португалия. Независимые переменные можно сгруппировать в 3 смысловых блока: политика принимающего государства, предрасположенность политической системы к мигрантам и психологическая характеристика общества.

Была использована булева версия качественного сравнительного анализа – csQCA. Для того, чтобы найти верную комбинацию независимых переменных необходимо логически отобрать сочетания показателей. Было найдено четыре верных комбинации при построении трех моделей.

Первая модель: для того, чтобы мигранты первого и второго поколения обладали возможностью активно принимать участие в деятельности парламентских фракций, государства должны поддерживать высокий уровень качества человеческой жизни. Несмотря на это модель не исключает возможности существования дискриминационных культурных и этнических условий, но для продолжения эволюционного движения переселенцев необходимо поддержание высокого уровня человеческого развития.

Вторая модель показала, что эффективной политической интеграции переселенцев необходимо поддержание их экономических и социальных свобод. Равенство всех граждан должно подкрепляться не только правовыми условиями. Важно показать, что политическая система открыта к политическому участию мигрантов разных поколений и готова не исключить, но минимизировать правовых национальные ущемления.

Третья модель является наиболее показательной в достижении цели исследовательской работы. Открытость государственной политики к принятию мигрантов не должна обязательно включать в себя высокую степень развитости экономики. При кодировании переменных подразумевалось, что страны Западной Европы в большинстве случаев обладают прогрессивной экономической системой, но в данном случае это не является ярким условием эволюции мигрантов. Важно, чтобы государственная политика предоставляла доступ к образованию мигрантов разных поколений, а также поддерживала свободу политического самовыражения и высокого уровня человеческих свобод граждан.

Литература

1. David Scott FitzGerald. History of Racialized Citizenship - Oxford Handbooks [Электронный ресурс]. URL: <https://www-oxfordhandbooks-com.proxylibrary.hse.ru/view/10.1093/oxfordhb/9780198805854.001.0001/oxfordhb-9780198805854-e-6?rskey=ELXoNh&result=16#oxfordhb-9780198805854-e-6-div1-30> (дата обращения: 09.01.2022).
2. Garbaye R., Mollenkopf J. Immigrant Incorporation into Urban Politics // The Oxford Handbook of Urban Politics [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/>

9780195367867.001.0001/oxfordhb-9780195367867-e-19
(дата обращения: 09.01.2022).

3. Naturalization // The Oxford Handbook of Citizenship
URL:

<https://proxylibrary.hse.ru:4334/view/10.1093/oxfordhb/9780198805854.001.0001/oxfordhb-9780198805854-e-15?rskey=JdwcYh&result=4> (дата обращения: 25.01.2022).

4. Rosenblum M. R., Cornelius W. A. Dimensions of Immigration Policy // Oxford Handbook of the Politics of International Migration [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195337228.001.0001/oxfordhb-9780195337228-e-11> (дата обращения: 14.01.2022).

© Зинина А.И., 2022

Система дополнительного образования

Коновалов Игорь Геннадьевич

e-mail: rinna55@bk.ru

магистрант 2 г.об. направления «социология»

Научный руководитель:

Хазипова С.Р. лаборант- исследователь

«Научная лаборатория социальных и демографических исследований»

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»

Государственная система образования является одной из важных составляющих социальной политики. Образование имеет особое значение как инструмент социальной политики в смысле не только политики благосостояния, но и политики, направленной на решение проблемы структуры общества. Современные примеры образования как социальной политики

включают: расширение раннего образования для увеличения эффективности трудовой силы со стороны женщин; повышение квалификации рабочих в качестве инвестиционной стратегии для повышения трудоспособности в течение всей трудовой жизни, иногда сопровождаемая намерением отложить переход на пенсию до более старшего возраста.

Различные сектора национальных систем образования не только обеспечивают образование, но и представляют собой важные сегменты рынка труда. В связи с изменением социальной политики в сторону социального инвестиционного государства, в этих секторах занято все большее и большее количество работников в развитых обществах. С точки зрения государства социальных инвестиций, образование является средством решения проблем, а именно, индивидуальной стратегии управления рисками, с одной стороны с одной стороны, и защиту общества от социальных рисков, таких как безработица, бедность, болезни и социальная исключения [8], с другой стороны. Образование обеспечивает удобную основу для политики в интересах детей благодаря его всеобщему охвату, признанию ответственности за благополучие детей и тому, что было легко обосновать меры социального обеспечения с точки зрения образования.

Дополнительное образование в этом отношении является одной из ключевых в области образования. Дополнительное образование - вид образования, который направлен на всестороннее удовлетворение образовательных потребностей человека в интеллектуальном, духовно-нравственном, физическом или профессиональном совершенствовании и не сопровождается повышением уровня образования [1].

Дополнительное онлайн система образования позволит не только повысить физический и психический

уровень здоровья среди учащихся, но также выступит стимулом к более эффективной познавательной деятельности. Данные обстоятельства позволят воспитать среди детей процесс саморегуляции, развить творческие и практические навыки и выявить новые потенциальные возможности [7]. Дополнительное онлайн образование является важным инструментом к становлению личности и выбором карьерного пути.

В настоящее время заметно позитивно складываются взаимоотношения школы и окружающей среды, если уделять серьезное внимание онлайн дополнительному образованию, так как всем известно что молодежь много времени проводит в онлайн среде, виртуальную среду возможно использовать как инструмент дополнительного развития в формировании полезных и позитивных жизненных моральных ценностей разработав эффективные программы дополнительного образования под эти цели. С одной стороны, чтобы подготовить ребенка к реальной жизни, его необходимо как можно чаще включать в эту жизнь, а с другой стороны, учитывая социальную и экономическую нестабильность в обществе, а также негативное влияние на духовное и психическое развитие личности со стороны СМИ, следует достаточно часто ограждать ребенка от негативных явлений, путем позитивной и полезной занятости, через онлайн дополнительное образование [2].

Основным положением организации дополнительного образования в школе является раннее выявление интересов и способностей детей, что возможно делать не только через офлайн среду, но и через онлайн, путем задействования психологической службы по выявлению талантов, через участие в различных делах, а также, развитие индивидуальных способностей, которые могут открыться через

практическую и теоретическую деятельность. Раскрытие талантов существуют только в движении и только в развитии. Это развитие осуществляется лишь в процессе той или иной деятельности, в том числе в системе дополнительного образования, которое может быть и в онлайн среде).

В общеобразовательной школе важнейшими элементами структуры дополнительного образования являются школьные кружки, которые развивают и поддерживают интерес учащихся к деятельности определенного направления, эти кружки можно модернизировать под современность и создать в онлайн среде такие направления как детское программирование, моделирование, проектирование, обучение мастерству шахматной игры и многие другие открывающие таланты со школьной доски направления, это даст возможность расширить и углубить знания и умения, полученные в процессе учебы. Кроме того, разнопрофильность кружков создает условия для разностороннего развития личности.

Дополнительное онлайн образование даст глубокий эмоциональный заряд, который подкрепит видимым результатом: готовая продукция деятельности развивающей личности для презентации своих способностей в социуме, сыгранная роль, участие в выставке, концерте, соревновании и т.д. [3]

Функции, которые включают в себя дополнительное образование: планирование и управление уроками и другими мероприятиями; доступ к цифровым учебным материалам: текстам, видео, изображениям, подкастам и т.д.; групповые дискуссии и беседы один на один с преподавателем; сдача домашних заданий и других заданий; оценка, отслеживание успеваемости студентов, предоставление обратной связи; проведение живых уроков [6].

Такой автоматизированный подход открывает новые возможности для студентов, преподавателей и администрации. Например, развитие у обучающихся мотивации к познанию и творчеству; создание условий для творческой реализации; интеллектуальное духовное развитие личности ребенка; профилактика асоциального поведения; приобщение учащихся к общечеловеческим ценностям; создание условий для социального, культурного и профессионального самоопределения; формирование и закрепление традиций, моральных ценностей, позитивное патриотическое отношение к своему отечеству.

Важнейшим условием для обеспечения успешной организации онлайн обучения дополнительного образования является грамотное управление этим процессом и поддержка на государственном уровне. Разработка эффективного управления, которое будет не столько как процесс идущий сверху вниз: администрация – педагоги дополнительного образования – дети, а целенаправленное взаимодействие сторон, каждая из которых выступает в роли субъектов и в роли объектов управления [4].

Таким образом, политика в области образования, направленная на борьбу с безработицей, зависит от поведения работодателей и возможности формирования навыков. Поэтому необходимо повысить уровень расходов на образование. Так как поставщики образовательных услуг являются важным конститутивным элементом роли образования как социальной политики.

Литература

1. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 30.12.2021) "Об образовании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2022)

2. Старобубцев В.А. Персонализация виртуальной образовательной среды “Педагогическое образование в России” 2015 г. №7 с.24-29
3. Синицын И. С. Информационное обеспечение доступности дополнительного образования детей // Ярославский педагогический вестник. 2019. № 4 (109). С. 40–46.
4. Мерцалова Т. А., Горбовский Р. В., Петлин А. В. Навигаторы дополнительного образования детей: этапы развития, разнообразие и функциональность / Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Институт образования. Москва: НИУ ВШЭ, 2018. 28 с
5. Доклад Правительства Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации о реализации государственной политики в сфере образования (от 06 июня 2019 г.) [Электронный ресурс] // Единый национальный портал дополнительного образования детей: [веб-сайт]. Электрон. дан. URL <http://dop.edu.ru/article/21504/doklad-pravitelstva-rossiiskoi-federatsii-federalnomu-sobraniyu-rossiiskoi-federatsii-o-realizatsii>
6. Шаяхметова Р.Р. Дистанционное дополнительное профессиональное образование как аспект информатизации // В сборнике: Актуальные проблемы коммуникации: теория и практика. Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции. Уфа. 2021. С. 101-104.
7. Шаяхметова Р.Р. Дистанционное образование: понятие, достоинства и недостатки / в сборнике: Поколение Z в онлайн-пространстве: социальное поведение, ориентации, идентичность. Сборник статей Всероссийской научной конференции с международным участием. Отв. Редактор Р.Б.Шайхисламов. 2020. С. 257-260.

8. Green, A., Preston, J. and Janmaat, J.G. (2008) 'Education, Equality and Social Cohesion', Basingstoke: Palgrave. © Коновалов И.Г., 2022

Особенности потребления алкоголя в зависимости от характеристик домохозяйства в России

Кузнецов Кирилл Владимирович

E-mail: kvkuz_97@mail.ru

г. Москва, РЭУ им. Г.В. Плеханова

Статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы на тему: «Методологические подходы межстрановых сравнений в оценке реализации Целей в области устойчивого развития на основе гармонизации различных источников информации» финансируемой из средств ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова» (приказ № 866 от 28.06.2021)

В российской и зарубежной литературе достаточно широко изучены зависимости потребления алкоголя, смертности и ожидаемой продолжительности жизни. Однако, вопросы потребления алкоголя в зависимости от характеристик домохозяйства изучены недостаточно. Текущие исследования позволяют сформировать гипотезы о проблемах одиночества и высоких расходах на алкоголь. При этом высокие расходы на алкоголь могут отмечаться и в семьях с детьми. В литературе также отмечается, что увеличение потребления алкоголя в праздничные даты приводит к увеличению смертности [2].

На основе данных Обследования бюджетов домашних хозяйств Росстата (далее – ОБДХ) за 2020 г. приводится изучение зависимости между характеристиками домохозяйства и долей расходов домохозяйств на алкоголь. В работе представлена авторская классификация домохозяйств не только по

количеству членов в семье, но и с учетом поколенческих особенностей: наличие детей в домохозяйстве, совместное проживание нескольких поколений.

Изучение потребления алкоголя в зависимости от характеристик домохозяйства является сложной исследовательской проблемой. Сбор информации может происходить по индивидуальным опросникам и по опросникам домохозяйств. Как правило, индивидуальные обследования учитывают объем потребления алкоголя, в то время как обследования домохозяйств учитывают расходы домохозяйства на алкоголь. Для определения доли расходов населения в общих расходах и в расходах на питание будут рассмотрены обследования по домохозяйствам.

Обследования расходов населения, как правило, проводятся на все домохозяйство в целом, а не на конкретного члена семьи. Таким образом, расчет расходов на алкоголь в зависимости от возраста может быть осложнен. Например, можно говорить, что в домохозяйствах с детьми потребление алкоголя будет приходиться только на взрослых членов домохозяйства. При моделировании уровня потребления алкоголя в домохозяйствах необходимо учитывать начальной возраст потребления алкоголя. Так как он может наступать ранее 18 лет, в исследовании может возникнуть проблема переоценки уровня потребления взрослых членов домохозяйства и недооценка уровня потребления подростков. Таким образом, в работе приводятся оценки расходов домохозяйств с учетом их характеристик.

Подходы к оценке уровня потребления алкоголя в домохозяйстве приводятся в исследованиях американского экономиста М. Ротбарта. В своих предложениях по разработке оценки эквивалентной шкалы перераспределения уровня потребления от

домохозяйства к каждому члену домохозяйства автор делит расходы домохозяйства на товары «для взрослых» (алкоголь, табак, одежда) и остальные товары. Автор считал, что с увеличением количества детей, расходы на себя будут сокращаться. При этом, в литературе отмечается, что алкоголь и табак могут быть не эластичны по уровню дохода и их потребление будет неизменным в зависимости от характеристик домохозяйства [3].

В работе приводится авторская классификация домохозяйств в зависимости от их характеристик, что позволяет оценить долю расходов на алкоголь не только в зависимости от количества членов семьи, но и в зависимости от особенностей домохозяйства (проживание нескольких поколений, наличие детей, неполные семьи). Наибольшие расходы на алкоголь наблюдаются в домохозяйствах без детей (8 групп домохозяйств): в домохозяйствах из 1 взрослого человека (2,1%) и 2 взрослых (2%).

Наименьшая доля расходов на алкоголь в совокупных расходах домохозяйства наблюдается в домохозяйстве из 2 детей и 1 взрослого (0,8%), 1 ребенка и 1 пенсионера (0,9%).

При рассмотрении структуры расходов на питание в целом (питание дома, вне дома, расходы на алкоголь), наибольшая доля расходов по алкоголь среди общих расходов на питание наблюдается в домохозяйствах из 2 человек (6,2%) и 1 человека (5,8%). Также высокие расходы на алкоголь наблюдаются в домохозяйствах из 2 взрослых и 1 ребенка (5,6%) и 2 взрослых и 2 детей (5,2%). При этом группы с наименьшей долей расходов на алкоголь среди расходов на питание такие же, как и в рейтинге совокупных расходов.

