

ТОМ 1
№ 2
2025 Г.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СТРАН СНГ



ЦНИИОИЗ
Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения Минздрава России

Периодичность издания – 4 номера в год

Publication frequency – 4 issues per year

Журнал публикует статьи, тематика которых соответствует следующим специальностям ВАК:
3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения (медицинские науки);
3.3.9. Медицинская информатика (медицинские науки);
5.4.3. Демография (медицинские, экономические науки).

12+

Международный научно-практический журнал ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СТРАН СНГ

THE CIS HEALTHCARE

International Scientific and practical journal

Том 1 • № 2 • 2025
Volume 1 • № 2 • 2025

ISSN 3033-6341
DOI: 10.21045/3033-6341

Зарегистрирован Роскомнадзором

Свидетельство о регистрации: Эл № ФС77-89208 от 01 апреля 2025 г.

Учредитель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Главный редактор – **Кобякова Ольга Сергеевна**

Ответственный редактор – **Шевченко Мария Александровна**

Выпускающий редактор – **Кармина Раиса Леонидовна**

Литературный редактор – **Борисенко Светлана Владимировна**

Компьютерная верстка – **Пескова Елена Викторовна**

Дизайн – **Качаева Анастасия Игоревна**

Издатель: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Адрес издателя и редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11

Тел.: (495)-618-07-92 (доб. 117)

e-mail: healthcis@mednet.ru

Выход в свет: 25.12.2025

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, оформление макета, 2025

Registered Roskomnadzor

Certificate of registration: El No. FS77-89208 of April 01, 2025

Founder: Russian Research Institute of Health

Editor-in-Chief – **Olga S. Kobyakova**

Executive Editor – **Maria A. Shevchenko**

Issuing Editor – **Raisa L. Karmina**

Literary Editor – **Svetlana V. Borisenko**

Computer layout – **Elena V. Peskova**

Design – **Anastasiia I. Kachaeva**

Publisher: Russian Research Institute of Health

Publisher and editorial office address:

11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254

Tel.: (495)-618-07-92 (# 117)

e-mail: healthcis@mednet.ru

Release date: 25.12.2025

© Russian Research Institute of Health, layout design, 2025

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР / EDITOR-IN-CHIEF

КОБЯКОВА Ольга Сергеевна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Россия).

Olga S. Kobyakova, Corresponding Member of the RAS, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Russia).

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ / MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

АЛЕКБЕРОВ Муса Мамедали

член-корреспондент РАЕ, доктор медицинских наук, профессор (Азербайджан).

Musa M. Alekberov, Corresponding Member of the RANH, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Azerbaijan).

АЛИХАНОВА Нодира Миршовкатовна

доктор медицинских наук (Узбекистан).

Nodira M. Alikhanova, Grand PhD in Medical sciences (Uzbekistan).

АСАДОВ Дамин Абдурахимович

доктор медицинских наук, профессор (Узбекистан).

Damin A. Asadov, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Uzbekistan).

БАНДАЕВ Илхомджон Сироджидинович

доктор медицинских наук (Таджикистан).

Ilkhomjon S. Bandayev, Grand PhD in Medical sciences (Tajikistan).

БРИМКУЛОВ Нурлан Нургазиевич

доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан).

Nurlan N. Brimkulov, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Kyrgyzstan).

ВЛАДИМИРСКИЙ Антон Вячеславович

доктор медицинских наук (Россия).

Anton V. Vladimirovsky, Grand PhD in Medical sciences (Russia).

ДЕЕВ Иван Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор (Россия).

Ivan A. Deev, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Russia).

ЗАРУБИНА Татьяна Васильевна

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Россия).

Tatiana V. Zarubina, Corresponding Member of the RAS, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Russia).

ИКРОМИ Турахон Шарбат

доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан).

Turakhon S. Ikromi, Grand PhD in Medical sciences, professor (Tajikistan).

КАСЫМОВ Омор Тилегенович

академик РАЕ, доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан).

Omor T. Kasymov, Academician of the RANH, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Kyrgyzstan).

КУЛКАЕВА Гульнара Утепергеновна

кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор (Казахстан).

Gulnara U. Kulkayeva, PhD in Medical sciences, Associate Professor (Kazakhstan).

МИРОДЖОВ Гиесудин Кудбудинович

академик НАНТ, доктор медицинских наук, профессор (Таджикистан).

Giesudin K. Mirodzhov, Academician of the NAST, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Tajikistan).

МОРОЗ Ирина Николаевна

доктор медицинских наук, профессор (Беларусь).

Irina N. Moroz, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Belarus).

МУСАЕВ Акылбек Инаятovich

доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан).

Akylbek I. Musaev, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Kyrgyzstan).

НАЗАРЕТЯН Мигран Константинович

доктор медицинских наук, профессор (Армения).

Mihran K. Nazaretyan, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Armenia).

РУЗИЕВ Муродали Мехмондустович

доктор медицинских наук (Таджикистан).

Murodali M. Ruziev, Grand PhD in Medical sciences (Tajikistan).

СУРМАЧ Марина Юрьевна

доктор медицинских наук, профессор (Беларусь).

Marina Yu. Surmach, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Belarus).

ШАРШАКОВА Тамара Михайловна

доктор медицинских наук, профессор (Беларусь).

Tamara M. Sharshakova, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Belarus).

ЫРЫСОВ Кенешбек Бакирбаевич

член-корреспондент НАН КР, доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан).

Keneshbek B. Yrysov, Corresponding Member of the NAS KR, Grand PhD in Medical sciences, Professor (Kyrgyzstan).

Рукописи предоставляются в редакцию по электронной почте: healthcis@mednet.ru

Редакция в обязательном порядке осуществляет экспертную оценку (рецензирование, научное и стилистическое редактирование) всех материалов, публикуемых в журнале.

Более подробно об условиях публикации см.:

<https://www.health-cis.ru>

<https://www.health-cis.com>

Manuscripts are to be submitted to the editorial office in electronic form: healthcis@mednet.ru

The editorial makes a mandatory expertise (review, scientific and stylistic editing) of all the materials to be published in the journal.

More information of publishing terms is at:

<https://www.health-cis.ru>

<https://www.health-cis.com>

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ И ОБРАЗОВАНИЕ

4

ПАВЛЕНКО О.Б., ТЮФИЛИН Д.С., МОЛОСНОВ А.М., ДЕЕВ И.А., КОБЯКОВА О.С. Создание сообщества организаторов здравоохранения как нового инструмента формирования кадрового резерва
PAVLENKO O.B., TYUFILIN D.S., MOLOSNOV A.M., DEEV I.A., KOBYAKOVA O.S. Creating a community of healthcare managers as a new tool for building a talent pool

15

АСАДОВ Д.А., ХАКИМОВ В.А., АСАДОВ Х.Д. Состояние и перспективы постдипломного образования профессиональных менеджеров системы здравоохранения Республики Узбекистан
ASADOV D.A., KHAKIMOV V.A., ASADOV Kh.D. The current state and prospects of postgraduate education for professional managers in the healthcare system of the Republic of Uzbekistan

23

АБДЫГУЛОВА И.Б., КЕНЕНБАЕВА Р.М., АКМАТОВ И.М., КАСЫМОВА Р.О. Здоровье молодёжи и студентов высших учебных заведений столицы Кыргызской Республики – города Бишкека
ABDYGULOVA I.B., KENENBAEVA R.M., AKMATOV I.M., KASYMOVA R.O. Youth and university students' health in Bishkek, the capital of the Kyrgyz Republic

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

31

СЕМЁНОВ А.В., ДУДИНА Т.В., БЕЛЬСКИЙ А.М., ВАСИЛЕВСКАЯ М.Г. Эффективность реализации государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки» Беларуси с точки зрения населения
SEMENOV A.V., DUDINA T.V., BELSKY A.M., VASILEVSKAYA M.G. Efficiency of implementation of the state preventive project «Healthy cities and villages» of Belarus from the point of view of the population

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

40

КОБЯКОВА О.С., СТУПАК В.С., БОГДАНОВА Т.Г., МАНОШКИНА Е.М., МИРГОРОДСКАЯ О.В. Результаты исследования приверженности к профилактике заболеваний населения Российской Федерации
KOBYAKOVA O.S., STUPAK V.S., BOGDANOVA T.G., MANOSHKINA E.M., MIRGORODSKAYA O.V. Results of a study on the population's commitment to disease prevention in the Russian Federation

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОММУНИКАЦИИ

50

КОВАЛЕВСКИЙ Д.В., ШАРШАКОВА Т.М., ВЫСКОЧКОВ В.С., ЧИГРИНА В.П., СТОМА И.О. Анализ факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью в медицинских организациях города Гомеля
KOVALEVSKY D.V., SHARSHAKOVA T.M., VYSKOCHKOV V.S., CHIGRINA V.P., STOMA I.O. Analysis of factors influencing patient satisfaction with medical care in healthcare organizations of Gomel city

СОЗДАНИЕ СООБЩЕСТВА ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК НОВОГО ИНСТРУМЕНТА ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВОГО РЕЗЕРВА

УДК 614.258.1

DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-4-14

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Нахождение новых подходов к повышению кадрового потенциала отрасли здравоохранения становится все более актуальной задачей, потому что наблюдается дефицит квалифицированных управленческих кадров, и обеспечение их развития и преемственности требует больших ресурсов. В статье описывается опыт создания и развития профессионального сообщества «Кадровая платформа организаторов здравоохранения» для организаторов здравоохранения всех уровней из всех регионов России и стран СНГ, кто заинтересован в профессиональном и карьерном росте, как одного из современных способов работы с управленческими кадровыми ресурсами.

Цель исследования: описание методологии создания сообщества организаторов здравоохранения как нового инструмента для формирования управленческого кадрового резерва на примере «Кадровой платформы организаторов здравоохранения» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (далее – сообщество).

Материалы и методы. Описательный анализ количественных характеристик сообщества управленцев в здравоохранении, включая динамику количества участников по наборам и состав, количество проведенных мероприятий для участников и другие характеристики, а также социологические опросы участников о смене уровня должности за последний год, об удовлетворенности от участия в профессиональном сообществе. Также последовательно описываются все этапы формирования сообщества.

Результаты. Представлены количественные и качественные показатели деятельности сообщества, ключевые данные проведенных социологических опросов участников сообщества относительно их карьерных достижений и удовлетворенности участием. Описаны этапы формирования сообщества: привлечение участников; разработка заявки для участия; тестирование участников; отбор и определение статуса участников; разработка концепции функционирования сообщества; реализация концепции и мониторинг его деятельности.

Заключение. Опыт создания сообщества «Кадровая платформа организаторов здравоохранения» имеет большую практическую ценность для развития управленцев в сфере здравоохранения и может быть также применим к другим сферам (например, образование, культура и др.). Функционирование проекта в течение четырех лет и ежегодное его пополнение новыми участниками показали его востребованность среди организаторов здравоохранения.

Ключевые слова: кадровый резерв, управленческий резерв, управленческие кадры, организатор здравоохранения, профессиональное сообщество.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Павленко О.Б., Тюфилин Д.С., Молоснов А.М., Деев И.А., Кобякова О.С. Создание сообщества организаторов здравоохранения как нового инструмента формирования кадрового резерва. Здравоохранение стран СНГ. 2025; 1(2):4-14, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-4-14

ПАВЛЕНКО Ольга Борисовна¹

ORCID: 0009-0001-2594-8995, SPIN: 6193-2881

ТЮФИЛИН Денис Сергеевич¹

ORCID: 0000-0002-9174-6419, SPIN: 7995-1025

МОЛОСНОВ Артемий Михайлович¹

ORCID: 0009-0002-4508-9048, SPIN: 8046-9150

ДЕЕВ Иван Анатольевич²

доктор медицинских наук, профессор
ORCID: 0000-0002-4449-4810, SPIN: 2730-0004

КОБЯКОВА Ольга Сергеевна^{1,2}

доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАН
ORCID: 0000-0003-0098-1403, SPIN: 1373-0903

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

² ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

© Коллектив авторов, 2025 г.



Павленко Ольга Борисовна

e-mail: pavlenkoob@mednet.ru

Важным аспектом повышения эффективности функционирования организаций и ведомств является обеспечение преемственности управленческого состава [1]. При этом в различных сферах экономики вопрос обеспечения преемственности зачастую решается путем создания кадровых резервов – целенаправленного профессионального развития специально отобранных людей, способных в перспективе замещать вакантные управленческие должности в структурных подразделениях [2–4].

В отрасли здравоохранения общие принципы работы с управленческим кадровым резервом и рекомендуемые основные направления деятельности утверждены Приказом Минздрава России, который регламентирует оценку потребности в руководителях для медицинских организаций субъекта Российской Федерации и включение лиц в резерв в соответствии с их личностными качествами, уровнем профессиональной подготовки, результатами профессиональной деятельности и оценкой компетенций [5]. Согласно Приказу, управленческий кадровый резерв в регионах должен формироваться ежегодно на основании равного подхода ко всем кандидатам и их конкурсного отбора, а также должен проводиться анализ эффективности работы с резервом.

Формирование кадровых резервов руководителей медицинских организаций на региональном уровне требует большой и грамотно выстроенной организационно-методической работы, применения современных методов планирования и управления [6]. В связи с этим требуются новые, системные подходы для работы с управленческими кадровыми резервами для отрасли здравоохранения.

Одним из современных способов работы с кадровыми ресурсами, помимо кадровых резервов, является создание и развитие профессиональных сообществ. Среди присущих им характеристик выделяют неформальность (структуры и организации), высокую личную заинтересованность и ответственность участников, принятие общих правил и ценностей группового взаимодействия, ориентацию на сотрудничество и поддержку, сплоченность, доверие между участниками, ориентированность на достижение результата и личностное (профессиональное) развитие участников [7]. Преимуществом таких профессиональных сообществ исследователи считают повышение готовности участников к обмену знаниями [8].

Цель исследования: описание методологии создания сообщества организаторов здравоохранения как нового инструмента для формирования управленческого кадрового резерва на примере «Кадровой платформы организаторов здравоохранения» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (далее – Сообщество).

Предмет исследования: методология создания сообщества организаторов здравоохранения на примере «Кадровой платформы организаторов здравоохранения» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Методы исследования. Для описания методологии формирования сообщества как способа создания управленческого кадрового резерва в сфере здравоохранения использовались следующие методы исследования:

1. Описательный анализ количественных характеристик Сообщества: динамика количества участников по наборам и состав участников, количество проведенных образовательных мероприятий, количество реализованных участниками проектов и другие характеристики.
2. Социологические опросы участников Сообщества: о смене уровня должности за последний год, об удовлетворенности от участия в Сообществе. Частотный анализ ответов проводился средствами MS Excel.

Для формирования Сообщества специалистами рабочей группы была проведена последовательная работа в несколько этапов.

- 1) **Привлечение участников.** Для этого была разработана стратегия информационной кампании, включающая различные источники информирования потенциальных участников из всех регионов Российской Федерации.
- 2) **Разработка заявки для участия.** Были сформулированы требования к участникам, разработана анкета участника и сформирована ИТ-инфраструктура для заполнения заявки.
- 3) **Тестирование участников.** Были использованы стандартизированные опросники, включающие оценку по компетенциям, а также тест знаний по организации здравоохранения.
- 4) **Отбор и определение статуса участников.** Статус участников был определен согласно анализу биографической анкеты и результатов тестирования для возможности их последующей рекомендации на руководящие должности.
- 5) **Разработка концепции функционирования Сообщества.** Концепция включила в себя принципы ведения Сообщества, а также форматы и тематику мероприятий для участников.
- 6) **Реализация концепции и мониторинг деятельности Сообщества.** Реализация включила в себя регулярно проводимые мероприятия для участников Сообщества, мониторинг прогресса – опросы и анализ фактических показателей работы Сообщества.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В конце 2021 г. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по заданию Минздрава России начал реализацию проекта «Кадровая платформа организаторов здравоохранения», целью которого стало формирование отраслевого управленческого кадрового резерва для здравоохранения через создание сообщества организаторов здравоохранения.

Привлечение участников. Этот этап включал разработку стратегии информационной кампании. В рамках кампании была настроена реклама, таргетированная на релевантную аудиторию, размещены материалы у информационных партнеров и в отраслевых Telegram-каналах. В адрес руководителей региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и ректоров медицинских вузов было направлено письмо от заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации с приглашением участвовать и распространять информацию о проекте. Также осуществлялась массовая рассылка более чем по 10 тыс. юридических и 9 тыс. физических лиц (таблица 1).

Разработка заявки для участия. В 2021 г. были сформулированы требования к образованию участников: наличие высшего медицинского, юридического, экономического образования (и/или). Участники не были ограничены по опыту работы и другим критериям, при этом в информационной кампании обозначалось, что сообщество предназначается для организаторов здравоохранения и тех, кто планирует ими стать.

Подача заявки включала заполнение биографической анкеты об образовании и опыте работы на сайте проекта. Анкета была сформирована на основе стандартной формы для поступления на государственную службу Российской Федерации и муниципальную службу в Российской Федерации (последняя форма утверждена Указом Президента Российской Федерации от 10 октября 2024 г. № 870) (таблица 2).

При подаче заявки были приняты все необходимые меры и соблюдены условия для защиты персональных данных участников.

Тестирование участников. Тестирование для участия в Сообществе было комплексным и включало в себя три составляющие:

Таблица 1

Информационная кампания для привлечения участников в проект «Кадровая платформа организаторов здравоохранения»

№ п.п.	Канал привлечения	Охват
1	Веб-сайт http://platforma-orgzdrav.ru/ с информацией о проекте для участников и возможностью оставить заявку	> 30 тыс. просмотров
2	Информирование через социальные сети	> 15 тыс. просмотров
3	Рассылка для слушателей образовательных программ по организации здравоохранения, участников конкурса «Лидеры России»	9797 адресов физических лиц; 10753 адресов юридических лиц
4	Информирование в вузах, институтах повышения квалификации, РАН, НМО	> 250 организаций
5	Онлайн-мероприятия ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России	> 1,5 тыс. слушателей
6	Информирование в рамках форумов, конференций, веб-семинаров	–
7	Проведение видеоселекторных совещаний	–
8	Запись видеообращений от губернаторов и министров здравоохранения	14 обращений
9	Направление приглашений участникам из регионов от руководителей региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения	85 регионов РФ

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.11.2021 г.

Таблица 2

Разделы анкеты для заявки участника в «Кадровую платформу организаторов здравоохранения»

№ п.п.	Раздел анкеты	Содержание раздела
1	Основная информация	ФИО, пол, дата рождения, регион, контактные данные, согласие на обработку персональных данных
2	Информация о месте работы	Должность, опыт работы, стаж, наличие совместительства, управленческий стаж и стаж работы на государственной службе
3	Образование	Наличие медицинского образования, данные о высшем и дополнительном образовании, наличие профессиональной подготовки по программе «Организация здравоохранения и общественное здоровье», наличие квалификационной категории, ученой степени, ученого звания, научных публикаций, владение иностранным языком
4	Дополнительные сведения	Наличие наград и знаков отличия, готовность к переезду и государственной службе, участие в проектной деятельности и победы в профессиональных конкурсах
5	Мотивационная составляющая	Желаемая должность в ближайшие 1–2 года, желаемый результат от участия в «Кадровой платформе организаторов здравоохранения», сильные стороны и профессиональные навыки

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.11.2021 г.

Тестирование для участия в проекте «Кадровая платформа организаторов здравоохранения»

№ п.п.	Название теста	Темы теста
1	Тест управленческого потенциала	<ul style="list-style-type: none"> – Стратегическое лидерство. – Настойчивость и целеустремлённость. – Компетентности межличностного и социального взаимодействия. – Управленческие компетенции. – Компетенции самоуправления. – Готовность к командной работе. – Масштабность мышления. – Готовность к саморазвитию. – Экспертно-аналитическая компетентность.
2	Тест знаний по организации здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> – Законодательство об охране здоровья граждан. – Подходы и принципы организации здравоохранения в РФ. – Противодействие коррупции, ограничения и запреты. – Экономика и финансирование системы здравоохранения РФ. – Финансовый менеджмент в масштабе региональной системы здравоохранения. – Управление персоналом. – Современные инструменты менеджмента. – Цифровая трансформация отрасли здравоохранения. – Организация медицинской помощи пациентам с COVID-19. – Лекарственное обеспечение, медицинские изделия.
3	Опросник по определению психотипа и стрессоустойчивости	<ul style="list-style-type: none"> – Тип А – стремление к победе, соперничеству, повышенный эмоциональный фон, чувство нехватки времени. – Тип Б – терпеливость, спокойствие, склонность к рефлексии, масштабность и командная работа.

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.11.2021 г.

1. Тест управленческого потенциала для оценки уровня развития компетенций [9, 10].

2. Тест знаний по организации здравоохранения (разработка ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России).

3. Опросник по определению психотипа и стрессоустойчивости [9, 10].

Составляющие тестов приведены в *таблице 3*.

Отбор и определение статуса участников. Данный этап включал в себя анализ биографической анкеты и результатов тестирования для возможности деления участников на группы и дальнейших рекомендаций на вакантные руководящие должности.

В I наборе участников в проект (2021 г.) использовалась следующая система определения статуса участников:

1) Базовая группа:

- Соответствие формальным параметрам (прохождение всех этапов отбора, наличие необходимого высшего образования).
- Нет опыта реализации проектов в сфере здравоохранения.
- Уровень оценки компетенций выше среднего по 3 параметрам из 9.
- Уровень знаний в предметной области более 50%.

2) Средняя группа:

- Соответствие формальным параметрам + управленческий опыт.
- Опыт реализации проекта на уровне мед. организации.
- Уровень оценки компетенций выше среднего по 5 параметрам из 9.
- Уровень знаний в предметной области более 60%.

3) Высшая группа («Золотая сотня»):

- Соответствие формальным параметрам + управленческий опыт.
- Опыт реализации проекта на уровне региона и выше.
- Уровень оценки компетенций выше среднего по 7 параметрам из 9.
- Уровень знаний в предметной области более 70%.

В базовую группу попали 75% отобранных заявок, в среднюю группу – 20% и в высшую группу – 5%. В *таблицах 4 и 5* представлены критерии для отбора участников и определения их статуса участия.

Для всех статусов участников предусматривался образовательный трек (участие в мероприятиях Сообщества). Для базового статуса не предполагалось рекомендаций для трудоустройства, в то время как для среднего и высшего были даны рекомендации: для среднего уровня – трудоустройство руководителем медицинской организации / начальником управления ОИВ субъекта в сфере здравоохранения; для высшего уровня – трудоустройство министром, заместителем министра здравоохранения региона, сотрудником Минздрава России, руководителем территориальных ФОМС, Росздравнадзора. При наличии запроса, с отобранными участниками проводились собеседования, и были прецеденты успешного трудоустройства. Продуктом данной работы также послужила динамичная база данных участников сообщества.

В последующих наборах уже не использовалась система деления участников по статусам, т.к. она оказалась достаточно трудоемкой, и соответствие критериям высоких статусов не служило гарантией высоких результатов участников.

Таблица 4

Критерии отбора участников: определение баллов по показателям

Название этапа отбора	Критерий	Балл за критерий
Тест управленческого потенциала	< 4,1 баллов	0
	4,1–6,3 баллов	1
	6,4–7,5 баллов	2
	>7,5 баллов	3
Тест на знание организации здравоохранения	≤ 8 баллов	2.5
	9–14 баллов	0
	15–20 баллов	2.5
	21–30 баллов	0
Управленческий стаж	< 6 мес.	0
	6 мес. – 1 г.	0.5
	2–4 лет	1
	5–9 лет	2
	10–14 лет	2.5
	>15 лет	3
Управленческая должность	Да	2.5
	Нет	0

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.12.2021 г.

Таблица 5

Определение статуса участника

Критерий отбора по показателям	Уровень группы (статус участника)
≥ 2,5 балла по трем показателям, ≥ 2 баллов по одному показателю	Высший уровень
≥ 2 по всем показателям	Средний уровень
< 2 по всем показателям	Базовый уровень
0 баллов по 3 и более показателям	Не зачислен

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.12.2021 г.

В таблице 6 представлены результаты отбора в «Кадровую платформу организаторов здравоохранения» по четырем наборам.

География участников четырех потоков проекта составила все субъекты Российской Федерации и 9 стран СНГ (Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Узбекистан, Таджикистан, Туркменистан – всего 101 участник из этих стран). Средний возраст участников – 42 года (от 22 до 70 лет). Среди участников 60% – женщины, 40% – мужчины. 81% участников имели медицинское образование,

79% работали в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, 48% прошли профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», 80% были готовы к государственной службе, 51% готовы к переезду. Среди прошедших в проект – 1746 главных врачей и заместителей главных врачей, 252 профессора и доцента медицинских вузов, 969 кандидатов наук, 226 докторов наук.

На момент написания статьи количество участников проекта достигло 6127 чел., однако более

Таблица 6

Количество участников сообщества «Кадровая платформа организаторов здравоохранения» по наборам

Год и номер набора	Количество заявок	Количество отобранных участников
2021 – I набор	2504	1515
2022 – II набор	1427	1 023
2023 – III набор	2687	1897
2024 – IV набор	2442	1692
Всего	9060	6127

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.12.2024 г.

**Соотнесение потребностей в управленческих кадрах с целями проекта
«Кадровая платформа организаторов здравоохранения»**

Потребность	Цель проекта
Потребность в новых управленческих кадрах высшего уровня	Поиск и подбор высокопотенциальных организаторов здравоохранения
Потребность в новых управленческих кадрах других уровней	Развитие работников системы здравоохранения, желающих начать карьеру в организации здравоохранения
Развитие экспертной деятельности ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России	Создание сообщества и укрепление горизонтального взаимодействия организаторов здравоохранения

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.11.2021 г.

корректно было бы говорить о числе активных участников – это подписчики Telegram-канала Сообщества, и их число насчитывает 4558 чел. на начало 2025 г.

Разработка концепции функционирования Сообщества. Концепция функционирования Сообщества была создана путем анализа потребностей в управленческих кадрах в здравоохранении и поиска путей их удовлетворения (таблица 7).

Рабочей группой проекта была разработана и согласована идеология ведения сообщества, основанная на пяти принципах (в течение 4 лет функционирования Сообщества идеология его ведения не менялась):

- *Горизонтальное взаимодействие.* Краудсорсинг, децентрализация, снижение иерархичности. Самоорганизация, помощь равного равному.
- *Не обещаем трудоустройства.* Основная цель – самостоятельность и осознанность в построении своей карьеры. Периодически размещаются вакансии, которых нет в открытом доступе.
- *Мероприятия и мнения создаются участниками.* Мастер-классы, обмен опытом, дискуссии, опросы. ЦНИИОИЗ структурирует и направляет.
- *Одна активность дополняет другую.* Несколько активностей на одну ту же тему.
- *Дружелюбные формулировки и минимум канцеляризма.* Формат общения организаторов с аудиторией – близко к «общению со своими».

Отобранные в проект участники были приглашены в специально созданный закрытый Telegram-канал с чатом «Кадровая платформа организаторов здравоохранения». Для группы «высший уровень» был также создан отдельный чат участников «Золотая сотня». Новые потоки в дальнейшем добавлялись в существующий Telegram-канал, и участникам предыдущих потоков снова проходить отборочные

процедуры в проект не требовалось. Кроме этого, для связи с участниками используется электронная почта проекта на домене организации и чат-бот.

Основными группами мероприятий (активностей) для участников стали:

- Сессии обмена опытом и моделируемые дискуссии на актуальные темы.
- Опросы на актуальные темы в здравоохранении.
- Вебинары на темы, предложенные участниками проекта.
- Рекомендации и задания для развития управленческих навыков.
- Проектная работа по решению актуальных и перспективных задач отрасли здравоохранения или организаций участников проекта.
- Поиск участниками экспертов внутри сообщества для консультаций на отдельные темы и обмен вакансиями.
- Мини-курсы на темы менеджмента и управления персоналом в здравоохранении.
- Очные встречи с участниками платформы в регионах с экспертами ЦНИИОИЗ.

Реализация концепции и мониторинг деятельности Сообщества. В таблице 8 представлено количество мероприятий для участников по потокам «Кадровой платформы организаторов здравоохранения».

Работа Сообщества ежегодно трансформируется и обновляется. В 1-м потоке появилась проектная работа для участников под руководством экспертов. Со 2-го потока проекта были выделены отдельные треки (направления) в работе Кадровой платформы: «Экономисты в здравоохранении», «Лидеры медицинского образования» и «Организаторы здравоохранения стран СНГ». Также появились мастер-классы с приглашенными спикерами и очные встречи участников в регионах. В 3-м потоке запустили обучающие

Таблица 8

Количество мероприятий для участников «Кадровой платформы организаторов здравоохранения»

Потоки «Кадровой платформы» (завершены)	Количество постов в Telegram-канале для участников	Количество эксклюзивных мероприятий для участников
1-й поток	277	23
2-й поток	346	35
3-й поток	369	46

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.12.2024 г.

мини-курсы и серии лекций, обновился формат проектной работы. С 4-го потока чат участников в Telegram был трансформирован в чат по темам, обновился формат очных встреч и появились региональные треки для участников платформы.

В Telegram-канале Сообщества размещаются вакансии организаторов здравоохранения (руководящего уровня – главных врачей, заместителей главных врачей) – в основном такие, которых нет в открытом доступе. Органы управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации периодически запрашивают информацию об участниках Сообщества, и с их разрешения она дается – для возможного приглашения этих людей на вакантные должности в системе здравоохранения регионов.

За период проекта 18% участников получили повышение на руководящую должность за прошедший год (согласно опросу в Telegram-канале участников в 2024 г.), 13 – были приглашены на руководящие должности медицинских организаций новых регионов в 2023 г., 7 – получили назначения на позиции региональных министров здравоохранения за период проекта, 55 проектов было реализовано участниками (по темам «Бережливое здравоохранение», «Искусственный интеллект в медицине», «Телемедицинские технологии», «Управление персоналом», «Иски к медицинским организациям»), 188 человек приняли участие в конкурсном отборе «Лидеры России» в 2023 г., проведено 10 очных встреч в разных городах присутствия участников Сообщества с организаторами (в 2023–2024 гг.), 992 поста опубликовано в Telegram-канале за период проекта (на конец 2024 г.).

Отслеживается динамика по карьерной траектории участников Сообщества с помощью опроса в Telegram-канале. В 2023 г. она была максимальной: 21% участников получили назначение на руководящую должность за прошедший год (N = 434); в 2022 г. – 16% (N = 335); в 2024 г. – 18% (N = 651) (таблица 9).

Дважды – в 2023 г. и 2024 г. – был проведен опрос NPS (Net Promoter Score – Индекс потребительской лояльности) участников Сообщества. Задавался

вопрос «Насколько вероятно, что Вы порекомендуете участие в «Кадровой платформе» своим коллегам и знакомым? (1 – точно не порекомендую, 10 – точно порекомендую)». В 2023 г. NPS составил 67% (N = 121), в 2024 г. – 52% (N = 215). NPS свыше 50 указывает на высокий уровень лояльности и удовлетворенности.

В рамках NPS-опроса задавались также несколько дополнительных вопросов для участников Сообщества в целях получения более детальной обратной связи. В последнем NPS-опросе (сентябрь 2024 г.; N = 215) на вопрос «Оправдались ли Ваши ожидания от участия в «Кадровой платформе»?» 21% участников ответили «Не оправдались» или «Скорее не оправдались» и 79% сообщили «Скорее оправдались», «Оправдались» или «Проект превысил ожидания». 48% участников отметили, что участие в «Кадровой платформе организаторов здравоохранения» повлияло положительно на их работу, профессиональный и карьерный рост.

ОБСУЖДЕНИЕ

Создание профессионального сообщества как инструмента формирования управленческого кадрового резерва на примере «Кадровой платформы организаторов здравоохранения» позволяет нивелировать такие минусы кадровых резервов, как формализм, отсутствие мотивации у участников и/или соперничество между кандидатами за замещение должности, отсутствие образовательного компонента и отсутствие командной / проектной работы. Очень важно создать условия для профессионального общения участников, взаимопомощи и совместного наращивания необходимых компетенций [11].

В доступных источниках наблюдается дефицит осмысления роли и потенциала профессиональных сообществ, однако можно привести некоторые примеры. В основном, профессиональные сообщества рассматриваются не с точки зрения их потенциала как кадрового резерва, а с точки зрения других функций. Например, объединение

Таблица 9

Результаты опроса участников проекта «Кадровая платформа организаторов здравоохранения» по изменению уровня должности

Изменился ли ваш уровень должности за прошедший год?	2022 г., N = 335	2023 г., N = 434	2024 г., N = 651
Получил(–а) повышение на должность высшего руководителя в своей или другой организации	5%	5%	5%
Получил(–а) повышение на руководящую должность в своей организации	5%	6%	6%
Перешел(–а) на руководящую должность в другую организацию	6%	10%	7%
Перешел(–а) на неруководящую должность в другую организацию	6%	4%	4%
Уровень должности не изменился (продолжаю работать на руководящей должности)	40%	46%	52%
Уровень должности не изменился (продолжаю работать на неруководящей должности)	27%	19%	18%
Прочее	11%	10%	8%

Источник: составлено авторами по данным, актуальным на 01.12.2024 г.

специалистов в медицине позволяет вырабатывать согласованный подход по вопросам методологии обучения и оценивания коммуникативной компетентности врачей [12]; анализируются бурно развивающиеся виртуальные сообщества для общения между профессиональным медицинским сообществом и населением в социальных сетях, что облегчает обмен информацией и привносит новое измерение в здравоохранение [13]. Также профессиональные сообщества в медицине рассматриваются с точки зрения профессионального развития участников путем объединения в общественные организации для реализации образовательных мероприятий и других инициатив (на примере пульмонологов и стоматологов) [14], и анализируется деятельность Национальной медицинской палаты как агрегатора медицинских профессиональных сообществ и врачебных объединений [15].

«Кадровая платформа организаторов здравоохранения» является одним из инновационных способов повысить кадровый потенциал отрасли здравоохранения. Среди других удачных примеров можно привести разработку методики оценки уровня развития компетенций управленческих кадров здравоохранения и его резерва [16], «Школу профессионального роста» для формирования сообщества профессионалов в амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи г. Москвы [17], работу с кадровым резервом руководителей медицинских организаций Республики Бурятия [6].

При этом «Кадровая платформа организаторов здравоохранения» не является кадровым резервом управленческих кадров в классическом его понимании, т.к. участников не готовят к замещению конкретных должностей в конкретных организациях. Им предлагаются новые карьерные возможности, но трудоустройство не гарантируется. Активные участники, хорошо проявившие себя в Сообществе, отмечаются и поощряются организаторами проекта, и могут быть рекомендованы уже непосредственно в кадровые резервы федерального Минздрава или РОИВы в сфере охраны здоровья, а также на вакантные управленческие должности.