Высокие расходы на алкоголь среди домохозяйств из 1 человека можно объяснить социальными проблемами одиночества. В литературе отмечается, что среди домохозяйств из 1 человека уровень потребления алкоголя может отличаться и по гендерным признакам: женщины более склонны к потреблению алкоголя, чем мужчины [5].

Высокие расходы на алкоголь в домохозяйствах из 2 взрослых человек можно объяснить сравнительно высокими доходами домохозяйства, отсутствием детей.

Таблица 1. Структура расходов домохозяйств на продукты питания и алкоголь, 2020 г.

Количество членов семьи в домохозяйстве, человек	Характеристика домохозяйства	Доля расходов на продукты питания в совокупных расходах домохозяйства, %	Доля расходов на алкоголь в совокупных расходах домохозяйства, %	Сумма расходов на питание дома, вне дома и алкоголь, %	Доля расходов на алкоголь от суммарных расходов на питание, %
1	1 взрослый	29,4	2,1	35,5	5,8
2	2 взрослых	27,7	2,0	33,2	6,2

2	1 взрослый, 1 пенсионер	34,0	1,8	38,3	4,8
3	1 взрослый, 2 пенсионера	35,7	1,8	40,2	4,5
4	2 взрослых, 2 пенсионера	33,9	1,7	37,1	4,6
2	2 пенсионера	38,3	1,7	42,5	4,0
3	2 взрослых, 1 пенсионер	31,8	1,7	35,9	4,7
3	1 ребенок, 2 взрослых	25,3	1,7	30,2	5,6
4	2 ребенок, 2 взрослых	26,7	1,6	31,2	5,2
4 и более	1-2 ребенка, 3 взрослых	29,1	1,3	32,9	4,0

1	1 пенсионер	42,1	1,3	44,9	2,9
4 и более	дети, 2 взрослых, пенсионеры	32,5	1,3	35,7	3,6
3	1 ребенок, 1 взрослый, 1 пенсионер	35,5	1,2	39,0	3,1
2	1 ребенок, 1 взрослый	28,9	1,2	32,9	3,5
4 и более	3 и более детей, 2 взрослых	31,8	1,1	34,6	3,3
4 и более	дети, 1 взрослых, пенсионеры	38,0	1,1	41,0	2,7
2	1 ребенка, 1 пенсионера	39,9	0,9	42,1	2,1
3	2 ребенка, 1 взрослый	33,0	0,8	36,2	2,3

Литература

1. Замятина Е.С. Обзор методов оценки вклада потребления алкоголя в смертность в России //Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021 №3. с. 29-49.
2. Немцов А.В., Фаттахов Т.А. Дни рождения как источник избыточной смертности: диагностический состав причин смерти. Демографическое обозрение. 2021. Т.8. №4. с. 40-59.
3. Прокопьев М.Г. Методические подходы к разработке эквивалентных шкал домашних хозяйств // Региональные проблемы преобразования экономики, 2013 г. с. 214 – 219.
4. Сиротко М. Л., Денисенко М. Б., Золотовская И. А., Комарова М. В. Медико-социальный статус пациентов старше 80 лет при условии одиночного или совместного проживания // Успехи геронтологии. 2021. Т.34. №3 с.446-453.
5. Шайдукова Л.К., Гиляева Г.А., Габдрахманова Л.Д. Роль одиночества в формировании женского алкоголизма // Наркология. 2018. №2 с. 84-90.
6. Шальнова С.А., Максимов С.А. и др. Потребление алкоголя и зависимость от социально-демографических факторов у лиц трудоспособного возраста (по данным исследования ЭССЕ-РФ) //Профилактическая медицина. 2019. №22 (5) с.45-53.

© Кузнецов К.В., 2022

Современные демографические вызовы России

Ларионова Ксения Андреева,
Козловская Валерия Алексеевна,
Андреева Виктория Олеговна
e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавры направления «социология» 3 курс,

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»

Из вызовов для экономики РФ в долгосрочном отношении одним из основополагающих является то, что впереди на будущие 20 лет, образовалась демографическая яма и процесс депопуляции всё еще стоит остро. Согласно прогнозу Росстата, совокупная естественная убыль за период до 2030 г. может составить, в зависимости от динамики рождаемости и смертности, от 5 до 19,5 млн. человек [5].

Российское общество все более становится зависимым от притока международных мигрантов для того, чтобы компенсировать естественную убыль населения, а также заполнить образовавшиеся ниши на национальном рынке труда и соответственно снизить коэффициент демографической нагрузки, который неизбежно растёт вследствие старения коренного населения [8]. Демографические реалии России имеют взаимосвязанные последствия в экономической, политической и социальной сферах.

Важно отметить, что в Российской Федерации помимо депопуляции, существует проблема стагнации экономики [15]. Обусловлено это тем, что существует ограниченность высококвалифицированных кадров, а программы по усвоению новых компетенций и навыков практически не реализуются. Происходит «утечка мозгов» и множество перспективных молодых людей уезжает из страны. Решить проблему дополнительной рабочей силы государство пытается с помощью притока мигрантов, но проблема в том, что эти рабочие

преимущественно низкой квалификации. Происходит замена качественных кадров более низкими, но более дешевыми количественными кадрами [11]. В то же время такая замена является неадекватной и ведет к продуцированию преступлений в обществе.

Для решения социально-демографических проблем целесообразно осуществить: замену существующей системы последипломного образования; улучшить подготовку кадров с учётом знаний цифровых технологий; создать в вузах практику подготовки специалистов в сфере трансфера технологий [16].

Для формирования эффективной стратегии развития кадрового потенциала страны важно вовремя оценивать перспективы применения новых управленческих технологий. Исследование особенностей демографического вопроса России имеет свое важное значение. Субъекты РФ имеют свою специфику и это надо учитывать в демографической политике.

Россия по численности населения занимала предпоследнее, девятое место в первой десятке стран мира, на долю которых приходится более 4 млрд. чел., или около 60% мирового населения [4]. Обратимся к современным прогнозам, которые пытались строить исходя из существующих реалий. Нужно сказать, что прогноз не может быть максимально точным, потому что мир изменчив и множество событий могут скорректировать прогноз в другой вектор развития. Так по новой версии «Population Reference Bureau» 2016 году прогнозирует куда меньшее сокращение численности населения России: до 142,6 млн. чел. к 2030 г. и до 136,4 млн. чел. к 2050 г. (без учета населения Крыма) [3]. Это снижение все-таки, является серьезным, но в корне не отличается от других промышленных стран, во многих из которых (Франция, Испания, Италия, Япония) уровень

рождаемости превышает порог замещения 2,1. в то же время тем не менее, российский уровень является одним из самых низких в мире.

Опираясь на «Мониторинг показателей здоровья в отношении ЦУР» 2020 года, мы видим, что на 2016 год ожидаемая продолжительной жизни при рождении для обоих полов составляла 72,0 года [2]. Согласно последним статистическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), средняя продолжительность жизни в России составляет 71,54 года, что примерно на 10 лет меньше, чем в большинстве развитых стран [10]. Более того, ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России низкая и составляет примерно 65 лет, в то время как средняя продолжительность жизни женщин составляет около 76,8, что делает Россию страной с самым большим разрывом между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин в мире. Этот разрыв подчеркивает интенсивный характер кризиса смертности в России. Как указывалось, ранее, падение рождаемости характерно не только для России, и во многих странах Европы аналогичная ситуация. Главной отличительной чертой России от других развитых стран – это крайне плохое состояние здоровья, которое приводит к повышению уровня смертности в социуме. Демографический кризис в России является частью общемирового демографического кризиса, и причина его в переходе от патриархального общества, в котором родители были экономически заинтересованы в детях как в работниках, к капитализму, при котором работниками являются чужие люди, а дети становятся нежелательными иждивенцами [7]. В фокусе плохого состояния здоровья нужно рассмотреть общую систему российского здравоохранения и здесь же сказать, что эта система находится на стадии низкого качества предоставляемых

медицинских услуг. Во-первых, 17500 городов и деревень по всей России вообще не имеют инфраструктуры медицинского обслуживания. По данным Государственной службы статистики, в период с 2005 по 2013 год количество медицинских учреждений в сельской местности сократилось на 75% с 8249 до 2085. Это включает в себя сокращение числа районных больниц на 95 процентов и сокращение числа 44 местных медицинских клиник на 65 процентов. Из 952 медицинских организаций за 2014-2018 гг. предполагается ликвидировать 41 медицинскую организацию, реорганизовать в качестве филиалов 911 медицинских организаций [12]. В силу того, что система здравоохранения России пришла в упадок, в государстве начали активно проистекать проблемы со здоровьем, которые связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также смертность от болезней, связанных с алкоголем и насилием.

Дуглас У. Блум в своей книге «Россия и глобализация: идентичность, безопасность и общество в эпоху перемен» подсчитал, что один только алкоголь стал причиной смерти примерно 7 миллионов человек в период с 1990 по 2001 год [1]. Помимо общих причин, таких как самоубийства и несчастные случаи, злоупотребление психоактивными веществами также является одной из серьезных причин высокого уровня смертности среди населения, по оценкам, 10000048 жизней в год [9]. Другой демографической проблемой России является высокий уровень потребления наркотических веществ, что влияет на уровень инфицирования в стране [13].

По данным Росстата, в 2020 году в России умерло 2,1 миллиона человек. Естественная убыль населения составила 689000 человек, что вдвое превышает показатель 2019 года. Смертность в 2020 году выросла на

18% по сравнению с предыдущим годом, то есть на 324000 смертей [14]. По оценкам экспертов, такой высокий рост был зафиксирован во время крупных кризисов в истории страны. Это произошло в 1993 году (+17,8%), что могло быть связано с шоковой экономической терапией 1992 года, включавшей либерализацию цен и сложную экономическую и социальную ситуацию, а также с 1947 годом, годом великого послевоенного голода (+37,2%). По официальным данным, самая высокая ежемесячная смертность среди людей с COVID-19 была зафиксирована в декабре 44400 смертей и ноябре 2020 года 35600. По данным правительственных чиновников, в том числе вице-премьера по социальным вопросам Татьяны Голиковой, пандемия стала причиной около трети смертей в 2020 году (в период с апреля по декабрь), а данные Росстата свидетельствуют о том, что она стала причиной как минимум половины из них. В свою очередь, детальные анализы Департамента здравоохранения Москвы в декабре 2020 года показали, что COVID-19 стал причиной аж 98-100% избыточной смертности среди жителей столицы на 5988 больше, чем год назад, из них 5891- случаи с диагнозом COVID – 19 основная причина 5251 смерти [6].

Демографические проблемы России в любом случае нуждаются в комплексных решениях. Требуется изучать демографические особенности субъектов РФ и реализовывать демографическую политику комплексно.

Литература

1. Douglas W.B. Russia and globalization: identity, security, and society in an era of change / ed. by Douglas W. Blum. - Washington, D.C.: Woodrow Wilson center press; Baltimore: Johns Hopkins univ. press, cop. 2008. - xv, 383 с.

2. Режим доступа: whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/epidemiologiya-i-statistika/3295.html. Дата цитирования 16.03.2022.
3. Архангельский, В. Н. Демографические прогнозы в современной России: анализ результатов и выбор гипотез / В.Н. Архангельский, В.В. Елизаров // Научные труды: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2016. – Т. 14. – С. 530.
4. Вишневский А.Г. Россия: демографические итоги двух десятилетий. Мир России. Социология. Этнология. Социологические науки. 2012. № 3. С. 3.
5. Вишневский, А. Г. Россия: демографические вызовы ближайших десятилетий // Вестник Академии наук Республики Башкортостан. 2013. Т. 18. № 1. С. 36.
6. Департамент здравоохранения Москвы. Режим доступа: <https://mosgorzdrav.ru/>. Дата обращения 9.03.2022.
7. Евтушенко М.С. Демография России. Инновационная наука. Социологические науки. 2016. С. 156-157.
8. Касьянов, В. В. Демографические вызовы национальной безопасности России / В. В. Касьянов, А. К. Манучарян, С. И. Самыгин // Современные исследования государства и общества. 2017. № 1-2. С. 24.
9. Колесникова Д.С., Матвеев Н.В. Анализ изучения мнения современного общества к суициду // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т.7. № 6. С. 1182.
10. Мировая статистика здравоохранения. 2020. Мониторинг показателей здоровья в отношении ЦУР. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>. Дата обращения 10.03.2022.
11. Нестерова К. Миграция, квалификация работников и экономический рост в регионах мира: анализ на модели с

перекрывающимися поколениями // Экономическая политика. 2021. Т. 16. № 5. С. 8-39.

12. Обеспеченность врачами общей практики и их деятельность в различных федеральных округах страны в период с 2007 по 2013 гг. / И. М. Сон, М. А. Иванова, И. А. Купеева, Т. А. Соколовская // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 4. – С. 24.

13. Пронин С.В., Пронина Н.А., Пронин В.С., Степанов Ю.Г. Факторы, влияющие на структуру потребления различных психоактивных веществ наркотическими аддиктами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. № 5. С. 235-236.

14. Росстат. Естественная убыль населения за 2020 год. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/TwbjciZH/edn12-2020>. Дата обращения 7.03.2022.

15. Соложенцев Е.Д. Событийное управление выходом экономики из стагнации и цифровая экономика // Цифровая экономика. 2020. № 4 (12). С. 5-10.

16. Ткаченко А.А. Российские социально-демографические перспективы: проблемы и возможности их решения // экономика. Налоги. Право. 2019. Т.12. № 2. С. 6-18.

© Ларионова К.А., Козловская В.А., Андреева В.О.,
2022

Инклюзивное образование в социальной политике РФ: столкновение западного эталона и российской действительности

Леонова Дарья Владимировна

e-mail:leonova.dasha.01@icloud.com

г. Москва, МГУ имени М.В.Ломоносова

Обучение в школе- один из важнейших этапов в становлении личности и возвращении нового достойного члена общества. Однако в российской практике, после советских времён, сложилась следующая ситуация: дети с детства оказываются сегрегированы по таким признакам, как физическая/умственная полноценность или неполноценность. В этом контексте в мегаполисах, маленьких городах и даже сёлах создаются специализированные интернаты, коррекционные школы и подобные этим заведения, которые должны стать проводником для «особенных» детей во взрослый мир. Но насколько это правильно, и действительно ли стоит прятать таких детей от остальных, искусственно создавая между ними барьеры и давая почву для дальнейшей ксенофобии? Или же всё-таки стоит обратить внимание на практику стран Запада в решении данной проблемы? На этот вопрос я и пытаюсь ответить в своём докладе.