Подход к формированию сообщества, использованный при создании «Кадровой платформы организаторов здравоохранения», согласуется с ключевыми принципами формирования кадровых резервов: 1) использование анкетных данных; 2) оценка профессиональных и личностных компетенций; 3) многоуровневость и диверсификация; 4) непрерывная поддержка сообщества [11]. Новизна подхода, описанного в статье, заключается в рассмотрении роли профессионального сообщества не только как площадки для обмена опытом и знаниями или организации совместных мероприятий, но и его роли как площадки для карьерного развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России была создана методика дифференцированного отбора кадров в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья, положенная в основу проекта «Кадровая платформа организаторов здравоохранения». Она состоит из интегральной оценки управленческого стажа, уровня знаний по организации здравоохранения и управленческого потенциала кандидата, которые позволяют понять объективный уровень специалиста. Был создан научно-обоснованный подход к формированию профессионального сообщества с целью развития кадрового управленческого потенциала.

Опыт создания сообщества «Кадровая платформа организаторов здравоохранения» имеет большую практическую ценность для развития управленцев в сфере здравоохранения и может быть также применим к другим сферам (например, образование, культура и др.). Функционирование Сообщества в течение более 3 лет и ежегодное его пополнение новыми участниками показали его востребованность среди организаторов здравоохранения. Данный проект не может служить полноценной заменой «традиционных» кадровых резервов (резервов для замещения руководящих позиций, созданных для конкретных организаций), но является эффективным дополнением к ним и/или их разновидностью. Он помогает повышать общий уровень организаторов здравоохранения, погружать их в проблемы профессионального сообщества, искать их совместное решение. Однако поддержание и повышение эффективности работы и отдачи от сообщества требует от его организаторов постоянного поиска новых идей и форматов работы, чтобы поддерживать интерес и вовлеченность участников, давать им проявлять себя и отбирать из них лучшие кадры для отрасли.

Все вышесказанное свидетельствует о высокой ценностной значимости и применимости данной методики на уровне субъектов Российской Федерации в качестве одного из инструментов развития управленческого кадрового потенциала.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунгурцев О.В., Тюфилин Д.С., Павленко О.Б., Молоснов А.М., Кобякова О.С. Модель компетенций руководителя в сфере охраны здоровья. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание]. 2024;70(S5):7. DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-S5-7
2. Долгова С.А., Голикова Ю.Б., Тычинская Е.А., Горбова И.Н. Актуальные аспекты кадрового менеджмента в сфере здравоохранения на региональном уровне. *Экономика и предпринимательство*. 2020;5(118):330–334. <https://doi.org/10.34925/EIP.2020.118.5.068>
3. Кочетков В.О., Ризакулиев С.А. Формирование системы кадрового резерва как важнейшее направление реализации кадровой политики организации. *Системные технологии*. 2018;26:39–43. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_35007073_84609200.pdf. (Дата обращения: 01.10.2024 г.).
4. Мирзоян К.А. Кадровый резерв как институт воспроизводства кадрового потенциала государственной службы. *Вестник экспертного совета*. 2021;1(24):49–53. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_45567985_43760659.pdf. (Дата обращения: 01.10.2024 г.).
5. Приказ Минздрава России от 26.03.2020 № 238 (ред. от 19.08.2020) «О методических рекомендациях по работе с кадровым резервом управленческих кадров в здравоохранении». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/565228841>. (Дата обращения: 01.10.2024 г.).
6. Лудупова Е.Ю., Башкуева Е.Ю., Раднаева И.Э., Сансанова Л.Б. Формирование кадрового резерва руководителей медицинских организаций: опыт Республики Бурятия. *Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2024;2(36):4–12. <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-2-4-12>
7. Щербakov А.В. Развитие профессионального мастерства педагога как воспитателя: потенциал сетевых профессиональных сообществ. *Отечественная и зарубежная педагогика*. 2019;1(58):42–54. https://elibrary.ru/download/elibrary_38497458_88341805.pdf. (Дата обращения: 01.10.2024 г.).
8. Селиванова Е.А. Потенциал сетевых профессиональных сообществ в формировании готовности педагогов к обмену знаниями. *Сибирский педагогический журнал*. 2022;2:108–118. <http://dx.doi.org/10.15293/1813-4718.2202.10>
9. Синягин Ю.В. Комплексная диагностика и оценка управленческого персонала / Ю.В. Синягин; Российская акад. гос. службы при Президенте Российской Федерации. М.: РАГС, 2009. 65 с.
10. Синягин Ю.В. Факторы, условия и биографические предикторы успешной управленческой карьеры в системе государственной гражданской службы // *Государственная Служба*. 2019;4(21):6–21. <http://dx.doi.org/10.22394/2070-8378-2019-21-4-6-21>
11. Глазков А.В., Усаева С.А. Подходы к оценке системы управления кадровым резервом. *E-FORUM*. 2020;4(13):173–187. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_44544243_43605477.pdf. (Дата обращения: 01.10.2024 г.).
12. Васильева Е.Ю., Грибков Д.М., Дьяченко Е.В., Шубина Л.Б. Объединение специалистов в области профессионального общения в медицине. *Виртуальные технологии в медицине*. 2022;3(33):194–195. https://doi.org/10.46594/2687-0037_2022_3_1512
13. Новикова Н.В., Нечаева Т.Ю., Авезова Б.С., Дубровина И.А. Социальные сети как пространство коммуникаций по вопросам здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31:810–812. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-810-812>
14. Мерзоева З.М., Савичкин Д.И. Влияние общественных организаций на развитие профессиональной квалификации медицинских работников. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;3(32):402–407. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-3-402-407>
15. Мингазова Э.Н., Гуреев С.А., Садыкова Р.Н. Роль «Национальной медицинской палаты» в координации деятельности медицинских профессиональных сообществ. *Менеджер здравоохранения*. 2021;5:57–62. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-5-57-62>
16. Найговзина Н.Б., Зимина Э.В., Купеева И.А., Васильева Е.П., Титкова Ю.С. Подготовка резерва управленческих кадров здравоохранения на основе оценки компетенций. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;4:511–521. <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2020-00128>
17. Тяжелников А.А. Новые подходы к управлению кадрами. Проект «Школа профессионального роста». *Московская медицина*. 2022;2(48):50–53. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_49168068_99686562.pdf. (Дата обращения: 01.10.2024 г.).

CREATING A COMMUNITY OF HEALTHCARE MANAGERS AS A NEW TOOL FOR BUILDING A TALENT POOL

Olga B. PAVLENKO¹

ORCID: 0009-0001-2594-8995, SPIN: 6193-2881

Artemiy M. MOLOSNOV¹

ORCID: 0009-0002-4508-9048, SPIN: 8046-9150

Olga S. KOPYAKOVA^{1,2}

Grand PhD in Medical sciences, Professor, Corr. Member of the RAS
ORCID: 0000-0003-0098-1403, SPIN: 1373-0903

Denis S. TYUFILIN¹

ORCID: 0000-0002-9174-6419, SPIN: 7995-1025

Ivan A. DEEV²

Grand PhD in Medical sciences, Professor
ORCID: 0000-0002-4449-4810, SPIN: 2730-0004

¹ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;

² N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia.



Olga B. Pavlenko

e-mail: pavlenkoob@mednet.ru

ABSTRACT

Relevance. Finding new approaches to improving the human resources potential of the healthcare industry is becoming an increasingly important task, as there is a shortage of qualified management personnel, and ensuring their development and succession requires significant resources. This article describes the experience of creating and developing the professional community «Talent platform for healthcare managers» for the professionals at all levels from Russia and the CIS countries who are interested in professional and career growth, as one of the modern ways of working with management personnel.

The purpose of the study: description of the methodology for creating a community of healthcare managers as a new tool for forming a management talent pool using the example of the professional community «Talent platform for healthcare managers» of Russian Research Institute of Health (Next is the community).

Materials and methods. Descriptive analysis of the quantitative characteristics of the community of healthcare managers, including the dynamics of the number of participants, the number of events held for participants, and other characteristics, as well as sociological surveys of participants on changes in their position level over the past year and their satisfaction with participation in the professional community. All stages of community formation are also described in detail.

Results. Quantitative and qualitative indicators of the community's activities are presented, as well as key data from sociological surveys conducted among community members regarding their career achievements and satisfaction with their participation in the community. The stages of community formation are described: attracting members; developing an application for participation; testing members; selecting and determining the status of members; developing a concept for the community's functioning; implementing the concept and monitoring the community's activities.

Conclusion. The experience of creating the «Talent platform for healthcare managers» community is of great practical value for the development of healthcare managers and can also be applied to other fields (e.g., education, culture, etc.). The project's four-year operation and its annual addition of new participants have demonstrated its relevance among healthcare managers.

Keywords: talent pool, management pool, management personnel, healthcare manager, professional community.

TO CITE THIS ARTICLE:

Pavlenko O.B., Tyufilin D.S., Molosnov A.M., Deev I.A., Kobyakova O.S. Creating a community of healthcare managers as a new tool for building a talent pool. The CIS Healthcare. 2025; 1(2):4-14, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-4-14

REFERENCES

1. Kungurtsev O.V., Tyufilin D.S., Pavlenko O.B., Molosnov A.M., Kobyakova O.S. Model' kompetencij rukovoditelja v sfere ohrany zdorov'ja. [The manager competence model in healthcare]. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*. 2024;70(S5):7. Available from: <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2024-70-S5-7>. (In Rus.)
2. Dolgova S.A., Golikova J.B., Tuchinskaya I.A., Gorbova I.N. Aktual'nye aspekty kadrovogo menedzhmenta v sfere zdravoohraneniya na regional'nom urovne. [Current aspects of personnel management in the field of healthcare at the regional level]. *Ekonomika i predprinimatel'stvo*. 2020;5(118):330-334. Available from: <https://doi.org/10.34925/EIP.2020.118.5.068>. (In Rus.)
3. Kochetkov V.O., Rizakuliev S.A. Formirovanie sistemy kadrovogo rezerva kak vazhnejshee napravlenie realizacii kadrovoy politiki organizacii. [Formation of the personnel reserve system as the most important direction in the implementation of the personnel policy of the organization]. *Sistemnye tehnologii*. 2018;26:39-43. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_35007073_84609200.pdf. (Date accessed: Oct. 1, 2024). (In Rus.)
4. Mirzoyan K.A. Kadrovyy rezerv kak institut vosproizvodstva kadrovogo potentsiala gosudarstvennoj sluzhby. [Human resources as an institute for the reproduction of the human resources in the public service]. *Vestnik jekspertnogo soveta*. 2021;1(24):49-53. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_45567985_43760659.pdf. (Date accessed: Oct. 1, 2024). (In Rus.)
5. Prikaz Minzdrava Rossii ot 26.03.2020 № 238 (red. ot 19.08.2020) "O metodicheskikh rekomendacijah po rabote s kadrovym rezervom upravlencheskih kadrov v zdravoohranении". [Order of the Ministry of Health of Russia from 26.03.2020 № 238

- (ed. from 19.08.2020) "On methodological recommendations for working with the management personnel reserve in health-care". Available from: <https://docs.cntd.ru/document/565228841>. (Date accessed: Oct. 1, 2024). (In Rus.).
6. *Ludupova E.Y., Bashkueva E.Y., Radnaeva I.E., Sansanova L.B.* Formirovanie kadrovogo rezerva rukovoditelej medicinskih organizacij: opyt Respubliki Burjatija. [Contents formation of personnel reserve of heads of medical organizations: Experience of The Republic of Buryatia]. *Orgzdrav: novosti, mnenija, obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2024;2(36):4-12. Available from: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-2-4-12>. (In Rus.).
 7. *Shcherbakov A. V.* Razvitie professional'nogo masterstva pedagoga kak vospitatelja: potencial setevyh professional'nyh soobshhestv. [Development of professional skills of teachers as an educator: potential of virtual professional communities]. *Otechestvennaja i zarubezhnaja pedagogika*. 2019;1(58):42-54. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_38497458_88341805.pdf. (Date accessed: Oct. 1, 2024). (In Rus.).
 8. *Selivanova E.A.* Potencial setevyh professional'nyh soobshhestv v formirovanii gotovnosti pedagogov k obmenu znanijami. [The potential of professional networks in the formation of teachers' readiness to exchange knowledge]. *Sibirskij pedagogicheskij zhurnal*. 2022;2:108-118. Available from: <http://dx.doi.org/10.15293/1813-4718.2202.10>. (In Rus.).
 9. *Sinjagin Ju. V.* Kompleksnaja diagnostika i ocenka upravlencheskogo personala [Comprehensive diagnostics and assessment of management personnel] / Ju. V. Sinjagin; Rossijskaja akad. gos. sluzhby pri Prezidente Rossijskoj Federacii. M.: RAGS, 2009. 65 s. (In Rus.).
 10. *Sinjagin Ju. V.* Faktory, uslovija i biograficheskie prediktory uspešnoj upravlencheskoj kar'ery v sisteme gosudarstvennoj grazhdanskoj sluzhby [Factors, conditions, and biographical predictors of a successful managerial career in the civil service system] // *Gosudarstvennaja Sluzhba*. 2019;4(21):6-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.22394/2070-8378-2019-21-4-6-21>. (In Rus.).
 11. *Glazkov A.V., Usaeva S.A.* Podhody k ocenke sistemy upravljenija kadrovym rezervom. [Approaches to evaluating the personnel reserve management system]. *E-FORUM*. 2020;4(13):173-187. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_44544243_43605477.pdf. (Date accessed: Oct. 1, 2024). (In Rus.).
 12. *Vasilyeva E.Y., Gribkov D.M., Dyachenko E.V., Shubina L.B.* Ob'edinenie specialistov v oblasti professional'nogo obshhenija v medicine. [Association of specialists in the field of professional communication in medicine]. *Virtual'nye tehnologii v medicine*. 2022;3(33):194-195. Available from: https://doi.org/10.46594/2687-0037_2022_3_1512 (In Rus.).
 13. *Novikova N.V., Nechaeva T.Y., Avezova B.S., Dubrovina I.A.* Social'nye seti kak prostranstvo kommunikacij po voprosam zdorov'ja. [Social networks as a space of communication on health issues]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny*. 2023;31:810-812. Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-810-812>. (In Rus.).
 14. *Merzhoeva Z.M., Savichkin D.I.* Vlijanie obshhestvennyh organizacij na razvitie professional'noj kvalifikacii medicinskih rabotnikov. [The impact of public organizations on development of professional qualification of medical workers]. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny*. 2024;3(32):402-407. Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-3-402-407>. (In Rus.).
 15. *Mingazova E.N., Gureev S.A., Sadykova R.N.* Rol' "Nacional'noj medicinskoj palaty" v koordinacii dejatel'nosti medicinskih professional'nyh soobshhestv. [Role of "The National Medical Chamber" in coordination the activities of medical professional communities]. *Menedzher zdavoohranenija*. 2021;5:57-62. Available from: <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-5-57-62>. (In Rus.).
 16. *Naygovzina N.B., Zimina E.V., Kupeeva I.A., Vasilyeva I.P., Titkova Y.S.* Podgotovka rezerva upravlencheskih kadrov zdavoohranenija na osnove ocenki kompetencij. Formation of the healthcare management staff pool based on competency assessment]. *Sovremennye problemy zdavoohranenija i medicinskoj statistiki*. 2020;4:511-521. Available from: <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2020-00128>. (In Rus.).
 17. *Tjazhel'nikov A.A.* Novye podhody k upravleniju kadrami. Proekt "Shkola professional'nogo rosta". [New approaches to human resources management. The project "School of Professional Growth"]. *Moskovskaja medicina*. 2022;2(48):50-53. Available from: https://elibrary.ru/download/elibrary_49168068_99686562.pdf. (Date accessed: Oct. 1, 2024). (In Rus.).

Получено / Received: 30.07.2025.

Принято / Accepted: 26.09.2025.

Опубликовано / Published: 25.12.2025.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕНЕДЖЕРОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

УДК 614.2.001.73+37

DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-15-22

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Подготовка, переподготовка и качественное непрерывное профессиональное образование управленческих кадров имеют особое значение в обеспечении целостности и конечной эффективности, реализуемой в Республике Узбекистан комплексной трансформации системы здравоохранения.

Цель исследования: разработать и внедрить инновационные механизмы подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального образования менеджеров, отвечающие принципам реализуемой в Республике Узбекистан комплексной трансформации системы здравоохранения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты деятельности кафедры «Общественное здоровье и управление здравоохранением» Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за период 2018–2025 гг. Исследованы данные 595 образовательных циклов, проведенных по 46 учебным программам, на которых прошли обучение 19,7 тыс. специалистов. Опираясь на полученные данные разработаны и внедряются инновационные механизмы подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального образования менеджеров системы здравоохранения.

Результаты. Выявлены системные проблемы при организации подготовки, переподготовки и качественного непрерывного профессионального образования руководящего состава. По степени значимости они ранжированы следующим образом: большинство занимающих руководящие должности не имеют специальности «Управление здравоохранением и общественное здоровье», не сформирована полная система стратегического резерва управленческих кадров; не внедрена система дифференцированного непрерывного профессионального образования руководителей; не разработана система мониторинга непрерывного профессионального образования специалистов, работающих на руководящих должностях. К инновационным механизмам подготовки, переподготовки и качественного непрерывного профессионального образования менеджеров для системы здравоохранения Республики, разработанным и внедряемым кафедрой, относятся: рейтинг регионов, республиканских учреждений; реализация составленной «Концепции организации подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального образования менеджеров в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан» в виде обязательных дифференцированных алгоритмов и механизмов постдипломного образования.

Заключение. Обосновано целевое, дифференцированное внедрение инновационных механизмов подготовки, переподготовки и качественного непрерывного профессионального образования менеджеров для системы здравоохранения Республики Узбекистан, предусматривающих алгоритмы мониторинга процесса.