В 1970-х годах Скандинавские страны и США начали проводить эксперимент по интеграции школьников путём помещения их в одну образовательную организацию и обучения без акцента на каких-либо физиологических особенностях, при этом потребности детей с определёнными «отклонениями» от нормотипичного ребёнка не игнорировались, и они в любой момент могли попросить любую помощь. Таким образом реализовывалось основное право каждого (без исключения) ребёнка на получение образования. Со временем данные идеи приобрели небывалый масштаб, и уже в 2006 году положение об инклюзивном обучении вошло в Конвенцию о правах инвалидов ООН.

Однако российские реалии оказались не готовы к такому радикальному изменению привычного уклада жизни и принятию новых правил. По статистике Росстата, на 1 января 2021 года в России было 496 тысяч детей-инвалидов в возрасте от 8 до 17 лет, и ещё 208

тысяч детей в возрасте от 0 до 7 лет, то есть инвалидность- не редкость, а, скорее, уже привычная черта некоторых членов функционирующего социума. Но стоит задаться вопросом: как много из этих детей получают образование в специализированных инклюзивных школах? И сколько таких школ готовы принять «особенных» детей? Ответы поражают: так, в 2020 году депутат Госдумы Михаил Терентьев сделал заключение, что абсолютно доступными в России можно назвать лишь 8% школ, в 2015 году этот показатель был 2%, примечательно и то, что большинство из них находятся в Москве, то есть мы даже не говорим о российской глубинке.

О чём же говорят эти показатели? Что несмотря на законодательное закрепление права ребёнка-инвалида на получение образования, 60% таких детей вынуждены обучаться на дому (и зачастую, не по своей воле), а часть детей школьного возраста и вовсе не охвачена изучением школьной программы. Всё это свидетельствует о замедленном темпе развития инклюзивного образования в России в 2000-х и начале 2010-х.

Тем не менее, в последние несколько в социальной политике как федеральной власти, так и отдельных субъектов наметились продвижения по данному пути: всё больше школ оборудуются пандусами, в заведениях расширяется штат психологов, а детям внушают базовые понятия гуманизма и равенства между каждым из них.

Несмотря на такие усилия, современная Россия ещё далека даже от состояния Швеции или США 1980-х годов. Здесь сказывается и менталитет, выработанный поколениями игнорирующих «не таких как все», и финансовыми аспектами, и недостатком квалифицированных кадров на местах.

Мне посчастливилось: в начальной школе я училась именно в инклюзивном классе, где двое учеников имели ряд особенностей: один- мышечную атрофию, а второй- аутизм, что в обоих случаях привело к инвалидности. И на своём опыте я осознаю, что это интереснейший подход, который даёт возможность детям-инвалидам почувствовать себя полноценным членом общества, получить достойное образование и дальше строить свою жизнь, а остальным детям-научиться взаимовыручке, поддержке и толерантности.

И в своём докладе я рассматриваю именно развитие социальной политики РФ в данном направлении: как много сделано уже, что делается сейчас и какие намечены планы. Моя задача- выявить, какие реалии сегодня препятствуют развитию инклюзивного обучения в том темпе, в каком мы наблюдали их в зарубежных государствах.

Литература

1. Борисова Н.В. Социальная политика в области инклюзивного образования: контекст либерализации и российские реалии. М.: Журнал исследований социальной политики. 2006- №1- том 4, с. 103-120
2. Кучмаева О.В., Петрякова О.Л. Масштабы и распространенность инклюзивного образования для несовершеннолетних в столице: возможности количественной оценки. М.: Статистика и экономика. 2014- №5, с. 145-150
3. Фролова И.Ю. Инклюзивное образование в России: проблемы и перспективы. Орёл: Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2017- №4, с.347-350
4. Бетева Н. Интернет-статья: Школы без предрассудков: существует ли в России инклюзивное образование? Дата публикации- 16.02.2021 <https://russiaedu.ru/article/shkoly-bez-predrassudkov->

sushchestvuet-li-v-rossii-inkluzivnoe-obrazovanie? (дата обращения- 4.04.2022)

5. ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 №181-ФЗ

6. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/

7. Официальный сайт Росстата РФ: положение инвалидов: 1.2- распределение инвалидов по полу и возрасту <https://rosstat.gov.ru/folder/13964> (дата обращения- 4.04.2022).

© Леонова Д.В., 2022

Пространственные особенности смертности населения в трудоспособном возрасте в России в 2001-2019 гг.

Максименко Михаил Романович

Email: mmaksimenko@hse.ru

МП «Демография» НИУ ВШЭ, Москва

Щур Алексей Евгеньевич

Email: aschur@hse.ru

МЛ исследований населения и здоровья НИУ ВШЭ, Москва

Тимонин Сергей Андреевич

Email: stimonin@hse.ru

МЛ исследований населения и здоровья НИУ ВШЭ, Москва
Адрес: gilajzev@mail.ru

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

Высокая смертность населения в трудоспособном возрасте, несмотря на ее снижение на протяжении последних пятнадцати лет, остается острой проблемой в России. И если в крупных агломерациях удалось

добиться значительного увеличения продолжительности жизни, ряд территорий до сих пор характеризуется неблагоприятной ситуацией. Избыточная смертность связана с внешними причинами в ранних трудоспособных возрастах и болезнями системы кровообращения населения старше 45 лет, зачастую ассоциированных с потреблением алкоголя. Причем, если межрегиональные различия в смертности в последние годы активно исследовались, дифференциация ее уровня внутри регионов изучена недостаточно.

Для выявления пространственных особенностей смертности населения в трудоспособном возрасте использовались микроданные Росстата, результаты переписей 2002 и 2010 гг. и данных промежуточного учета населения. Обеспечение сопоставимости единиц анализа на три временных промежутка: 2001-2003, 2009-2011 и 2017-2019 гг. было произведено за счет составления единой сетки территориального деления на основе административных (административные районы, города регионального подчинения по состоянию на 2002 г.) и муниципальных (муниципальные районы, городские округа на 2010 и 2018 гг. соответственно) территориальных единиц. Пространственная привязка данных позволила производить эконометрический и картографический анализ смертности населения, оценивать динамику ее уровня.

Был применен косвенный метод стандартизации по возрастной структуре смертности мужчин и женщин на год наблюдения.

Для проведения пространственного анализа паттернов смертности населения в трудоспособном возрасте были рассчитаны локальные индексы Морана I. На их основе при помощи LISA выделены кластеры смертности для мужчин и женщин на три

рассматриваемых периода. Пространственная кластеризация позволяет выделить зоны со статистически значимо высокими и низкими значениями того или иного показателя, а также выявить выбросы.

Матрица весов для проведения пространственного анализа составлена при помощи бинарного взвешивания. Соседство между объектами учитывалось по правилу ферзя (first order queen contiguity). Расчет индексов пространственной автокорреляции и кластеризация производились при помощи библиотеки `spdep` в R.

На начало 2000-х были четко выражены два кластера высокой смертности: на Северо-Западе и на Дальнем Востоке, более выраженные для женщин в силу большей поляризации значений коэффициента. Помимо этого, к областям с устойчиво высокой смертностью в трудоспособном возрасте в 2001-2003 гг. можно определить северную часть Пермского края и республику Коми, районы Ангаро-Енисейского региона, периферию Нечерноземья.

К наиболее благополучным территориям на 2001-2003 гг. отнеслись районы Дагестана и других республик Северного Кавказа, ХМАО, ЯНАО, отдельные зоны в Черноземье (Белгородская и Воронежская области), Татарстане, приграничных районах Омской, Новосибирской областей и Алтайского края.

По данным на 2009-2011 гг. изменения пространственной дифференциации уровня смертности привели к усилению градиента «северо-восток – юго-запад». Фактически большая часть территории России к востоку от Енисея была выделена в качестве непрерывного кластера высокой смертности. Параллельно с этим регионы Юга России и Черноземья оказались объединены в группу низких значений показателя. Южная часть Западной Сибири перестала

выделяться как кластер низкой смертности, а ситуация в регионах Северо-Запада начала стабилизироваться.

По состоянию на 2017-2019 гг. отмечается сохранение основного градиента и «размывание» кластеров высокой смертности в Европейской части России. В значительной мере это происходило за счет опережающего снижения смертности в трудоспособном возрасте в сельской периферии в 2010-х гг.

Таким образом, изменение смертности на субрегиональном уровне демонстрирует наличие четких пространственных паттернов, не всегда выделяемых в масштабе регионов. Отмечено также наличие пространственного градиента, усиливающегося со временем.

Среди детерминант пространственных паттернов смертности в России можно выделить уровень экономического развития, социальный и этнический состав населения. Кластеры высокой смертности были приурочены к депрессивным и периферийным районам, местам локального проживания коренных народов Севера. Низкая смертность отмечалась в пределах городских агломераций, территорий, специализирующихся на наукоемких отраслях, ЗАТО.

Ограничениями работы являются недостаточные качество и полнота данных. Для ряда территорий характерны недоучет смертей и завышение численности населения. В БДПМО не были представлены данные по возрастной структуре ряда муниципалитетов на 2018 г., а сбор данных на основе промежуточного учета характеризуется неполнотой. В силу небольшого числа смертей для многих территориальных единиц оценки коэффициентов оказались статистически незначимыми. Несмотря на это, проведенное исследование обладает существенным потенциалом для расширения и дополнения, а полученные результаты позволяют на

локальном уровне подтвердить выводы, полученные в других работах.

Литература

1. Андреев Е. М., Кваша Е. А., Харьковская Т. Л. Смертность и продолжительность жизни // В кн.: Население России 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Отв. ред.: А. Г. Вишневский. М. : КДУ, 2004. Гл. 4. С. 108-131.
2. Щур А.Е., Тимонин С. А. Центр-периферийные различия продолжительности жизни в России: региональный анализ // Демографическое обозрение. – 2020. – Т.7. – №. 3.
3. Grigoriev P. и др. Spatial patterns of male alcohol-related mortality in Belarus, Lithuania, Poland and Russia // Drug Alcohol Rev. 2020. Т. 39. № 7. С. 835–845.
4. Timonin S. и др. New perspective on geographical mortality divide in Russia: a district-level cross-sectional analysis, 2008–2012 // J Epidemiol Community Health. 2020. Т. 74. № 2. С. 144–150.

© Максименко М.Р., Щур А.Е., Тимонин С.А., 2022

Активный отдых как часть геобренда Калининградской области

Матусь Наталья Владимировна

e-mail: matus.natalya2000@yandex.ru

г. Калининград,

Балтийский федеральный университет имени

Иммануила Канта (БФУ им. И. Канта)

Говоря о развитии территорий нельзя не обратиться к такому понятию как «геобренд». Геобренд – это сложный комплекс уникальных свойств

конкретной территории, сформированных стихийно или же целенаправленно, которые выделяют её среди других подобных территорий, привлекают на неё дополнительные ресурсы и определяют конкурентные позиции данной территории.

Однако, стоит отметить, что конкурентность и узнаваемость являются далеко не единственными задачами геобренда. Геобренд направлен не только на внешнюю аудиторию, но и на внутреннюю. Среди прочих задач можно отметить рост активности местного населения, а также укрепление внутренней социальной среды.

Под укреплением внутренней социальной среды мы также можем рассматривать вопрос, касающийся поддержания здоровья населения. В данном случае в пример можно привести активный отдых, который в свою очередь, достаточно развит и продолжает своё развитие в таком регионе как Калининградская область.

Имеется множество различных видов спортивной активности, которая охватывает живописные природные места и доступна населению по территории всего региона. К таким активностям можно отнести ежегодный масштабный велопробег «Тур-де-Кранц», байдарочные сплавы, виды серфинга, конный спорт, скайдайвинг и мн. другое. А также, наличие санаториев на территории области, наличие городской инфраструктуры, предназначенной для занятий спортом. И, конечно же, спортивные события, такие как утренние встречи в летний период для всех желающих для проведения совместных тренировок, и морское побережье во многих городах области.

Спросом на различные спортивные мероприятия и виды активностей, как показывает практика, пользуется не только местное население, но и немалое количество гостей нашего региона.

Таким образом, можно сделать вывод, что пользующийся популярностью активный отдых, на территории Калининградской области имеет возможность совмещать в себе функции поддержания здоровья не только местного населения, но и приезжего. Тем самым, мы наблюдаем развитие территории. Развитие территории – основа геобрендинга.

На мой взгляд, Калининградская область может успешно продолжать двигаться в этом направлении. Показать регион не только со стороны историко-архитектурного наследия, но и со стороны доступности активного отдыха. К тому же, движение в этом направлении, безусловно, развивает туристический спрос. А туристический спрос, в свою очередь, влечет к развитию территории и формированию образа, бренда.

Литература

1. Визгалов Д.В. Брендинг города, 2011.
2. Лебедева Т., Ассаель А., Кормановская Т., Эпштейн Л. Геобрендинг: практическая коммуникация в продвижении территорий, 2014 г.
3. Логунцова И.В. Особенности территориального брендинга в российских условиях, 2013 г.
4. <https://www.newkaliningrad.ru/catalog/aktivnyy-otdykh/> (дата обращения: 25.03.2022).

© Матусь Н.В., 2022

Формирование культуры здоровья молодой семьи

Насырова Алина Андреевна

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавр направления «организация работы с молодежью», 5 курс

(г. Уфа, Россия)

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью
г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»

В Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года определены стратегические цели в сфере охраны здоровья граждан [12]. Угрозами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются [12]:

- 1) высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных и других);
- 2) отток высококвалифицированных медицинских работников из государственных медицинских организаций;
- 3) достаточно высокий уровень распространенности наркомании и алкоголизма, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулеза, увеличение количества случаев травматизма и отравлений;
- 4) распространение антимикробной резистентности;
- 5) рост эпидемиологической значимости условно-патогенных микроорганизмов, увеличение частоты заболеваний, вызываемых инфекциями, у лиц с иммунодефицитными состояниями, распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- 6) риск осложнения эпидемиологической ситуации на фоне неблагоприятной ситуации в иностранных государствах по ряду новых и опасных инфекционных заболеваний;
- 7) риск возникновения новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории Российской Федерации

инфекционных и паразитарных заболеваний, возникновение и распространение природно-очаговых инфекций, спонтанная зараженность возбудителями инфекций, возврат исчезнувших инфекций, преодоление микроорганизмами межвидовых барьеров;

8) риск противоправного использования биологических и иных смежных технологий, осуществления опасной техногенной деятельности (в том числе с использованием генно-инженерных технологий), а также биологического терроризма.

Целями развития здравоохранения в РФ являются увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий [12].