Ключевые слова: административная реформа, подготовка и переподготовка менеджеров, непрерывное профессиональное образование, инновационные механизмы, дифференцированные алгоритмы и механизмы.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Асадов Д.А., Хакимов В.А., Асадов Х.Д. Состояние и перспективы постдипломного образования профессиональных менеджеров системы здравоохранения Республики Узбекистан. Здравоохранение стран СНГ. 2025; 1(2):15–22, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-15-22

АСАДОВ Дамин Абдурахимович¹

доктор медицинских наук, профессор
ORCID: 0000-0003-2192-1418

ХАКИМОВ Валихан Алиханович¹

кандидат медицинских наук, доцент
ORCID: 0000-0003-3236-0046, SPIN: 1007-3112

АСАДОВ Хусан Даминович¹

доктор медицинских наук, доцент
ORCID: 0009-0008-3677-7467

¹ Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан.

© Коллектив авторов, 2025 г.



Хакимов Валихан Алиханович

e-mail: hva-kaf@mail.ru



ВВЕДЕНИЕ

Основные ориентиры постдипломной подготовки менеджеров здравоохранения определены глобальной стратегией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по кадровым ресурсам здравоохранения «Workforce 2030» и последующим Планом действий «Working for Health 2022–2030» [1, 2]. Авторы выделяют особенности постдипломных лидерских курсов, важность для руководителей таких навыков, как: коммуникация, командная работа, системное мышление, цифровая грамотность и связь оценки компетенций с показателями работы системы [3–5]. Европейское бюро ВОЗ запустило Pan-European Leadership Academy (ELA) с многоуровневой подготовкой (ранняя, средняя и высшая карьера) и акцентом на трансформационное лидерство. Среди стран-участников обозначены и государства Центральной Азии, что создаёт возможности для региональной кооперации [6–9].

В то же время сохраняется дисбаланс между декларациями и реальным положением: даже в развитых системах здравоохранения объём формального обучения руководителей ограничен, а нехватка управленческих кадров и опора на консультантов тормозят реформы. Всё это делает важным разработку национально адаптированных систем подготовки менеджеров здравоохранения [10–12].

Качественное непрерывное профессиональное образование менеджеров имеет особое значение в обеспечении целостности и конечной эффективности реализуемой в Республике Узбекистан комплексной трансформации системы здравоохранения. Основой реализуемых в Республике Узбекистан в сфере административного управления реформ являются Закон Республики Узбекистан от 8 августа 2022 г. № ЗРУ-788 «О государственной гражданской службе» [13] и Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 г. № УП-60 «О Стратегии развития нового Узбекистана на 2022–2026 годы» [14].

Профессиональная последипломная подготовка и переподготовка кадров возложена на Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, медицинские вузы, Республиканские специализированные научно-практические медицинские центры, НИИ по профилям базовых медицинских специальностей, Республиканский центр повышения квалификации средних медицинских и фармацевтических работников (и его филиалы на местах).

Цель исследования: разработать и внедрить инновационные механизмы подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального образования менеджеров, отвечающие принципам реализуемой в Республике Узбекистан комплексной трансформации системы здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты деятельности кафедры «Общественное здоровье и управление здравоохранением» Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников за период 2018–2025 гг. Всего проведено 595 образовательных циклов по 46 учебным программам, на которых прошли обучение 19 711 специалистов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При масштабной работе по подготовке и повышению квалификации медицинских работников в здравоохранении сохраняется кадровый дефицит. Выявлены и ранжированы по значимости системные проблемы при организации подготовки, переподготовки и качественного непрерывного профессионального образования руководящего состава:

- большинство занимающих руководящие должности не прошли специализацию «Управление здравоохранением и общественное здоровье»;
- не сформирована полноценная, дифференцированная система непрерывного профессионального образования менеджеров.

Проводится системная работа по следующим направлениям:

- разработка и внедрение инновационных механизмов подготовки, переподготовки, непрерывного профессионального образования менеджеров для системы здравоохранения и систем мониторинга процесса;
- координация профессионального образования менеджеров для системы здравоохранения;
- разработка и внедрение обязательных дифференцированных алгоритмов и механизмов постдипломного образования;
- разработка и внедрение специальных механизмов постдипломного образования;
- развитие целевого международного сотрудничества в области профессионального образования менеджеров для системы здравоохранения.

Механизмы постдипломной подготовки, учебные программы разрабатывались на основе положений концепции реформирования системы здравоохранения, в том числе постдипломного образования, а также регламентирующих нормативных документов Министерства здравоохранения. За указанный период впервые спроектированы и внедрены 37 учебных программ, что составляет 80,4% от общего количества использованных.

Исходя из сущности системных задач, определённых концепцией реформирования системы здравоохранения Республики, на основе анализа причин и факторов, сути ситуации авторами

настоящего исследования были разработаны и внесены в Министерство здравоохранения комплексные предложения по поэтапному решению существующих проблем.

Согласно представленному проекту был принят приказ Министра здравоохранения Республики Узбекистан от 17 ноября 2023 г. № 291 «О коренном совершенствовании эффективности стратегического резерва профессиональных управленцев, их переподготовки и повышения квалификации в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан» [15]. Это первый принятый за годы независимости Республики отдельный нормативный документ, регламентирующий подготовку, переподготовку и повышение квалификации менеджеров в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Данным приказом впервые внедрён ряд ниже приведенных инновационных механизмов:

1. Под председательством заместителя министра здравоохранения создана специальная постоянно действующая рабочая группа «Организация подготовки, переподготовки и повышения квалификации менеджеров в системе Министерства здравоохранения». Утверждены: состав рабочей группы, в который вошли и авторы данного исследования, а также порядок её деятельности. Результатом аналитической и практической деятельности рабочей группы являются: анализ и мониторинг процесса; разработка и внесение на рассмотрение министру здравоохранения обзоров, предложений по разработке и внедрению новых механизмов организации постдипломной подготовки менеджеров здравоохранения.

2. Особое место занимает «Концепция организации подготовки, переподготовки и непрерывного профессионального образования менеджеров в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан», которая систематизирует и регламентирует процесс планирования, реализации и оценки результативности деятельности.

Согласно данной концепции подготовка, повышение квалификации и формирование резерва менеджеров здравоохранения впервые осуществляется в форме разработки готовых к использованию на практике алгоритмов и механизмов. Ответственным координатором данного процесса определена кафедра «Общественное здоровье и управление здравоохранением» Центра развития профессиональных квалификаций медицинских работников.

Разработка алгоритмов и механизмов ведётся по трём направлениям:

- а) новые формы и пути взаимовыгодного сотрудничества с региональными органами управления здравоохранением, республиканскими медицинскими учреждениями;
- б) разработка и внедрение целевых, дифференцированных видов и форм, механизмов

организации образовательного процесса, подготовки, повышения квалификации руководителей системы здравоохранения с учётом сущности, этапов и прогнозируемых результатов реформ, проводимых и планируемых в системе здравоохранения;

- в) разработка и внедрение механизмов формирования стратегического резерва руководящих кадров системы здравоохранения с учётом характера, этапов и прогнозируемых результатов реформ, проводимых и планируемых в системе здравоохранения.

Внедрён механизм мониторинга реализации специальных образовательных программ, вводимых на основании нормативно-правовых документов. На основании данных мониторинга реализуется механизм проведения под председательством заместителя министра здравоохранения периодических анализов с участием руководителей региональных органов управления здравоохранения и руководителей республиканских медицинских учреждений.

Определена задача, с учётом отечественного и международного опыта, исходя из сущности, этапов и прогнозируемых результатов проводимых и планируемых реформ в системе здравоохранения: разработать целевые, дифференцированные виды и формы подготовки и профессионального развития менеджеров системы здравоохранения, а также механизмы организации образовательного процесса и его реализации.

Приказом утверждены следующие алгоритмы и механизмы, разработанные на основе практического опыта кафедры, результатов проводимых научных исследований:

- алгоритм непрерывного профессионального образования, дифференцированный по уровням руководителей системы здравоохранения;
- алгоритм формирования стратегического резерва руководящих кадров системы здравоохранения;
- алгоритм непрерывного профессионального образования руководителей органов управления здравоохранением, лечебно-профилактического учреждения в чрезвычайных ситуациях;
- алгоритм разработки и внедрения информационного портала «Онлайн-школа менеджеров здравоохранения», создающего возможности для непрерывного самообразования, как одной из основ электронной национальной платформы медицинского образования руководителей системы здравоохранения.

Данные алгоритмы являются первым опытом дифференцирования организации непрерывного профессионального образования руководителей системы здравоохранения. Учитывая рамки представления результатов исследования в виде журнальной статьи, далее будут проиллюстрированы

особенности нововведения на примере алгоритма формирования стратегического резерва руководящих кадров Министерства здравоохранения.

Так, «Алгоритм формирования резерва руководящих кадров Министерства здравоохранения Республики Узбекистан» предусматривает:

- для руководителей, впервые назначенных на руководящую должность: в течение месяца со дня назначения прохождение специального курса тематического повышения квалификации; в течение первого года деятельности на данной должности прохождение курса первичной специализации; в последующем: каждые пять лет прохождение курса общего повышения квалификации, в оставшиеся четыре года прохождение ежегодного курса тематического повышения квалификации; системное самостоятельное профессиональное образование посредством платформы «Онлайн-школа менеджеров здравоохранения», мониторинг должностной траектории руководителя;
- для действующих руководителей: прохождение курса переподготовки по специальности; в последующем: каждые пять лет прохождение курса общего повышения квалификации, в оставшиеся четыре года прохождение ежегодного курса тематического повышения квалификации; системное самостоятельное профессиональное образование посредством платформы «Онлайн-школа менеджеров здравоохранения», мониторинг должностной траектории руководителя;
- для кандидатов в стратегический резерв руководящих кадров: первичный отбор кандидатов в стратегический резерв руководящих кадров; прохождение курса первичной специализации; включение в стратегический резерв руководящих кадров Министерства здравоохранения, назначение, переназначение на руководящую должность в установленном порядке; каждые пять лет прохождение курса общего повышения квалификации, в оставшиеся четыре года прохождение ежегодного курса тематического повышения квалификации; системное самостоятельное профессиональное образование посредством платформы «Онлайн-школа менеджеров здравоохранения», мониторинг должностной траектории руководителя.

3. Рейтинг регионов, учреждений республиканского подчинения по уровню организации постдипломной подготовки руководителей здравоохранения. Рейтинг основан на анализе исполнения заказчиками – региональными органами управления здравоохранением и республиканскими учреждениями, утверждённых Министерством здравоохранения план-графиков в течение учебного года в разрезе учебных курсов. Анализ проводится

на заседании специальной постоянно действующей рабочей группы, проводимом в конце учебного года в виде видеоконференцсвязи. Результаты учитываются при формировании общего рейтинга регионов и учреждений республиканского подчинения. Так, по результатам 2024 г. в общем рейтинге Министерства здравоохранения региональных органов управления здравоохранением и рейтинге региональных органов управления здравоохранением по уровню организации постдипломной подготовки руководителей здравоохранения первые четыре места занимают идентичные регионы.

4. Для целевого прогнозирования и эффективной организации постдипломной подготовки руководителей системы здравоохранения авторами настоящего исследования разработаны и внедрены механизмы анализа, обмена информацией и согласованного приёма решений. К таковым относятся:

- специальный Telegram-канал для: региональных органов управления здравоохранением (министр здравоохранения республики Каракалпакстан, начальники управлений здравоохранения областей и города Ташкента), профильного заместителя министра здравоохранения и ответственных сотрудников кафедры «Общественное здоровье и управление здравоохранением». Регионам представляется информация о планируемых курсах, результатах проведенных курсов и текущая информация по исполнению план-графиков в разрезе регионов и учреждений;
- специальный Telegram-канал для: руководителей кадровых служб региональных органов управления здравоохранением (Министерства здравоохранения республики Каракалпакстан, управлений здравоохранения областей и города Ташкента), ответственного сотрудника Министерства здравоохранения и ответственных сотрудников кафедры «Общественное здоровье и управление здравоохранением». Администрирует канал сотрудник кафедры «Общественное здоровье и управление здравоохранением», специализирующийся на организации постдипломного образования руководителей кадровых служб Министерства здравоохранения;
- тематические, аналитические совещания в онлайн-режиме;
- с 2018 г. реализуются целевые программы сотрудничества с конкретными региональными органами управления здравоохранением и региональными медицинскими высшими учебными заведениями, предусматривающие: разработку и внедрение учебных курсов с учётом запросов региона и при участии регионального медицинского ВУЗа, проведение совместных научных исследований, подготовку научных кадров для региона,

реализацию программ международного сотрудничества.

С 2022 г. аналогичные программы внедряются с ведомственными медицинскими службами республиканского подчинения.

5. Авторами настоящего исследования, исходя из требований и этапов трансформации системы здравоохранения Республики, разрабатываются и внедряются **специфические механизмы непрерывного профессионального образования** менеджеров системы здравоохранения. К таковым относятся следующие:

- «Школа руководителей здравоохранения». Кафедра имеет пятнадцатилетний опыт проведения данного вида подготовки. Программа, сроки проведения, контингент слушателей, отчётность регламентируется специальным приказом Министерства здравоохранения. На сегодняшний день – обязательные, ежегодные, интенсивные, недельные 60 кредитные курсы тематического повышения квалификации для руководителей региональных органов управления здравоохранением, руководителей республиканских специализированных научно-практических центров и их региональных филиалов, проводимые в январе, феврале месяце. Ежегодно обновляемая программа курса включает: открытие курса и заключительное занятие с участием министра здравоохранения или профильного заместителя министра, ежедневные утренние занятия спортом; теоретические занятия в первой половине дня на базе кафедры «Общественное здоровье и управление здравоохранением»; практикум во второй половине дня в Министерстве здравоохранения, где управления и подразделения Министерства здравоохранения работают с руководителем каждого региона в рамках плана мероприятий на наступивший год, практическая работа с представителями иных министерств и общественных организаций; культурную программу – посещение театров, музеев совместно с представителями Министерства здравоохранения; «мозговые штурмы» по целевым проблемам в вечернее время – в гостинице центра, где курсанты проживают.
- Курсы тематического повышения квалификации для совместных групп включающих руководителя медицинского учреждения, главного бухгалтера, главного экономиста. Данные курсы, посвященные вопросам внедрения нового механизма финансирования учреждений здравоохранения, проводятся с 2021 г. Программа, сроки проведения, контингент слушателей, отчётность регламентируются специальным приказом Министерства здравоохранения.

- Специальные 80 кредитные курсы тематического повышения для руководителей, впервые назначенных на руководящую должность. Данный курс внедрён с 2022 г. Программа, сроки проведения, контингент слушателей, отчётность регламентируются специальным приказом Министерства здравоохранения. Из двенадцати учебных дней два дня слушатели курса проходят практикум в Министерстве здравоохранения, где знакомятся с организацией работы основных его структурных подразделений и системой работы с регионами.
- Курсы тематического повышения квалификации для руководителей кадровых служб региональных органов управления здравоохранением и медицинских учреждений. Данные курсы внедрены с 2024 г. Программа, сроки проведения, контингент слушателей, отчётность регламентируются специальным приказом Министерства здравоохранения. В 2024–2025 гг. 36 кредитные выездные курсы проведены для всех регионов Республики, обучение прошли 762 специалиста. С текущего учебного года начато обучение на 72 кредитных гибридных (дневное обучение+выездное обучение) курсах.
- Программа «Стратегический резерв руководящих кадров Министерства здравоохранения». Разработана и внедрена в 2019 г. совместным постановлением Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и Национального агентства проектного управления при Президенте Республики Узбекистан. Кандидаты, прошедшие первичный отбор, проходят 306 кредитный курс первичной специализации «Управление здравоохранением и общественное здоровье». Из них: 90 кредитов приходятся на двухнедельный практикум в Министерстве здравоохранения, где они изучают организацию работы основных подразделений и систему работы с регионами, 36 кредитов приходится на международный модуль, который проводится в Международном Вестминстерском университете в г. Ташкенте. Успешно завершившие курс проходят собеседование комиссии Министерства здравоохранения. Подготовку окончили 356 специалистов. Мониторинг должностной траектории включённых в стратегический резерв руководящих кадров Министерства здравоохранения проводится ежегодно кафедрой «Общественное здоровье и управление здравоохранением» по регламентирующему документу Министерства здравоохранения.
- Платформа «Онлайн-школа руководителей здравоохранения». Механизм непрерывного самостоятельного профессионального образования. Сущность, порядок реализации,

контингент пользователей регламентирован специальным нормативным документом Министерства здравоохранения. В настоящее время идёт заполнение информационной базы и формирование контингента пользователей.

- Курсы повышения квалификации для руководителей системы здравоохранения и медицинских учреждений стран Центральной Азии. Данные курсы регламентируются как межгосударственными нормативными документами, так и проводятся по обращению медицинских, высших учебных заведений указанных стран. С 2021 г. курсы проводятся для представителей Республики Таджикистан, Республики Казахстан.

6. Международное сотрудничество развивается по нескольким направлениям:

- совместно с национальным представительством ВОЗ с 2017 г. внедрены интеграционные курсы по организации безопасной плановой иммунизации населения. Подготовку прошли более 3000 специалистов;
- совместно с Международным Вестминстерским университетом в г.Ташкенте внедрены интеграционные курсы специализации, общего и тематического повышения квалификации. Регламентированы меморандумом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и Международного Вестминстерского университета в г.Ташкенте. В течение 2024–2025 гг. реализованы 5 видов курсов, на которых прошли обучение 455 специалистов;
- совместно с национальным представительством Германского общества по международному сотрудничеству (GIZ) разработаны и с октября 2025 г. внедряются интеграционные курсы общего и тематического повышения квалификации, рассчитанные на обучение 900 руководителей и специалистов;
- авторами настоящего исследования проводится работа по формированию рабочей группы стран Центральной Азии по координации постдипломного образования менеджеров здравоохранения. Организационное заседание данной рабочей группы проведено в рамках практической программы международной

научно-практической конференции «Трансформация подготовки, переподготовки и непрерывного постдипломного образования профессиональных руководителей системы здравоохранения Республики Узбекистан», Самарканд, 17–18 октября 2025 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задачи, поставленные программой трансформации системы здравоохранения Республики Узбекистан, предусматривают целевое, дифференцированное внедрение инновационных механизмов подготовки, переподготовки и качественного непрерывного профессионального образования менеджеров для системы здравоохранения Республики Узбекистан, имеющих алгоритмы мониторинга процесса.