Достижение этой цели возможны только комплексные усилия различных институтов.

В РФ было принято ряд целевых программ для сохранения здоровья населения, в числе их Государственный проект «Здоровая нация – здоровая Россия» [8]. Этот проект предусматривает реализацию основных направлений [9]:

- подготовка профессионалов в медицинской сфере, которые могли бы принять участие в реализации оздоровительных мероприятий, а также программ, направленных на формирование здорового образа жизни среди населения;

- подготовка информационно-коммуникационных программ, целью которых является отказ людей от курения, алкоголя и прочих вредных привычек;

- формирование масштабных программ, которые можно реализовывать совместно с различными общественными институтами. Это, например, церковные,

государственные, общественные, предпринимательские и прочие виды сообществ.

Все чаще появляется термин «культура здоровья» как целевое предписание в просветительных и оздоровительных программах [10]. Для формирования культуры здоровья водилось достаточным установление степени физического развития личности, коэффициент его заболеваемости в настоящий момент, а аспекты социального самочувствия изучались недостаточно. Культуру здоровья можно отнести к области гуманитарной культуры, в которой формирование ценностей и приоритетов наступает с рождения малыша и продолжается на всех стадиях его развития и обучения.

Для развития здорового человека и обеспечения его сохранности многие ученые предлагают принять Программу домашнего воспитания [10]. Семья как социальный институт и малая социальная группа важна для передачи фундаментальных ценностей [2]. Семья организует жизнедеятельность человека, характеризуя материальное положение, уровень образования, социально-профессиональный статус и, что особенно важно, внутреннее развитие [13]. В отличие от факторов, выражающих воздействие семьи на здоровье (например, генетических), легко поддающихся некому целевому влиянию или вовсе не поддающихся ему, значительные характеристики вида жизни (здорового или нездорового) семей, возможно, отнести к количеству контролируемых факторов [3].

Семья – небольшая социальная группа общества, основанная на родстве или браке, члены, что объединены совместным бытом [2]. От того, какое положение царит в доме прямо зависит социальное благосостояние и здоровье детей, появляющихся в данной семье.

Как общественный институт семья обязана соответствующим образом заботиться о физическое и

психологическое самочувствие своих детей, оказывать им защиту, поддержку, формировать верное воспитание и помогать в социализации, несмотря на постоянство сегодняшней жизни, разнообразную занятость, изменения ценностных ориентаций населения [2]. Здоровье родителей обеспечивает здоровье детям. Осознавая этот постулат большинство молодых людей стали уделять большое внимание своему здоровью и своей физической подготовке. Молодежь занимается в спортивных клубах, на различных спортивных площадках, катках, горнолыжных комплексах.

Молодые супруги сталкиваются с множеством социальных проблем: медицинские, социально-экономические проблемы, но и, социально-психологические. Важным условием для развития крепкого народа, здоровой цивилизации представляется формирование культуры здоровья в молодой семье [4].

Здоровый образ жизни оказывает воздействие на формирование внутренней культуры супругов, на укрепление внутрисемейных отношений, поддержание нравственных связей с окружающими людьми, преодоление психоэмоциональных проблем и стрессовых ситуаций. Сохранение здоровья в репродуктивном возрасте определяет уровень рождения детей в семье [6]. Если репродуктивное здоровье супругов нарушено, в зрелом возрасте становится сложнее обеспечить появление детей. Поэтому медицинские задачи занимают в жизни молодых семей значительное место, несмотря на то, что молодые супруги не всегда уделяют им надлежащее внимание [1].

В настоящее время решение медико-социальных проблем молодой семье обуславливает профилактику семейного неблагополучия через создания здоровьесберегающей среды.

Физическое воспитание, в плане системного развития ценностных ориентаций культуры здоровья молодой семьи, определяет перед собой намерение последующих значительных задач [5]:

- повышение значения здоровья, формирование физических способностей;
- познание жизненно-важными моторными навыками, умениями, применение их в повседневной жизни;
- формирование здорового образа жизни;
- увеличение грамотности в вопросах независимого употребления разнообразных упражнений и видов спорта для решения оздоровительных задач;
- усвоение основ семейного физического воспитания;
- развитие необходимости в физическом совершенствовании и навыков систематизации досуга с применением средств физической культуры.

В Российской программе реализуются государственные программы, направленные на поддержку молодой семье. Например, программа «Молодая семья», направленная на решение жилищной проблемы [11].

Формированию здорового образа жизни и укреплению здоровья супругов содействует социальный институт - клуб молодых семей. В настоящее время в России созданы и функционируют более 1500 клубов молодых семей [7]. В рамках Клуба молодые супруги могут получить консультационную, просветительскую, социальную и юридическую помощь. Клубы проводят различные форумы и мероприятия, посвященные вопросам здорового образа жизни, охране здоровья супругов и детей [15]. Актуальными направлениями являются – семейный туризм, семейные прогулки, семейные занятия физкультурой [15].

Важными факторами здорового образа жизни являются соблюдение режима труда и отдыха,

правильное питание, крепкий сон, активная мышечная деятельность, закаливание организма, профилактика вредных привычек, знание требований санитарии и гигиены, экология окружающей среды, культура межличностного общения, сексуальное поведение [14].

Итак, для формирования социально-благополучной молодой семьи важно заниматься культурой здоровья. Создание правильного отношения супругов к собственному здоровью, развитие необходимости в занятиях физической культурой и спортом, противостояние развитию негативных, рушащих здоровье модификаций поведения поможет выработать запас здоровья и обеспечить воспроизводство физически здорового и психически полноценного потомства.

Литература

1. Анафьянова Т.В. К вопросу о стратегии развития потенциала здоровья молодых семей // Современные проблемы науки и образования. 2011. №5. С. 13-15.
2. Газимов М.Р. Семья как основной социальный институт // NovaInfo.Ru. 2016. Т. 4. № 46. С. 369-373.
3. Кузьменко Т.В. Планирование семьи как социальный институт и процесс // Вестник Мордовского университета. 2004. Т.14. № 3-4. С.65-78.
4. Культура здоровья как фактор развития социально-демографической ситуации в современном российском обществе // Вопросы культурологии. 2015. №7. С. 29-33.
5. Маратова А.М. Здоровый образ жизни – гармония жизни и здоровье человека // Наука и современность. 2013. № 22. С. 16-20.
6. Меньшакова Т.Ю. Основные подходы к организации психолого-педагогического сопровождения формирования семейных ценностей молодой семьи // Вестник Пермского государственного университета.

Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2020. № 1. С. 103-108.

7. Плотников И.А., Кирилук Е.В. Клуб «Молодая семья» как форма досуга // Научные труды Института непрерывного профессионального образования. 2014. № 3. С. 181-185.

8. Режим доступа: <https://fb.ru/article/348162/gosudarstvennaya-programma-zdorovaya-natsiya---zdorovaya-rossiya-opisanie-i-osobennosti> // дата обращения 3.03.2022.

9. Режим доступа: <https://autogear.ru/article/348/162/gosudarstvennaya-programma-zdorovaya-natsiya---zdorovaya-rossiya-opisanie-i-osobennosti/#text-block-1> // дата обращения 3.03.2022.

10. Режим доступа: <https://kupi-go.ru/rabochaya-programma-na-temu-programma-semeinogo-vospitaniya-v-usloviyah.html> // дата обращения 3.03.2022.

11. Режим доступа: <http://www.programma-molodaya-semya.ru/> // дата обращения 3.03.2022.

12. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_326419/ // дата обращения 3.03.2022.

13. Романова К.С. Трансформация семьи как социального института в условиях изменения государства и собственности // Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук. 2010. № 10. С. 271-287.

14. Современные технологии сохранения и укрепления здоровья детей: учеб.пособие / под. общ. ред. Н. В. Сократова. М.: «ТЦ Сфера». 2015. 224 с.

15. Энис Е.А. Клуб молодой семьи как одна из форм социально-психологической работы с молодыми семьями // Научные исследования и разработки молодых ученых. 2015. № 4. С. 59-62.

Пути улучшения организации первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации

Пескова Диана Вячеславовна

e-mail: motya2912@yandex.ru

Тюмень, Тюменский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Государство заинтересовано в здоровье своих граждан, так как именно от них зависит благосостояние страны. За счет доступной медицины можно увеличить показатель продолжительности жизни населения. Чем лучше здоровье граждан, тем дольше они будут являться стабильными налогоплательщиками. Многие заболевания можно предотвратить путем отлаженной работы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Именно поэтому в Национальном проекте «Здравоохранение» первым по значимости стоит Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

Первичное звено медицины в виде врача общей практики в развитых западных странах является завершающим этапом посещения медицинской организации в 80-95% случаев. В России участковый терапевт может быть последним звеном лишь в 1 трети случаев. Это связано с тем, что нагрузка на врачей-терапевтов и врачей общей практики (ВОП) возрастает, что заставляет их направлять пациентов к узким специалистам. Последнее увеличивает число неудовлетворенных пациентов из-за длительного

ожидания приема, что также может ухудшить течение патологических процессов организма.

Цель. Выявить пути улучшения организации первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации.

Материалы. В рамках данной работы были использованы: Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», научные публикации отечественных авторов.

Обсуждение. Доступность и качество ПМСП характеризует деятельность всей системы здравоохранения. ПМСП выполняет ряд функций: профилактика, диагностика и лечение заболеваний; реабилитация пациентов; ведение беременности; а также просвещение населения о важности здорового образа жизни. На данном уровне работает средний медицинский персонал, а также врачи-терапевты/-педиатры, врачи общей практики.

Главная задача ПМСП – профилактика заболеваний, а также раннее их выявление за счет диспансеризации населения.

По данным Росстата в 2021 году диспансеризацию прошло лишь 31% населения. Ее необходимо проводить каждому гражданину минимум раз в год для раннего выявления патологических состояний, угрожающих жизни. Необходимо просвещать население в этом вопросе и освещать его в средствах массовой информации.

В период с 2016 по 2018 годы Минздрав России отменил интернатуру перед допуском к лечению пациентов, а также нет обязательной двухлетней ординатуры. С 2020 года в связи с эпидемиологической обстановкой из-за COVID-19 студенты-медики учатся частично в дистанционном формате, без посещений реальных пациентов и разборов клинических случаев,

что также сократило возможность обучиться правильному ведению пациента и составлению истории болезни. Это привело к тому, что готовность работников ПМСП грамотно справляться с поставленными задачами резко снизилась. Если учесть еще тот факт, что прием участкового терапевта длится 15 минут, то врачам из-за отсутствия опыта и страха совершить ошибку в лечении приходится направлять пациента к узкому специалисту. Последнее приводит к продолжительному ожиданию записи пациента на прием, что может привести к прогрессированию неустановленного заболевания без назначения лечения. Также из-за того, что на участкового терапевта накладывается широкий спектр выполняемых функций и, времени для повышения квалификации или самостоятельного изучения проблем не остается. Отсутствие мотивации развиваться еще подкрепляется низкой оплатой труда и неисчислимыми трудовыми обязательствами, что в конечном итоге приводит к увольнению и переходу в конкурентоспособные частные клиники, не относящиеся к ПМСП.

Путь решения проблемы состоит в пересмотре методики обучения студентов-медиков для того, чтобы в процессе 5-ти или 6-ти летнего обучения был получен опыт и уверенность в работе с пациентами для решения вопросов на приеме без дополнительного ожидания. Следует рассмотреть увеличение количества часов, которые отведены на отработку навыков в симуляционных центрах, так как даже сегодня студенты не допущены до пациентов из-за риска распространения COVID-19. Нужно производить более тщательную оценку знаний будущих специалистов и усложнить процесс аккредитации. Так мы сможем сократить число обращений к узким специалистам при многих патологиях. Последнего можно достичь путем разработки отдельных методических рекомендаций с

алгоритмами «по всем направлениям трудовых функций врачей» [2]. Ими необходимо обеспечить всех врачей ПМСП. Это важно, так как клинические рекомендации, которые мы имеем сегодня, охватывают слишком большой объем информации и неудобны в оперативном использовании на рабочем месте.

В помощь специалистам следует разработать систему, в которой было бы возможно решать клинические вопросы в формате онлайн с другими врачами общей практики или же с узкими специалистами. Эта система должна быть на рабочем месте каждого работника ПМСП для ускорения принятия решений.

Стоит ликвидировать дефицит специалистов путем дополнительной материальной мотивации: устранение разницы оплаты труда в зависимости от региона приведет к уменьшению оттока специалистов в районы с большим показателем.

Выводы. Проведение качественной ПМСП предотвращает развитие множества патологических состояний, угрожающих жизни. Мы предложили пути улучшения работы ПМСП, которые можно начать рассматривать уже сейчас.

Литература

1. Паспорт Национального проекта «Здравоохранение». М. : Минздрав России, 2019. – 55 с.
2. Прохоренко Н. Ф. и др. Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи //ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – №. 4 (18). – С. 20-42.

© Пескова Д.В., 2022

Влияние развивающих игр на здоровье детей

Пичкурова Евгения Александровна

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавр направления «организация работы с молодежью» 5 курс,

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

г.Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»

Здоровьесберегающие образовательные технологии являются наиболее значимыми среди всех известных технологий по степени воздействия на здоровье детей [6]. Главной особенностью здоровьесберегающих образовательных технологий является их широкий спектр применения. Их можно разделить на три подгруппы [11]:

□ организационно-педагогические технологии, применяющие для воздействия в структуре образовательного процесса, способствуют профилактике состояний переутомления, бездеятельности и других состояний адаптации:

□ психолого-педагогические технологии, применяющие при непосредственной работой педагога с детьми;

□ образовательные технологии, применяющие при обучении детей, заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья.

Особое внимание требует применение здоровьесберегающих образовательных технологий при формировании всестороннего развития ребенка с учетом его возрастных возможностей и индивидуальных особенностей при сохранении и укреплении здоровья. У детей формируются первые представления об

организации мероприятий по сохранению и укреплению здоровья.

Овладение практическими способами сохранения и укрепления здоровья - это подготовка ребенка к самостоятельной жизни, привитие ему необходимых навыков, умений и привитие определенных привычек.

Актуальной проблемой остается качество здоровья детей как в мире, так в каждой стране.

Согласно первому в истории исследованию уровня физической активности среди подростков, подготовленному учеными из Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для повышения уровня физической активности мальчиков и девочек в возрасте от 11 до 17 лет требуются неотложные меры [18]. По мнению Paul Garwood, показатели физической активности более 80% посещающих школу подростков в мире — 85% девочек и 78% мальчиков — находится ниже рекомендованного уровня (не менее одного часа в сутки).