Инновационные механизмы должны быть обязательными к исполнению, что регламентируется нормативным документом Министерства здравоохранения.

Алгоритм непрерывного профессионального образования, дифференцированный по уровням руководителей системы здравоохранения, предусматривает очередность внедрения в практику каждого этапа. Отдельное значение имеет системное самостоятельное профессиональное образование посредством канала «Онлайн-школа менеджеров здравоохранения».

Важен мониторинг должностной траектории каждого руководителя в онлайн-режиме посредством электронной базы данных «Менеджеры здравоохранения».

Международное сотрудничество даёт возможность своевременно адаптировать передовой опыт к особенностям системы здравоохранения и задачам, определенным программой реформ.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2016. Используется как рамочный документ; отчёты о прогрессе (2022, 2024) (Дата обращения: 11.11.2025 г.).
2. World Health Organization. Working for Health 2022–2030 Action Plan. Geneva: WHO; 2022. 49 с. Использованные страницы: 6–7 (принципы, партнерства, мониторинг) (Дата обращения: 11.11.2025 г.).
3. Onyura B. et al. Is postgraduate leadership education a match for the challenges of modern medicine? Perspectives on Medical Education. 2019; 8:133–139. Выводы об ограниченной доказательной базе системного эффекта (Дата обращения: 11.11.2025 г.).
4. OECD. Skills for the Future Health Workforce. OECD Health Working Paper No. 124; 2021. Использованные страницы: 9, 34–35 (трансверсальные навыки, системная оценка компетенций) (Дата обращения: 11.11.2025 г.).

5. Каримова Д. Развитие системы управления персоналом в здравоохранении Узбекистана: вызовы и возможности. Экономика и управление, 2020, т. 8, № 2, с. 34–45.
6. WHO/Europe. Pan-European Leadership Academy (ELA). 2021–2025. Описание уровней программы и целей; участие стран региона (включая Центральную Азию) (Дата обращения: 11.11.2025 г.).
7. Рустамова Х.Е., Стожарова Н.К. Вопросы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан. Организация и управление здравоохранением, 2016, № 3, с. 52.
8. Задворная О.Л., Алексеев В.А., Вартамян Ф.Е., Борисов К.Н., Ершов А.А. Развитие системы непрерывного профессионального образования управленческих кадров в сфере здравоохранения. Мир (Модернизация. Инновации. Развитие), 2016, т. 7, № 1, с. 156–161. DOI: 10.18184/2079-4665.2016.7.1.156.161.
9. Юлдашев Ш. Совершенствование системы управления кадровыми ресурсами в сфере здравоохранения. Экономические исследования и анализ, 2024, май, с. 361–368. DOI: 10.60078/2992-877x-2024-vol2-iss5-pp361-368.
10. Кукурика А.В. Кадровая политика в учреждении здравоохранения как фактор повышения эффективности управления. Research'n Practical Medicine Journal, 2021, т. 8, № 4, с. 109–117.
11. Чернышёва М.Л. Система менеджмента качества в непрерывном профессиональном медицинском последипломном образовании. Медицина, образование, 2011, DOI: 10.53065/kaznmu.2021.79.51.069.
12. Бимурзаева Ф.А., Бурибаева Ж.К., Туктибаева С.А. Современные проблемы подготовки специалистов в сфере общественного здравоохранения Казахстана. Вестник, 2021, июнь, медицина.
13. Закон Республики Узбекистан № ЗРУ-788 «О государственной гражданской службе» от 8 августа 2023 года. 2022. 30 с.
14. Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 «О Стратегии развития нового Узбекистана на 2022–2026 годы». 2022. 318 с.
15. Приказ министра здравоохранения Республики Узбекистан № 291 от 17 ноября 2023 года «О коренном совершенствовании эффективности стратегического резерва профессиональных управленцев, их переподготовки и повышения квалификации в системе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан». 2023. 29 с.

UDC 614.2.001.73+378

DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-15-22

THE CURRENT STATE AND PROSPECTS OF POSTGRADUATE EDUCATION FOR PROFESSIONAL MANAGERS IN THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Damin A. ASADOV¹

Grand PhD in Medical sciences, Professor
ORCID: 0000-0003-2192-1418

Valikhan A. KHAKIMOV¹

PhD in Medical sciences, Associate Professor
ORCID: 0000-0003-3236-0046, SPIN: 1007-3112

Khusan D. ASADOV¹

Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor
ORCID: 0009-0008-3677-7467

¹ Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan.



Valikhan A. Khakimov

e-mail: hva-kaf@mail.ru

ABSTRACT

Relevance. The training, retraining, and high-quality continuous professional education of managerial personnel play a crucial role in ensuring the integrity and ultimate effectiveness of the comprehensive healthcare system transformation being implemented in the Republic of Uzbekistan.

Purpose of the study: to develop and introduce innovative mechanisms for the training, retraining, and continuous professional education of healthcare managers that align with the principles of the comprehensive transformation of the healthcare system in the Republic of Uzbekistan.

Materials and methods. The study analyzed the results of the activities of the Department of Public Health and Healthcare Management at the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan for the period from 2018 to 2025. Data from 595 educational cycles conducted across 46 training programs, involving 19,711 specialists, were examined. Based on these data, innovative mechanisms for the training, retraining, and continuous professional education of healthcare system managers were developed and are currently being implemented.

Results. Systemic challenges were identified in organizing the training, retraining, and high-quality continuous professional education of healthcare leadership. By degree of significance, these issues were ranked as follows: the majority of those in managerial positions do not hold a specialty in Healthcare Management and Public Health; a comprehensive system for developing a strategic reserve of managerial personnel has not yet been established; a system of differentiated continuous professional education for healthcare managers has not been introduced; a system for monitoring continuous professional education of professionals in managerial positions has not been developed.

The innovative mechanisms for the training, retraining, and continuous professional education of healthcare managers developed and implemented by the Department include: a regional and institutional rating system; the implementation of the «Concept for the Organization of Training, Retraining, and Continuous Professional Education of Managers in the Healthcare System of the Republic of Uzbekistan,» through the application of mandatory differentiated algorithms and mechanisms of postgraduate education.

Conclusion. Thus, the study substantiates the need for a targeted and differentiated implementation of innovative mechanisms for the training, retraining, and continuous professional education of managers in the healthcare system of the Republic of Uzbekistan, incorporating algorithms for monitoring educational processes.

Keywords: administrative reform, training and retraining of managers, continuous professional education, innovative mechanisms, differentiated algorithms and mechanisms.

TO CITE THIS ARTICLE:

Asadov D.A., Khakimov V.A., Asadov Kh.D. The current state and prospects of postgraduate education for professional managers in the healthcare system of the Republic of Uzbekistan. The CIS Healthcare. 2025; 1(2):15–22, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-15-22

REFERENCES

1. World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2016. Used as framework document; progress reports (2022, 2024). Retrieved November 11, 2025.
2. World Health Organization. Working for Health 2022–2030 Action Plan. Geneva: WHO; 2022. Pages used: 6–7 (principles, partnerships, monitoring). Retrieved: November 11, 2025.
3. Onyura B., et al. "Is Postgraduate Leadership Education a Match for the Challenges of Modern Medicine?" Perspectives on Medical Education, vol. 8, p. 133–139, 2019. Conclusions about limited evidence base for systemic effect. Retrieved: November 11, 2025.
4. OECD. Skills for the Future Health Workforce. OECD Health Working Paper No. 124; 2021. Pages used: 9, 34–35 (transversal skills, system-level competency assessment). Retrieved: November 11, 2025.
5. Karimova D. Development of Personnel Management System in Healthcare Sector of Uzbekistan: Challenges and Opportunities. Economics and Management, vol. 8, no. 2, p. 34–45, 2020.
6. WHO/Europe. Pan-European Leadership Academy (ELA). Description of program levels and goals; participation by countries in region (including Central Asia); 2021–2025. Retrieved: November 11, 2025.
7. Rustamova Kh.E., Stozharova N.K. Issues of Reforming the Healthcare System of the Republic of Uzbekistan. Organization and Management of Healthcare, no. 3, p. 52, 2016.
8. Zadornaya O.L., Alekseev V.A., Vartanyan F.E., Borisov K.N., Ershov A.A. Development of Continuous Professional Education System for Managerial Staff in Healthcare Sphere. Mir (Modernization. Innovation. Development), vol. 7, no. 1, pp. 156–161, 2016. DOI: 10.18184/2079–4665.2016.7.1.156.161.
9. Yuldashev Sh. Improvement of Human Resource Management System in Healthcare Sector. Economic Research and Analysis, May issue, vol. 2, iss. 5, p. 361–368, 2024. DOI: 10.60078/2992–877x-2024-vol2-iss5-pp361-368.
10. Kukurika A.V. Human Resource Policy in Healthcare Institution as Factor to Enhance Management Efficiency. Research & Practical Medicine Journal, vol. 8, no. 4, p. 109–117, 2021.
11. Chernysheva M.L. Quality Management System in Continuing Professional Medical Postgraduate Education. Medicine, Education, 2011. DOI:10.53065/kaznmu.2021.79.51.069.
12. Bimurzayeva F.A., Buribaeva Zh.K., Tukmibayeva S.A. Current Problems of Specialists Training in Public Health Care Field in Kazakhstan. Bulletin, June issue, Medicine section, 2021.
13. Law of the Republic of Uzbekistan No. ZRU-788 "On State Civil Service" dated August 8, 2023. 30 p.
14. Decree of the President of the Republic of Uzbekistan No. UP-60 dated January 28, 2022 "On the Strategy for Development of New Uzbekistan for 2022–2026". 318 p.
15. Order of Minister of Health of the Republic of Uzbekistan No. 291 dated November 17, 2023 "On Fundamental Improvement of Strategic Reserve Professionals' Effectiveness, Their Retraining and Advanced Training within Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan." 29 p.

Получено / Received: 19.11.2025.

Принято / Accepted: 10.12.2025.

Опубликовано / Published: 25.12.2025.

ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ И СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ СТОЛИЦЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ – ГОРОДА БИШКЕКА

УДК 614.2

DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-23-30

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Бишкек, столица Кыргызской Республики, является не только экономическим, но и инновационным центром по управлению и реагированию на медико-демографические, гигиенические и эпидемиологические процессы. Урбанизация, климатические изменения, уровень социально-экономического благополучия населения оказывают значительное влияние на здоровье жителей, особенно молодежи. Выявление факторов, определяющих качество жизни и обучения студентов высших учебных заведений, важно, как для формирования здорового образа жизни, так и планирования эффективных образовательных и городских стратегий в социальной сфере.

Цель исследования: оценка здоровья молодежи 18–25 лет, проживающей и обучающейся в условиях мегаполиса, в 2020–2022 гг.

Материалы и методы. Использованы данные Национального статистического комитета Кыргызской Республики, результаты по трем переписям населения: 1999, 2009 и 2022 гг. Изучалась заболеваемость за 2020–2022 гг. по данным статистической информации Центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Применялись аналитический и статистический методы.

Результаты. Анализ показал, что численность населения г. Бишкека в целом растет, однако доля молодежи 18–25 лет снижается (на 10,5–12,5%). Показатели динамики заболеваемости растут по всем классам заболеваний, при этом пять приоритетных классов составляют 82,4% от общей заболеваемости городского населения. Выявлена зависимость между жилищными условиями, проживанием в городской среде и состоянием здоровья студентов.

Заключение. В результате исследования показана необходимость внедрения механизмов оценки индекса здоровья жителей мегаполиса с учетом демографических и экологических особенностей. Для улучшения качества жизни и здоровья молодежи необходимы разработка и реализация инновационных программ формирования здоровьесберегающего поведения. Требуется комплексный подход к планированию городской среды и образовательного процесса для студенческой молодежи столицы Кыргызского государства.

Ключевые слова: молодежь, городская среда, демографические показатели, общая заболеваемость, жилищные условия.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Абдыгулова И.Б., Кененбаева Р.М., Акматов И.М., Касымова Р.О. Здоровье молодёжи и студентов высших учебных заведений столицы Кыргызской Республики – города Бишкека. Здравоохранение стран СНГ. 2025; 1(2):23–30, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-23-30

**АБДЫГУЛОВА Индира
Бактыбековна¹**

аспирант

ORCID: 0000-0003-1098-4958

**КЕНЕНБАЕВА Роза
Миязбековна¹**

аспирант

ORCID: 0000-0002-0413-0203, SPIN: 4974-3119

АКМАТОВ Илим Мелисович^{1,2}

аспирант

ORCID: 0000-0002-5594-6173

КАСЫМОВА Рано Оморовна^{1,2}

доктор медицинских наук, профессор

ORCID: 0000-0003-1026-4723, SPIN: 4693-1120

¹ Национальный институт общественного здоровья при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызстан;

² Межгосударственная образовательная организация высшего образования «Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина», г. Бишкек, Кыргызстан.



Абдыгулова Индира Бактыбековна
e-mail: propt@mail.ru



ВВЕДЕНИЕ

Среда жизни и обучения студенческой молодежи обладает значительным потенциалом для общественного здравоохранения, поскольку обеспечивает регулярное воздействие на обучающихся в рамках институциональной модели высшего профессионального образования [1]. По данным ВОЗ, такой подход включает в себя архитектурно-планировочный и ландшафтно-рекреационный дизайн города, транспортную инфраструктуру, комплексы зданий и сооружений высшего учебного заведения, включая места проживания студентов [2, 3].

Состояние здоровья студенческой молодежи, как правило, дает представление о результативности предпринимаемых государством усилий по созданию социально-ориентированной модели здравоохранения, об уровне доступности и качестве медицинской помощи. В то же время основополагающее значение для социальной медицины имеет реализация комплекса оздоровительно-профилактических программ с учетом детерминантов здоровья [4].

Цель исследования: оценка здоровья молодежи 18–25 лет, проживающей и обучающейся в условиях мегаполиса, в 2020–2022 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании использовался компаративно-описательный метод: оценка медико-демографических показателей (численность, половозрастной состав населения) на основе переписи населения в 1999, 2009, 2022 гг. в Кыргызской Республике и г. Бишкеке, по данным Национального статистического комитета (www.stat.kg). Состояние здоровья молодежи в 2020–2022 гг. изучалось по данным Центра электронного здравоохранения Минздрава Кыргызской Республики (<http://cez.med.kg/>).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексный анализ показателей здоровья молодежи с учетом социально-экономических и медико-демографических условий является одним из приоритетов социальной политики государства, принятых в международной практике для сохранения генофонда нации. На сегодняшний день решение актуальных вопросов всестороннего развития и детерминантов качества здоровья происходит в городской среде. Города являются движущей силой экономики, логистики, инновационных технологий, в том числе образовательных, а также созидательной средой для создания социально-демографических, гигиенических, эпидемиологических условий жизни, при этом необходимо учитывать климат и состояние городской среды в целом

(жилье, воздух, транспорт и прочие), которые важны для обеспечения безопасной и устойчивой жизнедеятельности граждан [1].

В настоящее время в столице Кыргызского государства г. Бишкеке сосредоточены более 75% образовательных организаций высшего профессионального образования (ВПО), ежегодно на первый курс принимаются более 20 тысяч студентов. Причем общая численность студентов, обучающихся по различным направлениям в высших учебных заведениях составляет более 113 тыс. человек, включая курсантов Министерств внутренних дел и обороны – 1640 [5, 6].

Мегаполис Бишкек расположен на подгорной равнине Чуйской долины в высотной зоне 700–1100 м над уровнем моря. Территория города за последние 20 лет расширилась до 170 кв. км (в 1999 г. – 150,1 кв. км), при этом снизился уровень озеленения – с 29,3% до 28,4%. Увеличилась и плотность населения с 5,1 до 6,3 тыс. чел/кв. км, жилищный фонд вырос на 28,2%, на 1 человека приходится 14,0 кв. м общей площади. Вместе с тем, санитарно-техническая обеспеченность жилого фонда водопроводом составляла 92,1%, канализацией – 87,4%, газом – 66,9%, центральным отоплением – 40,2% и ваннами/душем – 36,1% [7]. Требуется внимания сложная транспортная ситуация: количество транспорта, особенно частного, достигло 450 ед. на 1000 горожан со средним годовым темпом прироста 13% при неизменной инфраструктуре магистральных и уличных дорог [8, 9]. Стоит отметить, что для объективизации показателей качества жизни в городах с учетом инфраструктуры и экологической устойчивости наряду с образованием и общественной средой используется индекс здоровья в городах (Urban Health Index, UHI), предложенный ВОЗ в 2014 г. для выработки индикаторов с учетом местных условий [1, 10]. Данный индекс имеет потенциал для измерения как общественного здоровья в целом, так и неравенства в отношении состояния здоровья городских жителей [1].

В процессе анализа медико-демографических показателей, рассчитанных по данным переписи населения, выявлена положительная динамика общей численности населения Кыргызской Республики (КР). Данная тенденция характерна и для городского населения: численность населения г. Бишкека в 1999 г. составляла 762,3 тыс. человек, в 2009 г. – 835,7 тыс. человек, прирост 9,6%, в 2022 г. – более 1 млн., прирост 34,1% (таблица 1).