Как следует из публикации, основанной на анализе результатов опроса 1,6 миллиона учащихся в возрасте 11-17 лет, в период 2001-2016 гг. по уровню физической активности девочки отставали от мальчиков во всех 146 исследованных странах, кроме четырех (Тонга, Самоа, Афганистан и Замбия) [18].

Авторы исследования отмечают, что сохранение этих тенденций не позволит достичь глобального целевого показателя относительного сокращения дефицита физической активности на 15%, необходимого для того, чтобы к 2030 г. средний показатель дефицита физической активности в мире составлял не выше 70%. Напомним, что этот целевой показатель был одобрен всеми странами на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2018 г. [7]

Спортивная игра является одним из важнейших средств физического воспитания детей дошкольного возраста. Спортивная игра способствует физическому, умственному, нравственному и эстетическому развитию ребенка. Игра дошкольника имеет важную отличительную особенность, которая отличает ее от других видов деятельности. Во время игры ребенок усваивает механизмы замещения, которые, по словам Л.С. Выгодского, являются «смысловой стороной его поведения» [8, С. 13-15].

Игры различаются по содержанию, форме и характерным особенностям – основаниям, которые позволяют каждой из них занять свое место в жизни ребенка, его развитии, обучении и воспитании [23].

В отечественной науке была разработана теория игры в аспекте выяснения ее социальной природы, внутренней структуры и значения для всестороннего развития ребенка И.Е. Берлянд, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Н.Я. Михайленко и другие [3, 9, 14, 16]. Педагогику игры, место игры в педагогическом процессе, организацию игровой деятельности, руководство игрой разрабатывали Аникеева Н.А., Богуславская З.М., Смирнова Е.О., Козлова С.А., Куликова Т.А. [1, 4, 13].

Задачи воспитания и развития детей при помощи игровой технологии [15]:

1. Способствовать развитию всех компонентов детской игры: обогащению тем и видов игр, игровых действий, сюжетов, умению устанавливать ролевые отношения, вести ролевой диалог, создавать игровую среду с использованием реальных предметов и их заменителей, действовать в реальных и воображаемых игровых ситуациях.
2. Создать основу для развития содержания детских игр: обогащать представления детей о мире и круге интересов

с помощью детской литературы, просмотра кукольных спектаклей; развивать воображение, творческие способности, интерес к игровым экспериментам.

3. Формировать умение следовать правилам игры в дидактических, подвижных, развивающих играх.

4. Развивайте дружеские отношения между детьми, обогащайте способы их игрового взаимодействия. Единственный язык, который легко даётся детям – это язык игры. Это игра, которая позволяет скорректировать возникающие возрастные проблемы и трудности в отношениях.

По определению П.Ф.Лесгафта, «подвижная игра является упражнением, посредством которого ребенок готовится к жизни». По мнению М.Н.Жукова, «подвижная игра – относительно самостоятельная деятельность детей, которая удовлетворяет потребность в отдыхе, развлечении, познании, в развитии духовных и физических сил» [12]. А В.Л. Страковская считает, что «подвижная игра – это средство пополнения ребенком знаний и представлений об окружающем мире, развития мышления, ценных морально-волевых качеств» [20].

Таким образом, "подвижная игра - это сознательная, активная деятельность ребенка, характеризующаяся точным и своевременным выполнением заданий, связанных с правилами, которые являются обязательными для всех игроков".

Детские игры - явление неоднородное. Даже неспециалист заметит, насколько разнообразны игры по своему содержанию, степени самостоятельности детей, формам организации, игровому материалу. Из-за разнообразия детских игр трудно определить исходные основания для их классификации. Так Ф. Фребель в основу своей классификации положил принцип дифференцированного влияния игр на развитие ума

(умственные игры, внешних органов чувств, сенсорные игры, моторные игры)

Характеристика видов игр немецкого психолога К. Гроса [11]:

- 1 группа по педагогическому значению: игры подвижные, умственные, сенсорные, развивающие волю.
- 2 группа совершенствование инстинктов: семейные игры, игры в охоту, ухаживание.

В отечественной дошкольной педагогике сложилась классификация детских игр, базирующаяся на степени самостоятельности и творчества детей в игре.

Лесгафт П. Ф. разделил детские игры на две группы [23]:

1. Имитационные (подражательные)
2. Подвижные (игры с правилами)

В работах Н. К. Крупской детские игры делятся на две группы [9]:

I. Творческие игры:

1. режиссерские,
2. сюжетно-ролевые,
3. театрализованные,
4. игры со строительным материалом

II. Игры с правилами:

1. Подвижные игры:

- по степени подвижности (малой, средней, большой подвижности)
- по преобладающим движениям (игры с прыжками, с перебежками и др.)
- по предметам (с мячом, лентами, обручами, флажками, кубиками и др.)

2. Дидактические игры:

- по содержанию (математические, природоведческие, речевые и др.)
- по дидактическому материалу (игры с предметами и игрушками, настольно-печатные, словесные)

На территории Российской Федерации во всех дошкольных образовательных учреждениях действует Программа «Здоровьесберегающие технологии для детей дошкольного возраста» [18]. В Программе определены цели [19]:

- содействовать укреплению здоровья;
- сформировать у дошкольника представление об ответственности за собственное здоровье и здоровье окружающих;
- научить дошкольника, осознанно выбирать поступки, поведение, позволяющие сохранять и укреплять здоровье;
- научить выполнять правила личной гигиены и развить готовность на основе её использования самостоятельно поддерживать своё здоровье;
- обучить элементарным навыкам эмоциональной разгрузки (релаксации);
- сформировать навыки позитивного коммуникативного общения;
- сформировать потребность ребёнка информировать взрослых о любых проблемах со здоровьем, а также безбоязненно обращаться к врачу по любым вопросам состояния здоровья, в том числе связанным с особенностями роста и развития.
- обеспечить дошкольника необходимыми технологиями, позволяющими сохранить и укрепить здоровье;
- обогащать знания о ЗОЖ через различные виды деятельности, изменить уклад прогимназии с пользой для здоровья каждого;
- расширить и разнообразить взаимодействие прогимназии и родителей по формированию ЗОЖ.
- сформировать представление о правильном (здоровом) питании, его режиме, структуре, полезных продуктах.

Итак, физическое воспитание детей занимает ключевое место в общей системе воспитательной работы

дошкольных образовательных учреждений. В результате целенаправленного педагогического воздействия укрепляется здоровье ребенка, тренируются физиологические функции организма, интенсивно развиваются движения, двигательные навыки и физические качества, необходимые для всестороннего гармоничного развития личности. Развитие двигательных способностей занимает особое место в физическом воспитании дошкольников.

Литература

1. Аникеева Н.П. Воспитание игрой. Новосибирск, 1994.
2. Баряева Л.Б., Зарин А. Обучение сюжетно-ролевой игре детей с проблемами интеллектуального развития. СПб. 2001.
3. Берлянд И.Е. «Игра как феномен сознания» Издательство: «Алеф». 1992. 96 с.
4. Богуславская З.М., Смирнова Е.О. Развивающие игры для детей младшего дошкольного возраста. М., 1991.
5. Быков К.М. Развитие идей И.П. Павлова // Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова, 28 июня - 4 июля 1950 г. М.: Известия Академии наук БССР. 1950. № 2. 14 с.
6. Валиуллина Р.Р. Здоровьесберегающие технологии в использовании информационных технологий в образовании детей в дошкольном образовательном учреждении // Актуальные исследования. 2020. № 9-2 (12). С. 117-121.
7. ВОЗ Согласно новому исследованию ВОЗ, большинство подростков в мире ведут малоподвижный образ жизни. Женева. 2018. ВОЗ Новости: <https://www.who.int/ru/news/item>. Дата обращения 19.03.2022

8. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. 1966. № 6. С. 13-15.
9. Выготский Л.С. «Л.С.Выготский. Полное собрание сочинений в 16 томах. Том 1. Драматургия и театр». Издательство: «Левъ». 2016. 752 с.
10. Доронина, М.А. Роль подвижных игр в развитии детей дошкольного возраста / М.А. Доронина // Дошкольная педагогика. 2007.
11. Дьяченко Т.В., Берсенева И.А. Сущность, специфика и виды здоровьесберегающих технологий в школьном образовании условиях реализации федерального государственного образовательного стандарта образования / в сборнике: Всероссийский педагогический форум. Сборник статей Всероссийского педагогического форума. Петрозаводск. 2020. С. 8-11.
12. Жуков М.Н. Подвижные игры: Учеб. для студ. пед. вузов. М.: Издательский центр «Академия», 2000.
13. Козлова С.А., Куликова Т.А. Дошкольная педагогика. М., 2000. Кравцова Е.Е. Разбуди в ребенке волшебника. М., 1996.
14. Леонтьев К.Н. «К. Леонтьев. Полное собрание сочинений и писем в 12 томах. Том 9. Литературно-критические статьи и рецензии 1860-1890 годов». Производитель: «Владимир Даль». 2014. 976 с.
15. Манжелей И.В. Задачи физического воспитания детей и молодежи в контексте тенденций развития современного образования // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2013. № 3. С.10-14.
16. Михайленко Н.Я., Короткова Н.А. Организация сюжетной игры в детском саду: Пособие для воспитателя. 2-е изд., М.: Издательство «ГНОМ и Д», 2000. 96 с.
16. Режим доступа: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>. Дата цитирования 19.03.2022.

17. Режим доступа: <https://infourok.ru/programma-razvitiya-zdorovesberegayuschie-tehnologii-detey>. Дата цитирования 19.03.2022.
18. Режим доступа: <https://www.maam.ru/detskijsad/zdorovesberegayuschaja-programa>. Дата цитирования 19.03.2022.
20. К.Гросс Сущность игры. Теории игры. М.: Поиск. 2018. 225 с.
21. Фисенко А.П. Охрана здоровья детей в России: история и задачи Десятилетия детства (к 255-летию государственной системы охраны здоровья детей. Российский педиатрический журнал. 2018; 21(5). 260-265.
22. Храмцов П.И., Молдованов В.В., Сотникова Е.Н. Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Материалы международного конгресса, ч. 3. М, 2004. 282 с.
23. Щербаков А.В., Щербакова Н.И. Спортивная игра. Учебно-методическое пособие. М. 2010.

© Пичкурова Е.А., 2022

**Повышение качества и доступности медицинских
услуг и лекарственного обеспечения
в Российской Федерации**

Сахаутдинов Камиль Витальевич

e-mail: rinna55@bk.ru

бакалавры направления «социология» 3 курс,

Научный руководитель:

Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

Главной целью как системы здравоохранения в целом, так и ее отдельных структурных элементов (вплоть до конкретного медицинского работника) является оказание качественной медицинской помощи, направленной на достижение оптимально возможных показателей общественного здоровья и высокого уровня удовлетворенности населения [3]. Современная медицина характеризуется значительными достижениями в области новых технологий, диагностики и лечения. Проблема предоставления качественных медицинских услуг рассматривается на национальном уровне не только в России, но по всему миру. Результаты исследований показывают наличие проблемы предоставления некачественных медицинских услуг населению [10]. После проведения опросов и оценок по результатам обследований пациентов в пяти стационарных клиниках обнаруживается, что 45-50% пациентов, поступивших в больницы во время обострения, не были обследованы или плохо обследованы в клиниках [9].

Существуют факторы, которые влияют на оценку качества медицинских услуг. Например, когда пациенты не придерживаются предписанного курса лечения, это может помешать исследованию, и его трудно идентифицировать [2]. Обеспечение и поощрение медицинских услуг является приоритетом для российской системы здравоохранения. Разработка, внедрение и поддержание высококачественных и экономически эффективных услуг создает множество возможностей и проблем для реформирования системы здравоохранения [7]. Данные, полученные в результате исследований в области здравоохранения, приводят к

открытию новых методов лечения, а также новых методов и процедур, которые могут улучшить систему здравоохранения. Предоставление актуальной информации о медицинских учреждениях имеет решающее значение для улучшения предоставления медицинской помощи населению. В области здравоохранения для повышения качества медицинского обслуживания населения России необходимо разработать национальные, провинциальные и территориальные, региональные и местные подходы для преобразования новейшей исследовательской и медицинской информации в улучшение качества медицинских услуг, предоставляемых больным [4].

В России создана динамичная структура, которая подчеркивает сильные стороны существующей системы здравоохранения при одновременном применении концепций непрерывного улучшения качества. Задача состоит в том, чтобы найти наилучшие способы улучшения систем, то есть профессиональные, организационные и административные подходы, имеющие отношение к российскому здравоохранению. Существующие работы по этому вопросу демонстрируют конвергенцию моделей или рамок, которые включают научные исследования и механизмы измерения, с помощью которых можно улучшить здравоохранение [11].

Качество в здравоохранении – это сложная, даже многокомпонентная система, в основу которой возложена совокупность принципов, характеризующих эффективность, экономичность, адекватность, своевременность, доступность, достаточность процессов по охране здоровья человека (населения) на уровне научно-технических достижений в современный период [12]. Основная цель внедрения стандарта ISO 9001 в медицинских учреждениях – это возможность

обеспечить потребителю оказание качественных услуг, которые будут соответствовать их требованиям. Также использование СМК позволяет улучшить условия труда (финансовые, психологические) самого персонала [1]. Здесь же отметим основной состав стандартов системы качества в здравоохранении включает в себя: ISO 15378:2017, ISO 13485:2016, ISO/TR 14969:2004, ISO 14971:2019, ISO IWA 1:2005 [5]. При оценке качества услуг существует сложный аспект, связанный с тем фактом, что качество также определяется предметом обращения.

С 2013 г. в нашей стране внедряется независимая система оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая медицинские организации. Но предмет оценки в этой системе ограничен – это качество условий оказания услуг организациями социальной сферы [8]. На протяжении многих лет ученые использовали множество различных подходов к включению этих сложностей в определение качества медицинской помощи. Вместо определения качества можно определить, как различаются взгляды на качество [14]:

- 1) производители оценивают технические аспекты услуг, в основном по уходу за больными, но уделяют мало внимания доступу или распределению медицинской помощи;
- 2) потребители желают минимального уровня технической компетентности, но в большей степени подчеркивают простоту доступа, непрерывность и гуманизацию ухода, и профилактика заболеваний;
- 3) общество, с другого уровня, фокусируется на том, как уход влияет на здоровье населения и как социальная и экономическая эффективность системы соответствует приоритетам общества.

В соответствии с требованиями действующего законодательства в структуру тарифа на оплату медицинской помощи (нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) включены расходы на приобретение лекарственных средств [6]. Чтобы управлять и повышать ценность медицинских услуг, поставщики должны измерить ценность медицинской помощи в аналогичных группах пациентов, проанализировать внутренние процессы оказания услуг, провести тестирование измененных процессов оказания услуг и определить, приводят ли эти изменения к лучшим результатам. Можно предложить следующие виды измерений, которые могут быть частью каждого компаса в процессе планирования: смертность и заболеваемость (такие как признаки, симптомы, осложнения после лечения, результаты диагностических тестов, определение физиологических показателей в лаборатории) [6].

Итак, для анализа качества услуг сферы здравоохранения необходима своевременная информация об оказанной услуге с точки зрения соответствия стандартам оказания медицинской помощи, потребностям населения с учётом современных достижений медицинской науки и технологий [7].

Литература

1. ISO 9001 в медицине. Режим доступа: <https://www.iksystems.ru/a6/>. Дата обращения 15.03.2022.
2. Алексеев В.А., Сафонова М.Ю., Ганатов С.Г., Тельхигов А.Ю., Шурандина И.С. Здоровье населения, медицинская помощь и оплата медицинских услуг // Проблемы управления здравоохранением. 2009. № 6. С. 32-37.

3. Гришина Н.К. Основные принципы реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. №2. С. 32–36.
4. Данилов А.И., Бизенков А.С. Реформирование системы здравоохранения в современной России // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2019. Т. 18. № 1. С. 202-205.
5. Менеджмент качества в здравоохранении. Режим доступа:
https://www.kpms.ru/Standart/ISO_Healthcare.htm. Дата обращения 15.03.2022.
6. Никитенко, Д. Н. Совершенствование системы лекарственного обеспечения многопрофильной медицинской организации: современное состояние проблемы и пути решения / Д. Н. Никитенко // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2018. – Т. 13. – № 2. – С. 123.
7. Панченко Е.С. Экономический аспект реформирования системы здравоохранения в современной России // в сборнике: Государство и бизнес. Современные проблемы экономики. Материалы X Международной научно-практической конференции. Северо-Западный институт управления РАНХиГС при Президенте РФ. 2018. С. 189-194.
8. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации [Текст] / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина: препринт WP8/2019/01 / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики. 2019. (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). 6 с.

9. Рожков Д.В. Государственное регулирование медицинских услуг населения // В сборнике: Молодая наука. Сборник трудов научно-практической конференции для студентов и молодых ученых. Научн. ред. Н.Г. Гончарова; редкол.: Г.А. Штофер, О.В. Красникова, Д.В. Шадуро. 2019. С. 171-173.
10. Русских Т.Н. Моделирование спроса населения региона на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования // Труды кубанского государственного аграрного университета. 2008. № 10. С. 32-37.
11. Сайдуллаев А.Х. Основные модели финансирования национальных систем здравоохранения // В сборнике: научно-технический прогресс как фактор развития современного общества. Сборник статей Международной научно-практической конференции. 2018. С. 214-218.
12. Федорова, И. Ю. Повышение качества услуг в сфере здравоохранения / И. Ю. Федорова, Д. Н. Решетов // Экономика и социум: современные модели развития. – 2017. – № 16. – С. 136.
13. Швец Ю.Ю. Состояние и тенденции развития рынка медицинских услуг в России // Ученые записки Российской Академии предпринимательства. 2017. Т. 16. № 1. С. 202-219.
14. Шестакова Е.В., Мамыкина К.К. Методологические подходы к определению понятия «качество медицинской услуги» // Синергия Наук. 2021. № 59. С. 616-636.

© Сахаутдинов К.В., 2022

Реакция молодежи на обстоятельства COVID-19 и противоэпидемические меры

Стужук Дарья Андреевна

Введение. Возникновение пандемии COVID-19 стало серьезным вызовом для всего мира. В сложившихся условиях государству было необходимо разработать и своевременно реализовать наиболее качественные противоэпидемиологические меры. Такой «быстрый» подход предусматривался преимущественно при опережающем типе реагирования (жесткая ограничительная политика), который и был реализован в РФ. Однако жесткость вводимых мер привела к непринятию и несоблюдению частью населения требований. По результатам исследований среди молодежи было больше «коронаскептиков» - тех, кто не верил в серьезность COVID-19 и считал вводимые меры излишними [8], а главой ВОЗ молодежь отмечалась как «виновник» распространения COVID-19 [5].

Цель работы – проанализировать реакцию молодежи на обстоятельства COVID-19 и противоэпидемиологические меры, предпринятые со стороны государства.

Методология.

Перед этапом проведения количественного исследования в рамках работы был проведен анализ ряда исследований реакции молодежи на COVID-19, в результате которого было определено следующее:

- Основными причинами нарушения режима самоизоляции со стороны молодежи были: вынужденное нарушение из-за необходимости; осознанное нарушение, вызванное эгоизмом [7]; неосознанное нарушение, вызванное недоверием к распространяемой информации и отсутствием страха заразиться [3];
- возникновение пандемии особенно повлияло на молодых людей, так как для большинства из них это была

первая в жизни встреча с подобной кризисной ситуацией [1-2];

- непонимание серьезности пандемии в силу нехватки медицинских и эпидемиологических знаний [6], а также отрицания значимости противоэпидемиологических мер и дезинформации (посредством социальных сетей) привели к «неадекватной» оценке государственных мер [4].

Количественное исследование реакции молодежи на COVID-19 и государственные противоэпидемиологические меры было проведено в апреле-мае 2021 г. при использовании Интернет-опроса мнения студенческой молодежи г. Москвы в возрасте от 18 до 25 лет (N=101).

Результаты и обсуждение

При оценке полноты государственных мер наблюдалось практически равное распределение положительно и отрицательно ответивших – 25,7% и 27,7% соответственно. Можно выделить большую долю затруднившихся ответить – 38,6%. Некоторые респонденты давали собственные обоснования относительно полноты мер, что говорит о заинтересованности в ситуации.

При оценке доступности, полезности и убедительности государственной информации о распространении COVID-19 были получены следующие значения:

- доступность в большей степени оценивалась как доступная, но в разной степени (относительно доступна – 21,8%; в целом доступна – 31,7%, полностью доступна – 39,6%);
- полезность оценивалась как полезная (в большей степени как относительно и в целом полезная – 34,7% и 36,6% соответственно);

- убедительность оценивалась как в большей степени как относительно убедительная – 34,7% и малоубедительная – 30,7%, то есть в целом информация обладала низким уровнем убедительности для молодежи.

Относительно доверия к получаемой информации можно сделать следующий вывод: респонденты поделились на две категории: те, кто перепроверял любую информацию о COVID-19 (32,7%) и те, кто не проверял никакую (32,7%), отдельно стоит выделить тех, кто перепроверял информацию из социальных сетей (25,7%) – относительно высокое значение по сравнению с перепроверкой официальной информации от органов власти (8,9%).

Примечательно, что большая часть респондентов оценила полезность информации об инфекционных заболеваниях, полученной во время пандемии, как относительно или малополезную для дальнейшей жизни и принятия решений о своем здоровье (в целом 73%). Это в определенной степени говорит о том, что молодежь относится недостаточно серьезно к тому, что в дальнейшем придется так же усиленно заботиться о своем здоровье как в случае с COVID-19. При этом 67,4% респондентов сказали, что стали относиться к своему здоровью внимательнее после пандемии.

Было также рассмотрено отношение молодежи к вакцинации от COVID-19, которое оказалось неоднозначным, но в целом обнадеживающим – 49,5% были готовы прививаться; 40,6% - нет; 9,9% затруднялись ответить. Среди причин отказа от вакцинации, наиболее распространенной являлась неизученность вакцины. Для практически 60% убедительность вакцинации стала бы выше при получении рекомендации вакцинироваться от специалиста.

Заключительный вопрос для рассмотрения – необходимость введения в образовательные программы как в школе, так и в ВУЗах курсов о возникновении, распространении и мерах профилактики заболеваний аналогичных COVID-19. 59,4% респондентов были «за» подобные курсы, а 75% опрошенных считали, что это в той или иной степени улучшило бы ситуацию с темпами распространения COVID-19.

В заключение стоит отметить, что полученные результаты, а также в целом сбор данных о состоянии молодежи в ответ на COVID-19 и изучение отношения как к самой пандемии, так и к правительственным мерам, формируют направления работы с данной возрастной группой по повышению медицинской грамотности, а также проведению образовательной политики по формированию более ответственного отношения молодежи к своему здоровью и здоровью окружающих.

Литература

1. Васильева О. А. Адаптационные механизмы поколения Z в условиях стресса, вызванного самоизоляцией из-за пандемии COVID-19 //Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. – 2021. – №. 3. – С. 43-48.
2. Гафиатулина Н. Х. Снижение социальной активности российской молодежи как реакция на кризис в жизни в условиях самоизоляции //Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2020. – №. 5.
3. Горбатова М. М., Билан М. А., Ермолаева Е. Н. Система представлений студенческой молодежи о социальных аспектах COVID-19 //Профессиональное образование в России и за рубежом. – 2020. – №. 4 (40). – С. 9-15.
4. Евсюкова Т. В., Казанская Е. В., Лесная Е. Н. Целевые приоритеты и модели социального

взаимодействия российской молодежи в условиях COVID-19 //Социальное предпринимательство и корпоративная социальная ответственность. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 129-144.

5. Информационное агентство «РБК». Глава ВОЗ возложил вину за вспышки COVID-19 на молодежь [Электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://www.rbc.ru/society/31/07/2020/5f2393f39a7947aa50e4760d> (дата обращения 07.10.2021)

6. Козлова М.В., Чернобай Е.В., Гасинец М.В., Федоров О.Д. Как сократить риски эпидемий, или чем Health Literacy может помочь в решении этой проблемы? / Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Институт образования. — М.: НИУ ВШЭ, 2020. — 48 с. — 200 экз. — (Современная аналитика образования. № 11 (41)).

7. Мониторинг экономики образования НИУ ВШЭ. Выпуск №1, 2021 «Студенты вузов в условиях пандемии: дистанционное обучение, трудовые траектории и восприятие ограничений» [Электронный ресурс]. – URL: https://www.hse.ru/data/2021/01/18/1348767590/release_1_2021.pdf (дата обращения 08.10.2021)

8. Социология пандемии. Проект коронаФОМ / Рук. авт. колл. А.А.Ослон. – М.: Институт Фонда Общественное Мнение (инФОМ), 2021. – 319 с.

© Стужук Д.А., 2022

Перспективы внедрения технологии блокчейн в системе здравоохранения

Фарманян Кристина Робертовна

e-mail: kristine.farmanyan@gmail.com

студентка 3 курса

Волгоградского государственного медицинского университета Института общественного здоровья направления подготовки «Менеджмент»

Талалин Дмитрий Сергеевич

e-mail: dimatalalin@mail.ru

Студент 3 курса

Волгоградского государственного медицинского университета Института общественного здоровья направления подготовки «Менеджмент»

Научный руководитель:

Днепровская Ирина Валерьевна

Доцент, к.э.н., доцент кафедры экономики и менеджмента Волгоградского государственного медицинского университета

ВВЕДЕНИЕ: Блокчейн находится в центре многих современных разработок в сфере здравоохранения, так как предлагает новые подходы к моделям хранения и управления данными в здравоохранении. Это связано со способностью блокчейна сегментировать и защищать информацию, а также организовывать быстрый обмен медицинскими данными и услугами.

ЦЕЛЬ рассмотреть специфику и перспективы использования технологии блокчейн в системе здравоохранения, а также определить уровень осведомлённости и мнения о внедрении данной технологии в медицине. Для достижения данных целей, поставлены следующие задачи:

- 1) Определить предпосылки применения блокчейна в здравоохранении;
- 2) Выявить преимущества блокчейна для медицинских данных;
- 3) Обосновать целесообразность хранения данных ЭМК пациентов с помощью технологии блокчейн;

4)Проведение опроса среди населения и анализ полученных результатов.

МАТЕРИАЛЫ: в процессе исследования были использованы методы анализа, синтеза и сравнения. Для получения информации об осведомлённости и перспективах внедрения было проведено анкетирование в Google Forms.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Традиционные механизмы обмена медицинской информацией устарели, они не справляются со своими задачами в современной инфраструктуре здравоохранения. По факту в российских учреждениях здравоохранения отсутствуют надлежащие механизмы обмена медицинской информацией. В большинстве случаев пациент должен самостоятельно принести все свои прошлые медицинские записи в новую больницу или снова сдать медицинские анализы. Кроме очевидного неудобства, отсутствие истории болезни пациента может привести к неправильному лечению.

Другой проблемой является отсутствие исчерпывающей информации о пациенте и его истории болезни. Неполные данные пациентов могут храниться в базах данных различных больниц.

В настоящее время стоит задача создания системы хранения информации о пациентах и организации удобного доступа к ней со стороны медицинских учреждений. Блокчейн способен накапливать информацию за всю жизнь пациента, обеспечивая при этом портативность данных и высокий уровень безопасности. Реализация системы блокчейн позволит лечебно-профилактическим учреждениям и пациентам получить доступ к ЭМК, при этом обследуемые будут полностью распоряжаться своими данными.

Схема, представленная на рис. 1, подразумевает следующий принцип работы:

1. Пациент предоставляет ЛПУ временный доступ к своим данным.
2. Умный контракт временно разблокирует ЭМК пациента для внесения изменений. Пациент уведомляется о любых попытках доступа и изменениях.
3. ЛПУ использует свой идентификатор для доступа к нужным данным. После завершения медицинских процедур ЛПУ обновляет ЭМК пациента.
4. Происходит обновление ЭМК пациента. Умный контракт автоматически информирует об этом пациента и врача:
 - Пациент информируется об изменениях в ЭМК.
 - Умный контракт информирует врача о получении пациентом набора услуг в рамках посещения ЛПУ
5. Пациент подтверждает изменения в ЭМК, а врач подтверждает оказанные пациенту услуги. Кроме того:
 - Пациент может в любой момент получить доступ к своей ЭМК через единый портал государственных услуг (ЕПГУ).
 - Независимая комиссия контролирует текущие процессы в блокчейне и обеспечивает доступ к данным в случае крайней необходимости.