В структуре всех возрастных групп населения отмечается нарастание показателей переписи 2009 г. по сравнению с 1999 г. Аналогичные закономерности прослеживаются и по сравнению с данными переписи 2022 г. за исключением возрастной группы 18–24 лет, её доля снизилась с 15,6% до 10,5% на национальном уровне и с 18,8% до 12,5% в г. Бишкеке. По сравнению с 1999 и 2009 гг. наблюдается

Таблица 1

Численность населения Кыргызской Республики и г. Бишкека по возрастным группам

Показатели		1999				2009				2022			
		КР		г. Бишкек		КР		г. Бишкек		КР		г. Бишкек	
Общая численность	4822938	%		762308	%		5362793	%		6936156	%		1120827
		+13,3			+23,0			+11,2			+29,3		+34,1
0–17 лет	всего	2036953	42,2	210969	27,7	1981068	36,9	235764	28,2	2634202	38,0	266807	23,8
	муж.	1033793	50,8	107498	51	1007884	50,9	118903	50,4	1355132	51,4	138302	51,8
	жен.	1003160	49,2	103471	49	973184	49,1	116861	49,6	1279070	48,6	128505	48,2
18–24 лет	всего	618843	12,8	132785	17,4	835521	15,6	156993	18,8	730684	10,5	139677	12,5
	муж.	312040	50,4	65703	49,5	418986	50,1	74038	47,2	359938	49,3	64096	45,9
	жен.	306803	49,6	67082	50,5	416535	49,9	82955	52,8	370746	50,7	75581	54,1
25–49 лет	всего	1558662	32,3	299107	39,2	1802443	33,6	311334	37,3	2348278	33,9	473699	42,3
	муж.	773982	49,7	146364	48,9	892427	49,5	143931	46,2	1162371	49,5	208769	44,1
	жен.	784680	50,3	152743	51,1	910016	50,5	167403	53,8	1185907	50,5	264930	55,9
50–64 лет	всего	345556	7,2	70914	9,3	487426	9,1	85727	10,3	870367	12,5	172978	15,4
	муж.	160512	46,5	30277	42,7	224207	46,0	35383	41,3	407390	46,8	72918	42,2
	жен.	185044	53,5	40637	57,3	263219	54,0	50344	58,7	462977	53,2	100060	57,8
65> лет	всего	262924	5,5	48533	6,4	256335	4,8	45925	5,5	352625	5,1	67666	6,0
	муж.	100138	38,1	15435	31,8	102417	40,0	15064	32,8	144190	40,9	23417	34,6
	жен.	162786	61,9	33098	68,2	153918	60,0	30861	67,2	208435	59,1	44249	65,4
Всего	всего	4822938	100,0	762308	100	5362793	100,0	835743	100	6936156	100,0	1120827	100
	муж.	2380465	49,4	365277	47,9	2645921	49,3	387319	46,3	3429021	49,4	507502	45,3
	жен.	2442473	50,6	397031	52,1	2716872	50,7	448424	53,7	3507135	50,6	613325	54,7

Источники: составлено авторами по данным Национального статистического комитета Кыргызской Республики, актуальным на 12.11.2025 г.

Таблица 2

Общая заболеваемость лиц 18–25 лет по Кыргызской Республике и г. Бишкеку, структура за 3 года (в среднем)

Показатели	МКБ-10	2020		2021		2022		Σ ср. за 3 года		Структура, %	
		КР	Бишкек	КР	Бишкек	КР	Бишкек	КР	Бишкек	КР	Бишкек
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни A00-B99	I	2386 290,2	676 685,0	2764 342,3	787 811,4	3961 490,5	1309 1349,6	3037,0 374,3	924,0 948,7	4,7	4,2
Новообразования D10-D36	II	190 23,1	80 81,1	217 26,9	71 73,2	246 30,5	99 102,1	217,7 26,8	83,3 85,5	0,3	0,4
Психические расстройства и расстройства поведения F00-F99	V	346 42,1	76 77,0	573 71,0	86 88,7	575 71,2	106 109,3	498,0 61,4	89,3 91,7	0,8	0,4
Болезни нервной системы G00-G99	VI	1765 214,7	308 312,1	2351 291,1	411 423,8	2647 327,8	565 582,5	2254,3 277,9	428,0 439,5	3,5	1,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата H00-H59	VII	3566 433,7	1106 1120,8	4150 513,9	1300 1340,4	5245 649,5	1512 1558,9	4320,3 532,4	1306,0 1340,0	6,7	5,9
Болезни уха и сосцевидного отростка H60 – H95	VIII	2126 258,6	667 675,9	2408 298,2	805 830,0	2283 282,7	799 823,8	2272,3 279,8	757,0 776,6	3,5	3,4
Болезни системы кровообращения I00-I99	IX	951 115,7	167 169,2	1049 129,9	163 168,1	1172 145,1	277 285,6	1057,3 130,2	202,3 207,6	1,7	0,9
Болезни органов дыхания J00-J99	X	19859 2415,2	8377 8488,8	28647 3547,4	11583 11942,6	28519 3531,5	12494 12882	25675,0 3164,7	10818,0 11104,4	40,1	48,6
Болезни органов пищеварения K00-K93	XI	1878 228,4	465 471,2	1886 233,5	480 494,9	2643 327,3	676 697,0	2135,7 263,1	540,3 554,4	3,3	2,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки L00-L99	XII	4327 526,4	1001 1014,4	5120 634,0	1258 1297,1	6278 777,4	1381 1423,9	5241,7 645,9	1213,3 1245,1	8,2	5,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани M00-M99	XIII	2406 292,6	598 606,0	2992 370,5	758 781,5	3503 433,8	1103 1137,2	2967,0 365,6	819,7 841,6	4,6	3,7
Болезни мочеполовой системы N00-N99	XIV	9138 1111,3	3755 3805,1	9522 1179,1	3807 3925,2	10408 1288,8	4107 4234,5	9689,3 1193,1	3889,7 3988,3	15,1	17,5
Симптомы, признаки и отклонения от нормы R00-R99	XVIII	265 32,2	51 51,7	352 43,6	101 104,	431 53,4	80 82,5	349,3 43,1	77,3 79,4	0,5	0,3
Травмы, отравления S00-T98	XIX	3915 476,1	859 870,5	4152 514,1	1175 1211,5	4910 608,0	1311 1351,	4325,7 532,7	1115,0 1144,6	6,8	5,0
ВСЕГО		53118 6460,1	18186 18428,7	66183 8195,5	22785 23492,4	72821 9017,5	25819 26621	64040,7 7891,0	22263,3 22847,2	100	100

Примечание: числитель – абсолютные значения, знаменатель – на 100000 населения.

Источник: составлено авторами по данным Центра электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, актуальным на 12.11.2025 г.

убыль населения в данной группе 12,5% и 11,0% соответственно. Выявленная закономерность [7, 8, 11] в большей степени объясняется снижением коэффициента суммарной рождаемости в 90-е годы с 3,58 до 2,9 (2010 г.).

Комплексная оценка состояния здоровья имеет приоритетное значение для определения социально-значимых ценностей для общества как на индивидуальном, так и на групповом уровне в популяции молодежи. Пристального внимания требуют поведенческие факторы риска, поскольку многие нарушения психического здоровья (например, депрессия и склонность к суицидам) возникают в детстве и усиливаются в подростковом, юношеском возрасте (16–21 лет), включая период ранней зрелости (21–25 лет), поэтому необходима актуализация проблемы охраны психического здоровья в данной популяции [12].

Медико-социальный анализ выявил положительную динамику показателей здоровья молодежи в возрастной группе 18–25 лет в 2020–2022 гг. как на национальном уровне, так и среди жителей г. Бишкека (таблица 2). За анализируемый период наблюдался существенный рост общей заболеваемости в целом и по отдельным классам болезней. Причем в структуре как по стране, так и по г. Бишкеку первое ранговое место занимали заболевания органов дыхания: 40,1% и 48,6% соответственно, второе – болезни мочеполовой системы: 15,1% и 17,5% соответственно, с более высокими значениями показателей среди городской молодежи на 8,5% и 2,4% соответственно. Следующие ранговые места по КР занимают: болезни кожи и подкожной клетчатки – 8,2% (III); травмы и отравления – 6,8% (IV), болезни глаза и его придаточного аппарата – 6,7% (V). В столице сложилась иная ситуация: III место занимают болезни глаза и его придаточного аппарата (5,9%), IV – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,4%) и V – травмы и отравления (5,0%). Общая доля пяти приоритетных классов болезней в структуре общей заболеваемости составила по КР – 76,9%; г. Бишкеку – 82,4%, что на 5,5% выше.

Следует отметить, что следующие ранговые места в структуре общей заболеваемости как по стране, так и по г. Бишкеку заняли некоторые инфекции и паразитарные болезни – VI (4,7% и 4,2% соответственно), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – VII (4,6% и 3,7%), болезни уха и сосцевидного отростка – VIII (3,5 и 3,4%).

Далее в КР болезни нервной системы заняли IX место (3,5%); болезни органов пищеварения – X (3,3%), болезни системы кровообращения – XI (1,7%). В свою очередь, в г. Бишкеке сложилась следующая последовательность: болезни органов пищеварения – IX (2,4%), болезни нервной системы – X (1,9%) и болезни системы кровообращения – XI (0,9%) места.

На прочие болезни приходится в целом по Кыргызстану 1,6%, в том числе психические расстройства и расстройства поведения – 0,8%, симптомы, признаки и отклонения от нормы – 0,5%, новообразования – 0,3%, а по г. Бишкеку – 1,1% (0,4%; 0,3% и 0,4%) соответственно.

Таким образом, можно предположить, что результаты анализа демонстрируют слабую медицинскую активность данной группы молодежи, особенно городской, учитывая, что среди них большинство иногородних, которые обращаются за медицинской помощью в студенческую поликлинику г. Бишкека или медико-амбулаторные пункты при вузах. Следует заметить, что повторная обращаемость связана, как правило, с осложнениями ранее диагностированного заболевания или нарастанием тяжести болезни.

Реформирование системы образования в стране привело к многообразию типов высших учебных заведений, в том числе военных, а также изменению форм, методов, средств и технологий обучения студентов. Перед системой образования поставлены задачи, направленные на раскрытие способностей каждого студента, воспитание личности готовой к профессиональной и социальной жизни в высокотехнологичном и конкурентном мире [13–16]. Однако, в целом, факторы и условия пребывания в пространственной среде вузов с учетом воздействия городской среды представляют собой существенные детерминанты риска для здоровья студенческой молодежи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прогнозируется рост доли городского населения планеты к 2030 г. – 60%, а 2050 г. – 66%, поэтому уже сегодня следует предусмотреть разработку соответствующих программ ЗОЖ для всех возрастных групп. Эта задача должна стать приоритетной в 2022–2030 гг.

Увеличение количества и высокая плотность столичных жителей, усиление влияния поведенческих факторов риска, обусловленных социально-экономическими, медико-демографическими причинами, говорит о необходимости разработки профилактических мер для сохранения и улучшения здоровья населения, особенно молодежи, достижения «всеобщего охвата услугами здравоохранения». Профилактические меры должны быть направлены на снижение рисков воздействия городской и обучающей среды с учетом оптимизации учебного процесса. Для городской молодежи и студентов следует разрабатывать и реализовывать программы профилактики поведенческих факторов рисков, поддерживать и поощрять медицинскую активность, имплементировать инновационные здоровьесберегающие технологии в образовательные учреждения.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Здоровье в городах: справедливые, более здоровые города в интересах устойчивого развития. ВОЗ, 2018. 242 с. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/311559?&locale-attribute=es>
2. ВОЗ. Здоровье подростков и молодежи 28 апреля 2023 г. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
3. ВОЗ. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии. / ВОЗ. – Женева, 2014. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112750/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf
4. Касымов О.Т., Белов Г.В. Профилактическая медицина – самое первое и приоритетное направление медицинской науки в Кыргызстане Медицина Кыргызстана. 2013; (4):5–15.
5. Национальный статистический комитет КР. Образование и культура. URL: <http://stat.kg/ru/statistics/obrazovanie/>
6. Управление высшего, среднего профессионального и послевузовского образования. Статистика. URL: <https://edu.gov.kg/organizations/5/pages/78/>
7. Сулейманова Г.Т. Медико-социальная потребность организации геронтологической помощи населению в Кыргызской Республике: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение. Бишкек, 2023. 26 с.
8. Абдыгулова И.Б., Алымбаев А.С., Курманова А.Р., Акматов И.М., Касымова Р.О. Социально-пространственные условия современной городской среды обитания жителей Бишкека. Научное обозрение. Медицинские науки. 2023; (4): 5–9.
9. Сабырбеков Р.А. Источники загрязнения воздуха в городах Кыргызстана: аналитический отчет. Бишкек: Центр окружающей среды и развития АУЦА (ЦОР), 2018. URL: <http://ced.auca.kg/wp-content/uploads/2019/10.pdf>
10. Comparison of cities using the urban health index: An analysis of demographic and health survey data from 2003–2013. WHO, 2016. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516075>
11. Сулейманова Г.Т., Тургумбаева Ж.Д., Бапалиева Г.О. Современные медико-демографические тенденции Кыргызской Республики. Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2020; (12):58–64.
12. Кузнецова Л.М., Кузнецов В.Д., Тимошенко К.Т. Показатели психического здоровья современных старшеклассников и студентов вуза. Гигиена и санитария. 2008; (3):59–63.
13. Суворов А.В., Якубова И.Ш., Чернякина Т.С. Динамика показателей состояния здоровья детей и подростков Санкт-Петербурга за 20-летний период. Гигиена и санитария. 2017; (4):332338.
14. Далингер В.А. Основные направления современного российского образования. Современные проблемы науки и образования. 2022. DOI: 10.17513/spno.30184.
15. Павлова И., Герман Е., Турбина Е. Новые тенденции в структуре жизненных ценностей студентов. Современные наукоёмкие технологии. 2022. № 3. С. 169–173. DOI: 10.17513/snt.39093.
16. Старостин А.В. Исследование ценностных ориентаций учащихся. Современные наукоёмкие технологии. 2024. № 6(1). С. 102–108. DOI: 10.58224/2687-0428-2024-6-1-102-108.

YOUTH AND UNIVERSITY STUDENTS' HEALTH IN BISHKEK, THE CAPITAL OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Indira B. ABDYGULOVA¹

PhD student
ORCID: 0000-0003-1098-4958

Ilim M. AKMATOV^{1,2}

PhD student
ORCID: 0000-0002-5594-6173

Roza M. KENENBAYEVA¹

PhD student
ORCID: 0000-0002-0413-0203, SPIN: 4974-3119

Rano O. KASYMOVA^{1,2}

Grand PhD in Medical sciences, Professor
ORCID: 0000-0003-1026-4723, SPIN: 4693-1120

¹ National Institute of Public Health of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan;

² Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyzstan.



Indira B. Abdygulova
e-mail: npopm@mail.ru

ABSTRACT

Relevance. Bishkek, the capital of the Kyrgyz Republic, is not only an economic, but also an innovative center for managing and responding to medical, demographic, hygienic and epidemiological processes. Urbanization, climate change, and the level of socio-economic well-being of the population have a significant impact on the health of residents, especially young people. The identification of factors determining the quality of life and education of university students is important both for the formation of a healthy lifestyle and for planning effective educational and urban strategies in the social sphere.

The purpose of the study: to assess the health of 18–25-year-olds living and studying in a megalopolis in 2020–2022.

Materials and methods. The data of the National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and the results of three population censuses were used: 1999, 2009 and 2022. The morbidity rate for 2020–2022 was studied according to the statistical information of the Electronic Health Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Analytical and statistical methods were used.

Results. The analysis showed that the population of Bishkek as a whole is growing, but the proportion of young people aged 18–25 is decreasing (by 10.5–12.5%). The incidence rates are increasing for all classes of diseases, with five priority classes accounting for 82.4% of the total incidence of the urban population. The relationship between housing conditions, living in an urban environment and the health status of students has been revealed.

Conclusion. The study shows the need to introduce mechanisms for assessing the health index of megalopolis residents, taking into account demographic and environmental characteristics. To improve the quality of life and health of young people, it is necessary to develop and implement innovative programs for the formation of health-saving behavior. An integrated approach to planning the urban environment and the educational process for students in the capital of the Kyrgyz state is required.

Keywords: youth, urban environment, demographic indicators, overall morbidity, housing conditions.

TO CITE THIS ARTICLE:

Abdygulova I.B., Kenenbaeva R.M., Akmatov I.M., Kasymova R.O. Youth and university students' health in Bishkek, the capital of the Kyrgyz Republic. The CIS Healthcare. 2025; 1(2):23–30, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-23-30

REFERENCES

1. WHO. Urban Health: fairer, healthier cities for sustainable development. WHO, 2018. 242 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/311559?&locale-attribute=es>
2. WHO. Adolescent and Youth Health April 28, 2023 – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
3. WHO. World Adolescent Health: a second chance in the second decade. / WHO. – Geneva, 2014. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112750/WHO_FWC_MCA_14.05_rus.pdf
4. Kasymov O.T., Belov G.V. Preventive medicine is the very first and priority area of medical science in Kyrgyzstan. Medicine of Kyrgyzstan. 2013; (4):5–15.
5. National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic. Education and culture. URL: <http://stat.kg/ru/statistics/obrazovanie/>
6. Management of higher, secondary vocational and postgraduate education. Statistics. URL: <https://edu.gov.kg/organizations/5/pages/78/>
7. Suleymanova G.T. The medical and social need for the organization of gerontological care to the population in the Kyrgyz Republic: abstract of the dissertation of the Candidate of Medical Sciences: 02/14/03 – public health and public health. Bishkek, 2023. 26 p.
8. Abdygulova I.B., Alymbaev A.S., Kurmanova A.R., Akmatov I.M., Kasymova R.O. Socio-spatial conditions of the modern urban habitat of Bishkek residents. Scientific review. Medical sciences. 2023; (4): 5–9.
9. Sabyrbekov R.A. Sources of air pollution in the cities of Kyrgyzstan: an analytical report. Bishkek: AUCA Center for Environment and Development, 2018. URL: <http://ced.auca.kg/wp-content/uploads/2019/10.pdf>

10. Comparison of cities using the urban health index: An analysis of demographic and health survey data from 2003–2013. WHO, 2016. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516075>
11. Suleymanova G.T., Turgumbayeva J.D., Bapaliev G.O. Modern medical and demographic trends of the Kyrgyz Republic. Science, new technologies and innovations of Kyrgyzstan. 2020; (12):58–64.
12. Kuznetsova L.M., Kuznetsov V.D., Timoshenko K.T. Mental health indicators of modern high school students and university students. Hygiene and sanitation. 2008; (3):59–63.
13. Suvorov A.V., Yakubova I.Sh., Chernyakina T.S. Dynamics of health indicators of children and adolescents in St. Petersburg over a 20-year period. Hygiene and sanitation. 2017; (4):332–338.
14. Dalinger V.A. The main directions of modern Russian education. Modern problems of science and education. 2022. DOI: 10.17513/spno.30184.
15. Pavlova I., German E., Turbina E. New trends in the structure of students' life values. Modern high-tech technologies. 2022. No. 3. С. 169–173. DOI: 10.17513/snt.39093.
16. Starostin A.V. The study of students' value orientations. Modern high-tech technologies. 2024. № 6(1). С. 102–108. DOI: 10.58224/2687-0428-2024-6-1-102-108.

Получено / Received: 19.11.2025.

Принято / Accepted: 05.12.2025.

Опубликовано / Published: 25.12.2025.

Новости здравоохранения стран СНГ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СТРАН СНГ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОТРУДНИЧЕСТВА

XXXVIII заседание Совета по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств состоялось 3 октября 2025 г. в г. Душанбе (далее – Совет).

В мероприятии приняли участие члены Совета и полномочные представители от Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, России, Таджикистана, Узбекистана, руководители рабочих органов и базовых организаций Совета, представители Межпарламентской Ассамблеи государств – участников СНГ, Всемирной организации здравоохранения, Исполнительного комитета СНГ, НО «Ассоциация директоров центров и институтов онкологии и рентгенологии стран СНГ и Евразии», руководители республиканских медицинских учреждений Таджикистана, а также представители заинтересованных организаций и ведомств государств – участников СНГ.

Заседание прошло в рамках председательства Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в Совете по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ.

В приветственном слове Генеральный секретарь СНГ Сергей Лебедев подчеркнул особую значимость 2025 г. для Содружества – года 80-летия Победы в Великой Отечественной войне. Он отметил вклад проекта «Медсанбат» (запущен Минздравом России совместно с ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) в празднование и выразил уважение к подвигу советского народа и медицинских работников в годы войны.

Традиционно ключевым вопросом повестки дня заседания стало обсуждение итогов председательства Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в Совете по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ в 2025 г. Отмечены успехи совместной реализации проектов, направленных на улучшение качества и доступности медицинской помощи гражданам стран Содружества, организации работы базовых органов и комиссий Совета, совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи, а также обращено внимание на значительный прогресс в борьбе с инфекционными заболеваниями и профилактике неинфекционных заболеваний.

Особый акцент был сделан на важности укрепления международного сотрудничества в области исторического просвещения и противодействия попыткам исказить историю, приуроченной к празднованию 80-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне. Основной темой стало обсуждение проводимого в 2026 г. Года охраны здоровья в СНГ, цель которого – стимулирование модернизации национальных систем здравоохранения и активизация международных связей.

Во время заседания Совета рассмотрен целый ряд важных вопросов: тенденции роста онкологических заболеваний, состояние ситуации с сахарным диабетом, роль новейших технологий, таких как искусственный интеллект, в диагностике и лечении заболеваний, а также координация усилий по профилактике НИЗ, предотвращению особо опасных инфекций и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Одобрены планы совместных действий по борьбе с туберкулезом и онкологическими заболеваниями, утверждены методические рекомендации по эпидемиологическому надзору и профилактике холеры, установлены противопоказания для донорства крови. Согласованы подходы по формированию электронного сборника нормативно-правовых документов, регулирующих работу служб крови стран СНГ. Утвержден План работы Совета на 2026 г.

Поддержаны инициативы о придании статуса базовых организаций в области трансфузиологии, в области непрерывного профессионального образования специалистов здравоохранения и в области медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, подчеркнув необходимость развивать эти направления. Проявлена готовность взаимодействовать с ВОЗ и Межпарламентской ассамблеей СНГ в плане разработки моделей законов и рекомендаций в сфере здравоохранения.

Принята инициатива о председательстве в Совете по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ в течение 2026 г. Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Источник: Интернет-портал СНГ «Пространство интеграции».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА И ПОСЕЛКИ» БЕЛАРУСИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

УДК 614.2:331.108.244(476)

DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-31-39

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Государственная политика Республики Беларусь в области здравоохранения ориентирована на обеспечение доступности и качества медицинской помощи, а также на профилактику заболеваний и формирование ответственного отношения к здоровью. В рамках выполнения Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 гг. реализуется проект «Здоровые города и поселки», оценке реализации которого и посвящена настоящая работа.

Цель исследования: изучение мнения населения 250 городов и поселков Республики Беларусь об эффективности реализации комплекса мероприятий, предусмотренных государственным профилактическим проектом «Здоровые города и поселки за 2023 г., путем анкетного опроса.

Материалы и методы. Исследование проведено методом социологического опроса населения 250 населенных пунктов, участвующих в реализации государственного проекта «Здоровые города и поселки» в 2023 г. Выборочная совокупность составила 1365 респондентов (ошибка выборки $\pm 2,62\%$). Анкета включала вопросы, направленные на оценку отношения к здоровью, ЗОЖ, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективности профилактических мероприятий.

Результаты. Изучено отношение населения к своему здоровью, здоровому образу жизни, оценена эффективность проводимых профилактических мероприятий для сохранения здоровья населения, дана оценка доступности и качеству оказания медицинской помощи с точки зрения пациентов. К главному индикатору успешности реализации проекта респонденты относят эффективность системы здравоохранения. Каждый пятый участник опроса (19,0%) отметил положительную динамику ее развития в своем населенном пункте. При этом оценка мнения населения о необходимости и реальности формирования «здоровья» своего населенного пункта зафиксировала низкий уровень осведомленности граждан о реализации профилактического проекта (всего 9,0% опрошенных). Состояние собственного здоровья значительная часть респондентов (66,6%) считают «хорошим», а к ключевым факторам, негативно на него влияющим, относят стресс, нехватку сна и малоподвижный образ жизни.

Заключение. Представление белорусов о «здоровье» своего населенного пункта включает, прежде всего, деятельность системы здравоохранения и факторы обеспечения и поддержания собственного физического и психического здоровья. Подчеркивается необходимость большего участия государства в направлении развития здравоохранения, создании культурных и спортивных объектов, обеспечения высокого уровня технологичности населенных пунктов, достойных условий труда, а также большего внедрения элементов безбарьерной среды. Большинство респондентов отмечает потребность в улучшении деятельности медицинских и социальных служб, направленной на повышение самосознания населения и формирования приоритета ЗОЖ.

Ключевые слова: социологическое исследование, здоровье, здоровый образ жизни, профилактический проект.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Семёнов А.В., Дудина Т.В., Бельский А.М., Василевская М.Г. Эффективность реализации государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки» Беларуси с точки зрения населения. Здравоохранение стран СНГ. 2025; 1(2):31–39, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-31-39

СЕМЁНОВ Александр Владимирович¹

кандидат медицинских наук, доцент
ORCID: 0009-0008-5966-6049, SPIN: 7232-6498

ДУДИНА Татьяна Васильевна¹

кандидат биологических наук, доцент
ORCID: 0009-0007-9481-3369, SPIN: 7966-7144

БЕЛЬСКИЙ Александр Михайлович²

кандидат социологических наук, доцент
ORCID: 0000-0002-1414-9864, SPIN: 7882-4437

ВАСИЛЕВСКАЯ Марина Геннадьевна¹

ORCID: 0009-0001-3003-5146, SPIN: 3490-3326

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», г. Минск, Беларусь;
² ГНУ «Институт социологии Национальной академии наук Беларуси», г. Минск, Беларусь.

© Коллектив авторов, 2025 г.



Василевская Марина Геннадьевна
e-mail: vasillevskaya@rnpncomt.by



ВВЕДЕНИЕ

Ключевыми направлениями государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения являются: доступность и надлежащее качество оказания медицинской помощи, приоритетность мер профилактической направленности, формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих, создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения и обеспечение доступности медицинского обслуживания и лекарственного обеспечения [1, 2]. В целом законодательство о здравоохранении Республики Беларусь рассматривает здоровый образ жизни (далее – ЗОЖ) как определяющий фактор, влияющий на здоровье населения и предусматривает обязательность разработки комплекса мер по его поддержке и формированию, включая создание условий для ведения ЗОЖ с использованием современных организационных, информационных, образовательных и иных профилактических технологий [2–4].

В соответствии с Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 гг. (утв. постановлением Совета Министров Республики Беларусь 19 января 2021 г. № 28) [4] в настоящее время в стране реализуются 2 республиканских государственных профилактических проекта – «Здоровые города и поселки», в рамках которого создается национальная сеть «Здоровые города и поселки», и межведомственный профилактический проект для учреждений общего среднего образования «Школа – территория здоровья», а также более 160 региональных профилактических проектов.

Проект Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) «Здоровые города» развивается с 1988 г. и реализует принципы стратегии ООН «Здоровье для всех» и европейской политики здравоохранения «Здоровье – 2020». Европейская сеть включает 96 городов и получает поддержку со стороны национальных сетей 30 стран. В Беларуси движение за «Здоровый город» стартовало с 2012 г., а государственный профилактический проект «Здоровые города и поселки», разработанный на основе модели международного проекта ВОЗ «Здоровые города», действует в Беларуси с 2019 г. [5].

Цель государственного профилактического проекта – формирование города (поселка), живущего по принципам ЗОЖ, в котором население ответственно относится к собственному здоровью и здоровью окружающих и создаются условия для его сохранения и укрепления.

Перспективный план развития проекта по формированию ЗОЖ в стране включает его социологическое сопровождение вплоть до 2035 г. На данный момент социологическое исследование

реализации проекта включало 250 населенных пунктов Республики.

В рамках проекта в Республике проводится работа по созданию и поддержке инициативных волонтерских групп в местных сообществах по профилактике неинфекционных заболеваний и продвижению среди населения ЗОЖ. Разработаны и реализованы образовательные программы для различных групп населения по формированию приоритета здоровья и потребности в ЗОЖ, выстроена система взаимодействия медицинских служб учреждений социального обслуживания, организаций здравоохранения и негосударственных организаций, участвующих в проекте.

Ожидается, что создание в Республике национальной сети «Здоровые города и поселки» будет способствовать достижению 3-й цели устойчивого развития (далее – ЦУР) «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте», а также других ЦУР, достижение которых невозможно без улучшения качества среды жизнедеятельности и улучшения здоровья населения.

Важно подчеркнуть, что из 24 показателей ЦУР, определенных резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 25 сентября 2015 г. № 70/1 и дорожной картой по устойчивому развитию Беларуси на период до 2030 г., мониторинг 19 из которых осуществлялся Министерством здравоохранения (а это почти 80%), отмечалась стабильно положительная тенденция изменения показателей [6].

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, практически во всех городах, принявших участие в реализации проекта, наблюдаются улучшения показателей здоровья населения: снижается число случаев социально значимых заболеваний, обеспечивается естественный прирост населения, десятки тысяч детей и подростков вовлекаются в процесс профилактики наркомании, алкоголизма, курения, дорожно-транспортных происшествий, создается социальная среда, мотивирующая население к выбору ЗОЖ.

Ожидается, что реализация запланированных профилактических мероприятий проекта к концу 2025 г. обеспечит снижение: потребления всех видов табачной продукции среди лиц в возрасте 18–69 лет до 27,4%; числа лиц в возрасте 18–69 лет, физическая активность которых не отвечает рекомендациям ВОЗ (менее 150 минут в неделю) до 12,4%; риска неблагоприятных последствий (случаи заболеваний и смерти), связанных с воздействующими факторами среды до 1,4% [5, 6].

Цель исследования: изучение мнения населения городов и поселков, участвующих в реализации комплекса мероприятий, предусмотренных данным проектом, путем социологического опроса по оценке его эффективности за 2023 г.

Разработана анкета, включающая перечень вопросов, позволяющих изучить отношение населения республики к своему здоровью, ЗОЖ, оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий для сохранения здоровья населения, а также дать оценку доступности и качества оказания медицинской помощи (далее – МП) с точки зрения пациентов, от возможностей и условий её получения, организации, своевременности, качества проводимых мероприятий до психологических аспектов взаимодействия пациентов с медицинскими работниками. Исследование проводилось в отдельных городах и сельских населенных пунктах страны, принимающих участие в реализации государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки» в 2023 г. (всего 250 населенных пунктов). Объем выборочной совокупности составил 1365 респондентов (ошибка выборки $\pm 2,62\%$).

В социологическом исследовании изучены 4 блока вопросов: отношение к своему здоровью и ЗОЖ; эффективность здравоохранения и определение его наиболее актуальных проблем; отношение к платным услугам, вирусным заболеваниям и вакцинации. Поскольку основная масса респондентов (76,3%) обращались за оказанием МП в поликлиники или амбулатории по месту жительства, полученные результаты характеризуют эффективность системы отечественного здравоохранения с точки зрения пациентов, получавших МП преимущественно в первичном звене ее оказания. Далее представлены основные результаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Восприятие населением проекта «Здоровые города и поселки». Две трети опрошенных (64,8%) не знали, что их населенный пункт участвует в программе «Здоровые города и поселки». Только 9,0% респондентов осведомлены, что их город (поселок) входит в число участников профилактического проекта, а 3,4% опрошенных утверждают, что их населенный пункт не участвует в реализации проекта. Затруднились ответить 22,8%. К составляющим образа «здорового города (поселка)» респонденты относят: экологичность и озеленение улиц (49,5%), развитие спортивной инфраструктуры (45,6%), осознанное отношение к культуре ЗОЖ (44,0%), достойные условия труда на рабочем месте (33,1%), низкий уровень распространения алкоголизма, табакокурения, наркомании, преступности (31,4%), доступность продуктов здорового питания высокого качества (30,0%), разнообразие возможностей культурного и спортивного проведения досуга для населения всех возрастов (24,5%), оснащенность

города/поселка технологическими новинками (22,6%), безопасность дорожного движения (21,2%), развитие безбарьерной среды (наличие пандусов, лифтов) для нуждающихся граждан (12,4%). Другие варианты ответа указали 0,3% респондентов, затруднились ответить – 9,4%. При этом более чем у половины опрошенных представление о «здоровом городе (поселке)» связано исключительно с высоким уровнем медицинского обслуживания (56,1%).

Оценка состояния собственного здоровья и качества медицинского обслуживания. Большинство участников опроса (66,6%) оценивают состояние собственного здоровья как «хорошее», а каждый пятый (20,3%) характеризует его как «плохое», затруднились ответить 13,1% (рис. 1). Важнейшим фактором, оказывающим негативное влияние на здоровье, является стресс (70,4%). Около трети респондентов указывают на нехватку сна (37,4%) и малоподвижный образ жизни (31,1%). Почти каждый пятый таковыми считает физически тяжелую работу (18,5%), употребление вредной пищи (18,3%), несоблюдение режима питания (18,1%) и отсутствие полноценного отдыха (17,9%) (рис. 1).

Реже негативными для здоровья факторами назывались: состояние окружающей среды (13,0%), табакокурение, вейпинг (12,4%), употребление алкоголя (10,3%), вредные условия труда (10,0%), побочные эффекты медицинских препаратов (7,6%), употребление наркотических и психотропных веществ (1,8%). Другие аспекты отразили 0,7% участников опроса, а 5,0% посчитали, что ничего из перечисленного пагубно не сказывается на состоянии здоровья. Затруднились с ответом 6,4% (рис. 1). В рамках опроса респонденты сравнивали качество медицинского обслуживания в своем населенном пункте в настоящее время с таковым 3 года назад, при этом 43,4% не отметили изменений. Почти каждый пятый (19,0%) указал на положительную динамику развития системы здравоохранения своего населенного пункта. Вместе с этим, 15,4% заметили его ухудшение. Затруднились с ответом 22,2% (рис. 2).

Наиболее распространенными способами поддержания здоровья отмечаются: **подвижный образ жизни** (41,0%), снижение уровня стресса и соблюдение режима питания (40,1%), регулярное прохождение медицинского осмотра, диспансеризации (35,2%). Треть опрошенных (33,7%) избегают вредных привычек и стараются от них избавиться. Каждый четвертый (25,0%) соблюдает рекомендации лечащего врача для сохранения здоровья и занимается физкультурой, спортом, закаливанием (24,2%). Реже указываются: принятие препаратов, укрепляющих иммунитет (21,2%), соблюдение режима дня (18,2%). Затруднились ответить 4,3%. При этом, почти каждый десятый (9,7%) респондент признался в том, что особо ничего не делает для заботы о своем здоровье (рис. 3).



Рис. 1. Распределение ответов на вопрос «Что из нижеперечисленного хуже всего сказывается на состоянии Вашего здоровья?», в % от числа опрошенных

Источник: составлено авторами на основании проведенного исследования, актуального на 4 квартал 2023 г.