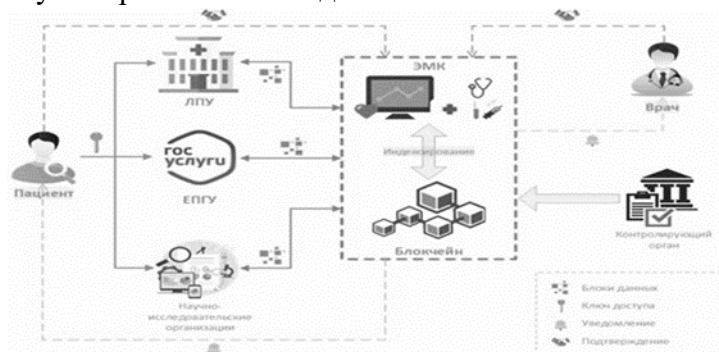


Рис.1 Схема хранения данных ЭМК на блокчейне на примере региона (Волгоградская область)

Преимущества блокчейна для медицинских данных:

- 1) Управляемые пациентом медицинские записи. Пациент владеет своими медицинскими данными и контролирует доступ к ним. Это устраняет все препятствия для получения пациентами копий своих медицинских записей или передачи их другому поставщику медицинских услуг.
- 2) Неизменяемые записи пациентов. Блокчейн может гарантировать, что медицинские данные не смогут быть изменены кем-либо, в том числе врачами и самими пациентами.
- 3) Происхождение данных. Медицинские записи подписаны источником данных. Это позволяет проверять достоверность записей и отклонять ложные записи.
- 4) Надежность и доступность данных. Поскольку записи о пациентах хранятся в децентрализованной сети, данные более устойчивы к утрате и хакерским атакам.
- 5) Конфиденциальность. Электронные медицинские карты зашифрованы в блокчейне, доступ к ним может быть получен только с использованием закрытым ключом пациента.

В опросе приняло участие 106 человек из разных регионов РФ, среди которых были участники всех возрастных категорий. Большинство опрошенных проживает в крупных городах.

Около половины опрошенных представлены студентами. Почти 38% - работающее население. Помимо этих групп, вошли пенсионеры и учащиеся школьного возраста. Подавляющее большинство респондентов владеют компьютером на достаточном уровне.

В результате исследования было выявлено, что 54,7% респондента имеют представление о технологии блокчейн, 18,9% участникам технология хорошо

известна, остальные 26,4% - впервые слышат о ней (Рис. 2).

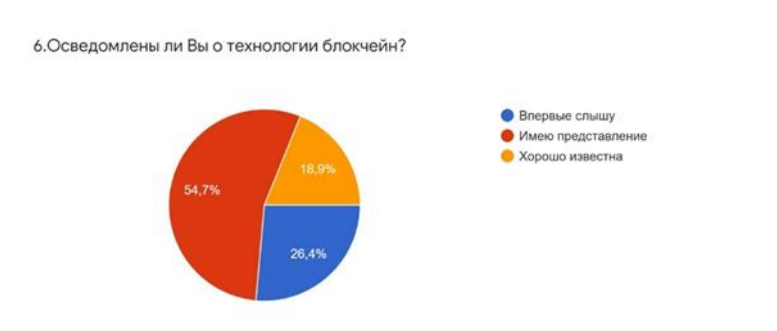


Рис.2. Вопрос из анкеты «Осведомлены ли Вы о технологии блокчейн?»

Дальнейшее участие в опросе приняли те респонденты, которые имеют представление о данной технологии либо она хорошо известна.

Следующий вопрос касался о наиболее актуальной области применения блокчейна в здравоохранении. Как оказалось, 62,8% респондентов считают электронные медицинские карты, 16,37% - медицинское страхование, 11,5% - борьба с поддельными лекарствами, 9%-управление цепочками поставок (Рис.3).

7.Как Вы думаете, какая область применения блокчейна в здравоохранении наиболее актуальная?

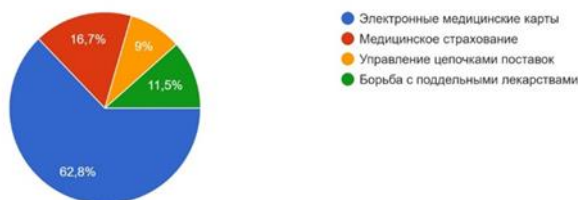


Рис.3 Вопрос из анкеты «Как Вы думаете, какая область применения блокчейна в здравоохранении наиболее актуальная?»

При ответе на вопрос «На ваш взгляд, какие перспективы открываются при внедрении технологии блокчейн в ЛПУ?» ответы распределились следующим образом: 55% - считают введение электронной истории болезни, 50% - создание единой программы для учета пациентов, 18% -автоматизация системы передачи из ТФОМС, 9%- удаленный мониторинг пациентов (Рис. 4)

8.На ваш взгляд, какие перспективы открываются при внедрении технологии блокчейн в ЛПУ?

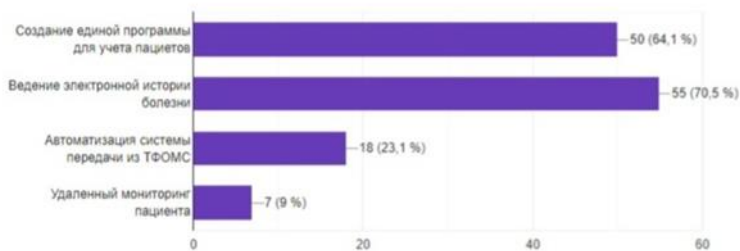


Рис.4 Вопрос из анкеты «На ваш взгляд, какие перспективы открываются при внедрении технологии блокчейн в ЛПУ?»

В выборе главного преимущества для медицинских данных для медицинских данных, мнения респондентов разделились в таком порядке: 39%- контроль пациентом записей, 24,7% - конфиденциальность, а также данное количество участников считает и неизменяемые записи для пациентов и 11,7%- определение лиц, имеющих право на доступ информации (Рис. 5).

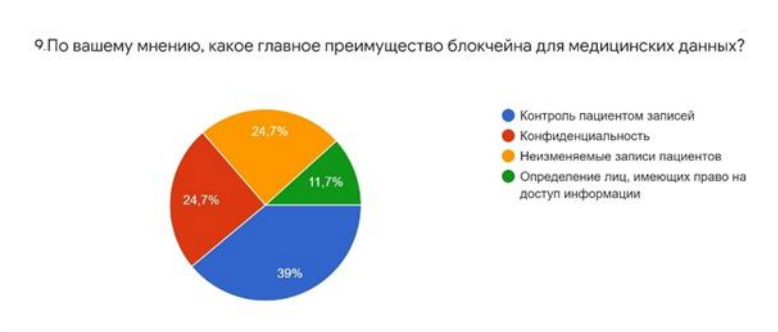


Рис.5 Вопрос из анкеты «По вашему мнению, какое главное преимущество блокчейна для медицинских данных?»

Подавляющее большинство (80,8%) считает, что технология блокчейн позволит улучшить качество медицинской помощи, 16,7% респондентов затрудняются ответить на данный вопрос, а 2,6 % не согласны с мнением большинства (Рис. 6).

10.Как Вы считаете, технология блокчейн позволит улучшить качество медицинской помощи в целом?

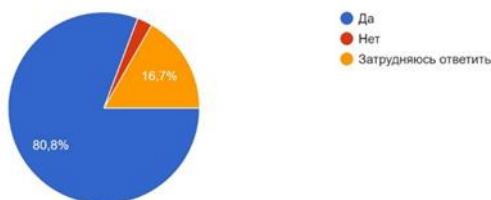


Рис.6 Вопрос из анкеты «Как Вы считаете, технология блокчейн позволит улучшить качество медицинской помощи в целом?»

Несмотря на то, что большинство респондентов считают способность улучшить качества медицинской помощи при технологии блокчейн, присутствуют ответы против внедрения технологии блокчейн в системе здравоохранения (скорее нет, чем да- 1,3%, определенно нет- 1,3%). Однако ответов за внедрение технологии блокчейн намного больше (скорее да, чем нет-32,1%, определенно да- 65,4%) (Рис. 7).

11.Поддерживаете ли Вы внедрение технологии блокчейн в системе здравоохранения?

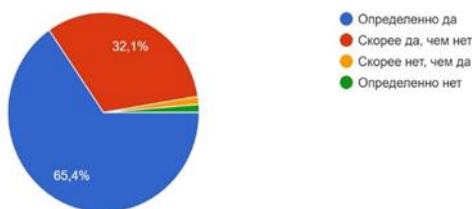


Рис.7 Вопрос из анкеты «Поддерживаете ли Вы внедрение технологии блокчейн в системе здравоохранения?»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Таким образом, блокчейн – технология, имеющая активное развитие и перспективное применение для системы здравоохранения. По результатам проведенного онлайн опроса можно сделать вывод, что большая часть респондентов знакомы и поддерживают данную технологию в здравоохранении. В целом блокчейн дает основу для качественного рывка в здравоохранении. Использование данной технологии для хранения ЭМК позволит повысить безопасность и сохранность данных пациента, а также поможет связать разрозненные базы в одно целое, сделав взаимодействие пациентов, врачей, медицинских учреждений и страховых компаний более прозрачным. Личные данные пациента будут обладать «портативностью» за счет децентрализованного хранения и находиться под контролем самого пациента.

Литература

1. Decentralized Information // Blockchain Research Lab [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL.: <https://www.blockchainresearchlab.org> (дата обращения: 28.03.22)
2. Цыганов С.Н. Применение технологии блокчейн для хранения данных электронных медицинских карт пациентов//// Фундаментальные исследования. – 2017. № 11 –С. 341-342.

© Фарманян К.Р., Талалин Д.С., 2022

Стоматологическое образование и проблемы трудоустройства врачей стоматологов. Новые реалии

Ханиев Анзор Анатольевич

e-mail: Alimenti07@mail.ru / aakhaniev@edu.hse.ru

Врач-стоматолог, студент первого курса магистратуры
«Управление и экономика здравоохранения», НИУ

«Высшая школа экономики», г. Москва

Научный руководитель:

Тарасенко Елена Анатольевна,

e-mail: etaraskenko@hse.ru

Доцент кафедры управления и экономики
здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»,
кандидат социологических наук, г. Москва

Введение:

Существуют три основные сегменты обеспечения медицинских организаций кадрами: определение реальной потребности в кадрах, устранение дисбаланса и дефицита кадров, повышение качества подготовки специалистов.

Актуальность:

В последние годы отмечается рост числа открывающихся стоматологических университетов и факультетов, число выпускников стоматологических вузов неуклонно растёт, набор в стоматологические школы тоже растёт. Пока претендентов больше, чем мест, а стоимость обучения достаточно высока, несмотря на это интерес у абитуриентов медицинских вузов именно к этой специализации, благодаря укоренившемуся мнению, что профессия врача стоматолога наиболее престижная и высокооплачиваемая. Стоматологические университеты достигли своего пика с точки зрения числа учащихся и выпускников.

Увеличение потока выпускников стоматологических факультетов отнюдь не такого качества квалификации, как ранее, вызвало снижение общего квалификационного уровня врачей на рынке труда. Среди выпускников отмечается, так называется

структурная безработица, вызванная несоответствием между навыками. При этом каждый пятый выпускник медицинского вуза не идет работать в здравоохранение.

Существует «Кадровый дисбаланс», проявляющийся неравномерным региональным распределением стоматологов и концентрацией стоматологов в городских районах.

Кроме того, отмечается «гиперразвитие» и перенасыщение рынка стоматологических услуг в частном секторе в крупных городах страны.

Цели и задачи:

Проанализировать стоматологическое образование, кадровое обеспечение, рынок стоматологических услуг, и предложить возможные предложения по улучшению.

Материалы и методы исследования:

- 1) Сравнение МГМСУ им. А.И. Евдокимова и КБГУ им. Х.М. Бербекова (Анализ приемной компании 2021г по специальности «Стоматология» и клинической ординатуре по «Терапевтической стоматологии»)
- 2) Анализ кадрового обеспечения врачей-стоматологов
- 3) Анализ рынка стоматологических услуг

Результаты:

Число выпускников стоматологических факультет непропорционально высоко. Дисбаланс в распределении стоматологов имеет тенденцию к постоянному увеличению в зависимости от различий в количестве новых стоматологов.

Отмечается сокращение врачей в государственных медучреждениях и рост числа мелких стоматологических клиник, переизбыток поставщиков медицинских услуг, уменьшение числа пациентов.

Выводы:

Обеспечение сбалансированности структуры кадров в здравоохранении входит в число наиболее

актуальных стратегических задач России. Необходимо обеспечить активное взаимодействие здравоохранения со сферой образования в области формирования планов подготовки специалистов.

Стоматологическая отрасль находится в сложном положении из-за переизбытка стоматологов.

Молодым стоматологам должна быть обеспечена интеллектуально стимулирующая среда для профессионального обогащения, выгодные условия труда и возможности для карьерного роста по всей территории страны.

Литература

1. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. Автор : Шейман И.М. ,Издательский дом ВШЭ 2008г.
2. Власова О.В. Проблемы обеспеченностью рабочей силой в различных отраслях и округах России // Наука и практика регионов. 2019
3. Д.А. Зюкин, С.А. Беляев, О.В. Власова и др. О тенденциях расширения рынка платной медицины в федеральных округах // Вестник НГИЭИ. 2019
4. Малыгина Т.Ю. Анализ основных тенденций российского рынка стоматологических услуг // Молодой ученый. 2016. № 11
5. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс].
6. Статья Тарасенко Е. А. Стратегии позиционирования частных ЛПУ на рынке медицинских услуг // Здравоохранение. 2014. № 9. С. 64-70
7. Статья Дворяшина М. М., Тарасенко Е. А. Рынок частной медицины в России: взгляд маркетолога // ЭКО. 2019. Т. 49. № 6. С. 43-61.

© Ханиев А.А., 2022

Развитие рынка орфанных препаратов Казахстана

Хохлов Филипп Александрович

e-mail: philip1@mail.ru

Москва, НИУ ВШЭ

Магистратура

Факультет социальных наук, Магистратура 1 г/о
«Управление и экономика здравоохранения»

Актуальность. Проводя глобальное сопоставление рынка Казахстана с другими странами, следует отметить один из самых низких уровней трат на орфанные препараты в сравнении с общими тратами на лекарственные препараты. Данный факт дает основания утверждать об отстающей обеспеченности лекарственными препаратами больных орфанными заболеваниями в Казахстане. Далее приведен сводный график, отражающий данную информацию.

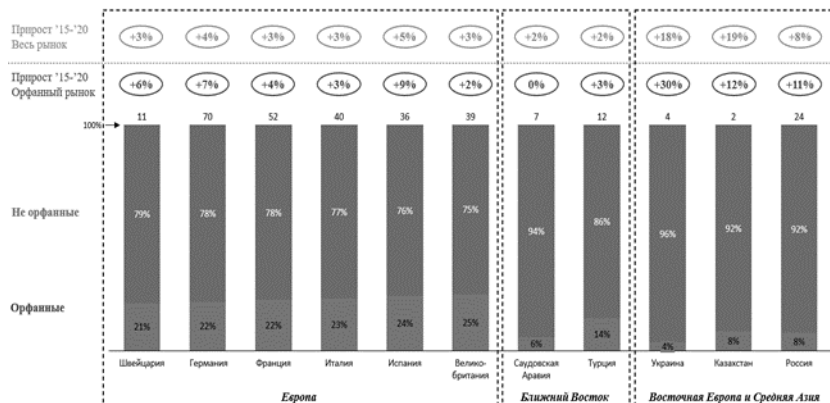


Рис.1 Доля орфанного сегмента в общем объеме рынка

Целью данной работы является сопоставление показателей Казахстана с глобальными и сбор информации о регуляторных изменениях,

поддерживающих развитие орфанного сегмента рынка лекарственных препаратов.

Далее приводится глобальное сопоставление показателей трат на орфанные препараты на душу населения и ВВП на душу населения по различным странам.

Зависимость потребления орфанных препаратов от ВВП на душу населения

Потребление орфанных препаратов на душу населения, долл.

$R^2 = 91\%$

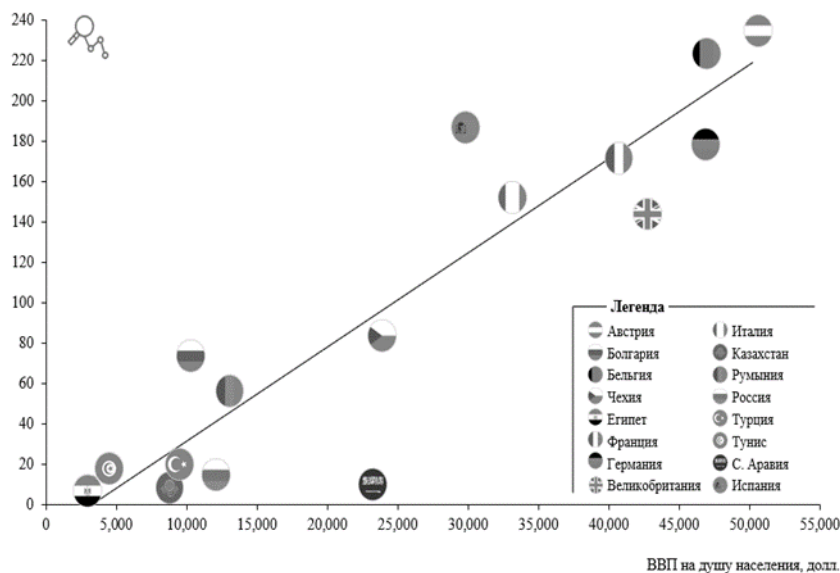


Рис.2 Показатели трат на орфанные препараты и ВВП на душу населения

Методы работы включают статистическую регрессию показателей трат на орфанные препараты на душу населения и ВВП на душу населения имеет значимую статическую зависимость – коэффициент корреляции 92% ($R^2=92\%$). Основываясь на данных показателях, можно обоснованно говорить о том, что рынки России и Казахстана находятся на более раннем этапе развития, и с последующим роста экономики,

можно ожидать роста трат, в подушевом выражении, на orphanные лекарственные препараты.

Проводя сравнение рынка orphanных препаратов Казахстана с рынком России, можно определенно говорить о некоторой схожести этих рынков, как показано на рисунке №1 и на рисунке №2, однако, структура этих рынков различается, что показано на рисунке № 3.



Рис.3 Сходство рынков России и Казахстан по МНН

Из 640 МНН с orphanными показаниями в мире. В России выделяется около 154 МНН имеющих orphanные показания, в Казахстане насчитывается 92 МНН. Пересечение списка orphanных МНН Казахстана и России составляет 56 МНН. Данный факт говорит о том, что несмотря на схожие показатели трат на orphanные препараты в обеих странах, структура этих трат различается

Регуляторная составляющая рынка orphanных препаратов Казахстана

Разработка orphanных препаратов в Казахстане началась в 2009 году с определения orphanных заболеваний и утверждения первых списков заболеваний

и лекарственных средств. В целях создания единого порядка и принципов формирования Перечня орфанных лекарственных средств утвержден приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 июня 2009 года № 304 "О порядке формирования Перечня орфанных лекарственных средств".

Определение сиротских заболеваний дано в "Кодексе Республики Казахстан об охране здоровья народа" - 18 сентября 2009 года

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 декабря 2009 года № 831 "Об утверждении Перечня орфанных лекарственных средств в Республике Казахстан"

Далее постановления 2011, 2015 и 2020 годов привнесли определенные изменения в структуру рынка орфанных препаратов Казахстана. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 мая 2011 года № 285 установлен новый перечень лекарственных средств, применяемых при наследственных, генетических заболеваниях, и порядок их приобретения в рамках предоставления гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 22 мая 2015 года № 432 "Об утверждении перечня орфанных заболеваний"

Далее Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 432 "Об утверждении перечня орфанных лекарственных средств". Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 октября 2020 года № 142 "Об утверждении перечня орфанных заболеваний и лекарственных препаратов для их лечения". Все эти постановления являются основой сегодняшнего рынка орфанных препаратов Казахстана.

Ключевые препараты и международных непатентованных наименования (МНН), используемые для лечения орфанных заболеваний.

В данном разделе будет приведена выдержка приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 октября 2020 года «Об утверждении правил формирования перечня орфанных заболеваний и лекарственных средств для их лечения».

Группы МКБ	Ключевые заболевания
Инфекционные и паразитарные заболевания	Легочный и внелегочный туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью; сибирская язва, вызванная <i>Bacillus anthracis</i>
Новообразования	Злокачественное новообразование носоглотки (назофарингиальная карцинома); Миелоидная саркома; Моноцитарная лейкемия
Заболевания крови и кроветворяющих органов и некоторые нарушения, связанные с иммунным механизмом	Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафава-Микели); Гемофилия А; Ангиогемофилия
Эндокринные, алиментарные и метаболические заболевания	Преждевременное половое созревание центрального происхождения; болезнь Гоше
Заболевания нервной системы	Рассеянный склероз; синдром Драве; синдром дефицита транспортера глюкозы Glut I
Болезни кровеносной системы	Идиопатическая легочная артериальная гипертензия, наследственная ПАГ
Заболевания дыхательной системы	Интерстициальная болезнь легких; Альвеолярные и пристеночно-альвеолярные нарушения; Синдром Хаммена-Рича
Заболевания пищеварительной системы	Болезнь Крона; Язвенный колит

Заболевания кожи и подкожной ткани	Пемфигус, болезнь Дюринга
Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани	Криопирин - родственные синдромы; болезнь Стилла у взрослых
Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии	Неполный остеогенез; Буллезный эпидермолиз

Литература

1. «Сравнительный обзор потребности в лекарственном обеспечении при орфанных заболеваниях в Казахстане и за рубежом (литературный обзор)». Просмотрено 5 апрель 2022 г.
<https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-obzor-potrebnosti-v-lekarstvennom-obespechenii-pri-orfannyh-zabolevaniyah-v-kazahstane-i-za-rubezhom-literaturnyy/viewer>.
2. Atikeler, K., W. Goettsch, A. Baran, K. Gaitova, B. Bayar, M. Czech, и H. G. Leufkens. «PHP109 – Cost of unlicensed and orphan medicines in TURKEY, KAZAKHSTAN and poland». Value in Health 21 (1 октябрь 2018 г.): S168. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.09.1003>.
3. Czech, Marcin, Aleksandra Baran-Kooiker, Kagan Atikeler, Maria Demirtshyan, Kamilla Gaitova, Malwina Holownia-Voloskova, Adina Turcu-Stiolica, и др. «A Review of Rare Disease Policies and Orphan Drug Reimbursement Systems in 12 Eurasian Countries». Frontiers in Public Health 7 (2020 г.).
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00416>.

© Хохлов Ф.А., 2022

Избыточная смертность в российских регионах в период пандемии: роль экономических и политических факторов

Чубаров Михаил Юрьевич

e-mail: myuchubarov@edu.hse.ru

+79052407772

НИУ «Высшая школа экономики», Москва

Коронавирусная инфекция стала существенной угрозой всей мировой экономической деятельности, а также самым большим вызовом для глобальной системы здравоохранения за последние сто лет. Перед правительствами стран стоит нетривиальная задача: необходимо снизить темпы распространения вируса, но при этом нужно смягчить экономические последствия антиинфекционной политики. Поэтому крайне важно научиться прогнозировать появление и распространение новых очагов пандемии, чтобы заранее внедрять таргетированные меры. Для этого крайне важно понять, какие факторы влияют на распространение вируса.

Цель исследования - установление с помощью экономико-математического моделирования (регрессионного анализа, линейных и нелинейных методов машинного обучения) факторов, влияющих на распространение коронавирусной инфекции в регионах РФ.

Проблему здоровья, увеличения ожидаемой продолжительности жизни экономисты исследуют во всем мире уже давно. Изначально было мнение, что здоровье — это потребительское благо, которое важно для человека само по себе. Нобелевский лауреат Кеннет Эрроу один из первых предложил относиться к здоровью как к объекту инвестиций, который детериорирует со временем, но одновременно может поддерживаться и

улучшаться целенаправленными действиями. Эрроу также отмечает, что факторов, влияющих на здоровье, много (Arrow, 1963). Одной из первых разрабатывать проблему здоровья как части человеческого капитала также стала Сельма Мушкин. Самый главный вывод авторов: здоровье – крайне важный элемент уровня жизни, формирующий, помимо прочего, благосостояние людей (Mushkin and Collings, 1959). В последующие годы было написано множество работ, изучающих данный вопрос, но стоит выделить ставшую уже классической статью Майкла Гроссмана, потому что она устранила существовавший на тот момент разрыв между теоретическими и эмпирическими исследованиями различий в состоянии здоровья. Автор построил модель спроса на “хорошее здоровье” (Grossman, 1972). Согласно ряду эмпирических работ, здоровье зависит от многочисленных факторов, не связанных с системой здравоохранения (Marmot and Wilkinson, 2006). Выделяют 3 группы таких факторов: демографические, социально-экономические, факторы среды (OECD, 2017).

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

В качестве зависимой прокси-переменной заболеваемости используется избыточная смертность, а не количество заболевших/умерших от коронавирусной инфекции, потому что вопрос о полноте учёта в России смертей от коронавирусной инфекции является дискуссионным. По мнению целого ряда ученых,

избыточная смертность точнее отражает реальное количество умерших (Сабгайда и др., 2020).

В исследовании используются официальные данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Росстат 2020–2021) и Единой Межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС). Влияют ли выбранные факторы на избыточную смертность, мы определяем с помощью анализа объединенных данных по регионам РФ за 12 месяцев 2020 года. Для расчета избыточной смертности в регионе из фактической смертности за каждый месяц 2020 года вычитается средняя смертность в том же месяце за 5 лет с 2015 по 2019 годы. На основе теоретических моделей экономики здоровья и эмпирических исследований, проведенных в других странах или ранее в России, мы ожидаем, что избыточная смертность от коронавирусной инфекции положительно зависит от доли внутренних мигрантов, плотности населения. С введением локдауна, начинается процесс обратной миграции, когда из экономических центров, внутренние мигранты начинают возвращаться в родные города. Как следствие у городов и регионов, которые находятся ближе к экономическим центрам заболеваемость пандемией выше. Отличительной чертой экономических центров является высокая плотность населения, которая, по мнению многих исследователей, становится важным фактором распространения коронавирусной инфекции. При этом она отрицательно зависит от среднедушевых доходов населения, скорости введения противокоронавирусных мер, строгости этих мер, доли женского населения, количества зеленых растений, средней температуры каждого месяца. Мы уже обсуждали, что ограничительные меры обладают значительными экономическими последствиями, чем строже меры, тем тяжелее экономические последствия

для населения, поэтому соблюдение самоизоляции может позволить себе только относительно богатая часть населения. На данных о передвижениях в США было доказано, что в более бедных районах страны зафиксирована более высокая мобильность. В качестве индикатора мобильности в своем исследовании я использую Индекс самоизоляции, разработанный Яндексом. Он сравнивает уровень городской активности сейчас и в обычный день до пандемии. Если он совпадает с активностью в час пик обычного будня, рассчитанный как средний за период со 2 (понедельник) по 5 (четверг) марта 2020 года, то уровень самоизоляции низкий и составляет 0 баллов. Если в городе тихо, как ночью, то 5 баллов. Женская часть населения лучше соблюдает меры по предотвращению распространения коронавирусной инфекции, в том числе социальную дистанцию. А также больший процент женщин носит маски и соблюдает меры гигиены (Okten et al., 2020). Пандемия охватила все страны мира, на разных континентах с разными климатическими особенностями, поэтому крайне важно понять, как связаны особенности климата разных страны и заболеваемость инфекцией, чтобы остановить эпидемию. Среди всех климатических факторов особое внимание уделяется температуре и относительной влажности, потому что они могут влиять на то, насколько эффективно защищены дыхательные пути человека от инфекционных заболеваний.

Для проверки гипотез исследования строится модель зависимости избыточной смертности от социально-экономических и политических факторов. Оцениваются МНК регрессии, панельные регрессии, а также применяются нелинейные алгоритмы “Random Forest” и “Boosting”.

Литература

1. Сабгайда Т. П. и др. Причины смерти москвичей до и в период пандемии COVID-19 //Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – №. 4. – С. 1.
2. Arrow K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care //The American Economic Review. – 1963. – Т. 53. – №. 5. – С. 941-973.
3. Felton G. M., Parsons M. A., Bartoces M. G. Demographic Factors: Interaction Effects on Health-Promoting Behavior and Health Related Factors //Public Health Nursing. – 1997. – Т. 14. – №. 6. – С. 361-367.
4. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health //Journal of Political Economy. – 1972. – Т. 80. – №. 2. – С. 223-255.
5. Khalatbari-Soltani S. Et al. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards //J Epidemiol Community Health. – 2020. – Т. 74. – №. 8. – С. 620-623.
6. Marmot M., Wilkinson R. Social Determinants of Health // Oxford University Press. – 2006. - №2. – С. 1111-1112
7. Mushkin S. J., Collings F. A. Economic costs of disease and injury: A review of concepts //Public Health Reports. – 1959. – Т. 74. – №. 9. – С. 795.
8. Okten I. O., Gollwitzer A., Oettingen G. Gender differences in preventing the spread of coronavirus. PsyArXiv [сетевое издание] 2020. URL: <https://psyarxiv.com/ch4jy/> DOI: <https://doi.org/10.31234/osf.io/ch4jy>.

© Чубаров М.Ю., 2022