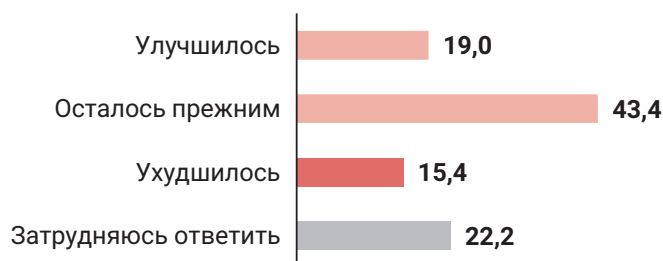


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Как изменилось, на Ваш взгляд, за последние 3 года качество медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте?», в % от числа опрошенных

Источник: составлено авторами на основании проведенного исследования, актуального на 4 квартал 2023 г.

Каждый третий участник опроса (31,5%) отметил, что практикует физическую активность на регулярной основе (дома самостоятельно или в специализированных учреждениях), 42,9% опрошенных указали, что практиковали ее в прошлом. Каждый четвертый (24,5%) подчеркнул, что никогда не занимался ею на постоянной основе. Затруднились с ответом 1,1%. При этом каждый пятый респондент (22,5%), не практикующий на регулярной основе физическую активность, планирует в ближайшее время внедрить данную практику в повседневную жизнь. При этом, 71,8% не планируют этого делать.

Отношение к здоровому питанию. В рамках исследования участникам предлагалось ответить на вопрос о составляющих элементах «здорового питания». Для большинства белорусов (64,8%) здоровое питание отождествляется с его разнообразием. Для каждого второго опрошенного (51,9%)

оно связано с употреблением в пищу фруктов и овощей. Вместе с этим, термин «здоровое питание» включает: отказ от фаст-фуда, газированных напитков (47,7%), сокращение потребления сахара, соли (46,2%), составление рациона с добавлением продуктов, богатых витаминами, аминокислотами, микроэлементами (42,7%), исключение жареного, копченого, мучного (34,2%), употребление продуктов фермерского происхождения (15,2%), употребление злаков, бобовых (13,6%), отказ от глутена, лактозы (7,5%), сокращение употребления красного мяса (4,5%), вегетарианская или веганская диета (3,2%). Другие ассоциации указали 0,7% участников опроса, затруднились ответить 6,8%.

Результаты опроса демонстрируют, что здорового питания придерживается практически *каждый второй белорус (48,8%)*, при этом 48,3% отмечает полное отсутствие сложностей с приобретением



Рис. 3. Распределение ответов на вопрос «Как Вы поддерживаете свое здоровье?», в % от числа опрошенных

Источник: составлено авторами на основании проведенного исследования, актуального на 4 квартал 2023 г.

продуктов, соответствующих выбранному рациону питания, а каждый четвертый (26,4%) практически всегда имеет возможность приобрести необходимые для соблюдения личного формата питания продукты. Каждый десятый (10,6%) сталкивается с трудностями при поиске некоторых необходимых продуктов. Лишь 2,0% опрошенных подчеркивают невозможность покупки большинства необходимых для их рациона продуктов.

Отношение к алкоголю и курению. В ходе исследования респондентов попросили оценить как часто они употребляют алкогольные напитки различной крепости. Более половины опрошенных (56,2%) отметили, что не употребляют пиво и пивные напитки. Каждый четвертый (28,9%) употребляет их

несколько раз в месяц и реже, 10,4% — 1 раз в неделю, 3,0% — 2–3 раза в неделю, 0,5% — ежедневно, 1,0% — затруднились с ответом.

Другие слабоалкогольные напитки не употребляют 71,2% жителей населенных пунктов, участвующих в проекте «Здоровые города и поселки». Каждый пятый (22,2%) их употребляет несколько раз в месяц и реже, 3,4% — 1 раз в неделю, 1,0% — 2–3 раза в неделю, 0,5% — ежедневно, 1,7% — затруднились с ответом.

Более половины опрошенных (54,4%) заявили, что употребляют крепкие алкогольные напитки. Более трети респондентов (37,8%) употребляют алкоголь с высоким содержанием этилового спирта несколько раз в месяц и реже, 4,8% — 1 раз в неделю,

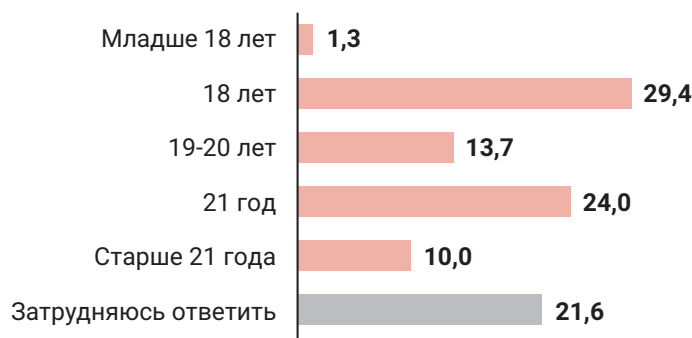


Рис. 4. Распределение ответов на вопрос «На Ваш взгляд, с какого возраста должна осуществляться продажа алкоголя?», в % от числа опрошенных

Источник: составлено авторами на основании проведенного исследования, актуального на 4 квартал 2023 г.

1,6% — 2–3 раза в неделю, 0,4% — ежедневно, 1,0% — затруднились с ответом. На рис. 4 показаны возрастные предпочтения продажи алкоголя.

Важно отметить, что большинство участников исследования (60,2%) поддерживают инициативу о запрете ночной продажи алкоголя (с 23:00 до 8:00). Каждый пятый (20,6%) выступает против такого запрета. Затруднились ответить 19,2%.

Каждый третий (30,7%) опрошенный является курильщиком, а каждый второй (55,5%) никогда не пробовал курить (в том числе вейп, IQOS и т.д.). Вместе с этим 13,1% респондентов подчеркивают, что имели пагубную привычку в прошлом, однако избавились от нее в настоящем. Затруднились ответить 0,7%. Почти каждый четвертый участник опроса (24,6%), являющийся курильщиком, имеет намерение расстаться с вредной привычкой в ближайшее время. При этом, большинство (73,7%) не планирует исключать курение из повседневной жизни. Вместе с тем, более трети опрошенных (37,7%) испытывают безразличие к антитабачной пропаганде. Почти каждый десятый находит иронию в ее осуществлении (9,3%) или наоборот ощущает интерес (9,0%). Реже отмечены следующие реакции: раздражение — 7,7%, беспокойство — 7,0%, страх — 4,1% или гнев — 1,0%. Другие эмоции указали 2,1% участников опроса, а затруднились с ответом 2,1%. Также каждый четвертый (28,8%) опрошенный отмечает, что не сталкивался с антитабачной пропагандой в повседневной жизни. Кроме того, каждый третий опрошенный (32,1%) определяет возраст наступления совершеннолетия (18 лет) как наиболее подходящий для начала реализации сигарет (в том числе электронных, а также парогенераторов). Почти каждый пятый (19,0%) считает, что продажа табачных и содержащих никотин изделий должна осуществляться, начиная с достижения лицом 21 года. Каждый десятый опрошенный считает таковым наступление 19–20 лет (11,8%) и возраст старше 21 года (9,1%). Только 2,2% посчитали, что продажа табачных изделий возможна лицам, не достигшим 18 лет. Затруднились с ответом 25,8% (рис. 5).

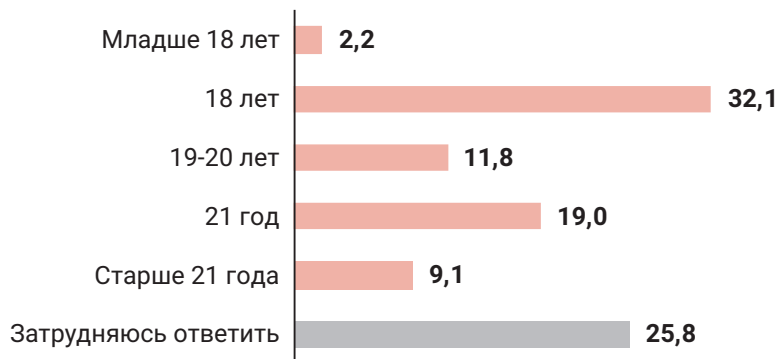


Рис. 5. Распределение ответов на вопрос «На Ваш взгляд, с какого возраста должна осуществляться продажа сигарет, в том числе электронных, а также парогенераторов?», в % от числа опрошенных

Источник: составлено авторами на основании проведенного исследования, актуального на 4 квартал 2023 г.

Популяризация ЗОЖ, антиалкогольная, антитабачная и антинаркотическая пропаганда. Участникам исследования было предложено оценить качество информационных мероприятий и социальной рекламы по отдельным показателям формирования здорового образа жизни в их населенном пункте. По результатам опроса, 44,2% белорусов отмечают достаточный уровень антиалкогольной пропаганды, недостаточный — 30,7%, затруднились ответить 25,1%. Практически идентичная ситуация складывается и в отношении антинаркотической пропаганды: достаточный уровень — 44,4%, недостаточный — 29,6%, затруднились ответить 26,0% и антитабачной пропаганды: достаточный уровень — 46,5%, недостаточный — 29,0%, затруднились ответить 24,5%. Достаточный уровень наличия рекламы и мероприятий, направленных на популяризацию здорового образа жизни, отмечается в 54,0% случаев, недостаточный — в 22,6%, затруднились ответить 23,4% (рис. 5). При ответе на вопрос о формах популяризации ЗОЖ, а также об антиалкогольной, антитабачной и антинаркотической пропаганде, реализуемых в населенном пункте участников опроса, каждый третий отмечает наличие наружной рекламы: на улицах (39,6%) и по месту учебы/работы (33,9%). Среди форм также упомянуты: спортивно-массовые (17,8%) и информационно-образовательные (15,5%) мероприятия, профилактические проекты (12,9%), совместные рейды с территориальными органами внутренних дел (8,1%), выставки, инсталляции (5,9%) и творческие конкурсы (5,6%). Другие реализуемые меры отметили 1,2% участников опроса, затруднились с ответом 39,2%.

Удовлетворенность инфраструктурой населенных пунктов. В рамках опроса респондентам было предложено оценить уровень удовлетворенности отдельными показателями жизни в населенном пункте. Качеством воды в своем городе (поселке) белорусы довольны в 63,1% случаев, при этом каждый третий (32,7%) опрошенный отмечает проблемы в обеспечении ею, затруднились ответить 4,2%.

Зафиксирован высокий уровень (80,5%) удовлетворенности чистотой улиц, наличием урн, не удовлетворены данным фактором 16,4%, затруднились ответить 3,1%.

Система освещения улиц удовлетворяет 75,6% участников опроса, практически каждый четвертый (22,5%) подчеркивает наличие проблем в ее реализации, затруднились ответить 1,9%. Чистота воздуха в населенном пункте отвечает потребностям 70,0% белорусов, при этом каждый пятый (20,8%) недоволен данным показателем, затруднились ответить 9,2%. Обеспечение работы общественного транспорта удовлетворяет население в 72,2% случаев, каждый пятый (19,6%) отмечает существование проблем, затруднились ответить 8,2%. Высокий уровень удовлетворенности безопасностью дорожного движения отметили 75,6% опрошенных, низкий уровень – 14,2%, затруднились ответить 10,2%.

Возможности для проведения свободного времени и досуга покрывают потребности 68,0% опрошенных, не покрывают 16,2%, затруднились ответить 15,8%. Доступность спортивных объектов устраивает респондентов в 67,4% случаев, не устраивает – 15,6%, затруднились ответить 17,0%.

Уровнем безопасности в общественных местах довольны 83,9% белорусов, не довольны – 8,0%, затруднились ответить 8,1%. В целом, по каждому из предложенных для оценки показателей, можно отметить высокий уровень удовлетворенности (от 59,0 до 83,9% опрошенных).

В ходе опроса участникам предложено оценить инфраструктуру мест общественного пользования в их населенных пунктах. Обеспеченностью населенного пункта уличными спортивными площадками удовлетворены 48,4% опрошенных, не удовлетворены – 34,9%, а затруднились ответить 16,7%. Уровень развития велосипедной инфраструктуры устраивает 47,5% участников исследования, не устраивает – 32,7%, затруднились ответить 19,8%. Достаточное количество детских площадок отмечается в 50,3% случаев, недостаточное – 31,6%, затруднились ответить 18,1%. Респонденты удовлетворены количеством зеленых и пешеходных зон в 73,0% случаев, не удовлетворены – 21,2%, затруднились ответить 5,8%. Достаточное число спортивных объектов подчеркивают 66,6% опрошенных, недостаточное – 19,9%, затруднились ответить 13,5%.

В рамках исследования участникам была предоставлена возможность оценить оснащенность населенного пункта элементами безбарьерной среды для людей с инвалидностью по шкале от 1 до 5. По полученным данным, обеспеченность общественных мест пандусами (наклонными площадками) оценена в 3,1 балла, наличие ограничителей перед дорожной полосой – 3,0 балла, распространенность лифтов, подъемных устройств – 3,0 балла, оснащенность звуковыми

светофорами – 2,7 баллов, наличие пандусов в общественном транспорте – 2,6 балла, присутствие табличек-указателей для слабовидящих и слепых людей – 2,3 балла. При этом каждый третий участник исследования отметил позитивные изменения, произошедшие за последние 3 года в местах общественного пользования своего населенного пункта: благоустроены остановки транспорта (38,5%), произведено дополнительное озеленение (34,4%), улучшены пешеходные переходы, установлены светофоры (30,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка мнения населения о необходимости и реальности формирования «здоровья» своего населенного пункта, осуществляемого в рамках профилактического проекта «Здоровые города и поселки», зафиксировала, прежде всего, низкий уровень осведомленности граждан о его реализации (всего 9,0% опрошенных).

К главному индикатору успешности реализации проекта респонденты относят эффективность системы здравоохранения. Каждый пятый участник опроса (19,0%) отметил положительную динамику ее развития в своем населенном пункте. Состояние собственного здоровья 66,6% респондентов считают «хорошим», а к ключевым факторам, негативно влияющим на его состояние, относят стресс (как состояние хронического беспокойства или психического напряжения, вызванного сложной ситуацией), нехватку сна и малоподвижный образ жизни.

С целью поддержания собственного здоровья большинство респондентов стараются вести подвижный образ жизни, меньше нервничать и следить за своим питанием. Тем не менее, постоянную физическую активность практикуют менее трети опрошенных, и не планируют ее в будущем восемь из десяти респондентов. Здорового питания придерживается каждый второй участник опроса. Практически столько же граждан отрицают систематическое употребление крепких алкогольных напитков и поддерживают инициативу о запрете его ночной продажи. Более половины опрошенных утверждают, что никогда не пробовали курить, а четверть курильщиков планируют расстаться с этой привычкой в течение года. При этом, идею повышения возраста продажи сигарет, в том числе электронных, включая парогенераторы, поддержали 39,9% респондентов. Аналогичные установки зафиксированы в отношении продажи алкогольсодержащей продукции (47,7%).

К важным факторам повышения качества жизни населения и создания комфортной среды относятся модернизация мест общественного пользования. В целом, фиксируется средний уровень удовлетворенности функционирующими объектами

инфраструктуры, включая безбарьерную среду (от 47,5 до 73,0%), средние оценки отдельных ее составляющих находятся на уровне «удовлетворительно» и ниже. Каждый четвертый участник опроса не заметил существенных улучшений в инфраструктуре своего населенного пункта вовсе. Наивысший уровень неудовлетворенности зафиксирован в отношении качества воды — 32,7%.

Таким образом, представление белорусов о «здоровье» своего населенного пункта включает, прежде всего, деятельность системы здравоохранения и факторы обеспечения и поддержания своего физического и психического здоровья. Подчеркивается необходимость большего участия государства в направлении развития здравоохранения, создании культурных и спортивных объектов (специализированных спортивных центров, физкультурно-оздоровительных комплексов,

тренажерных залов, музеев, театров и т.д.), обеспечения высокого уровня технологичности населенных пунктов, достойных условий труда, а также большего внедрения элементов безбарьерной среды. Большинство респондентов подчеркивается потребность в улучшении деятельности медицинских и социальных служб, направленной на повышение самосознания населения и формирование приоритета ЗОЖ.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения и достижения системы здравоохранения Республики Беларусь. — URL: <https://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/prioritety-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-zdravookhraneniya-i-dostizheniya-sistemy-zdravookhraneni/> (Дата обращения: 14.05.2025 г.).
2. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. № 2435-XII в ред. № 94-3 от 11.12.2020. — URL: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> (Дата обращения: 04.05.2025 г.).
3. Закон Республики Беларусь 11 декабря 2020 г. № 94-3 «Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи» от 19.11.2020. — URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094> (Дата обращения: 10.04.2025 г.).
4. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы (утв. постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23.01.2021, № 28). — URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22100028> (Дата обращения: 03.09.2025 г.).
5. Проект «Здоровые города» реализуется в Беларуси. — URL: <https://minzdrav.gov.by/ru/sobytiya/proekt-zdorovye-goroda-realizuyetsya-v-belarusi/> (Дата обращения: 15.06.2025 г.).
6. Здоровые города и поселки. URL: — <http://mocgeoz.by/polezno-znat/zdorovye-goroda-i-poselki/> (Дата обращения: 02.08.2025 г.).

EFFICIENCY OF IMPLEMENTATION OF THE STATE PREVENTIVE PROJECT «HEALTHY CITIES AND VILLAGES» OF BELARUS FROM THE POINT OF VIEW OF THE POPULATION

Alexander V. SEMENOV¹

PhD in Medical sciences, Associate Professor
ORCID: 0009-0008-5966-6049, SPIN: 7232-6498

Alexander M. BELSKY²

PhD in Sociological sciences, Associate Professor
ORCID: 0000-0002-1414-9864, SPIN: 7882-4437

Tatyana V. DUDINA¹

PhD in Biological sciences, Associate Professor
ORCID: 0009-0007-9481-3369, SPIN: 7966-7144

Marina G. VASILEVSKAYA¹

ORCID: 0009-0001-3003-5146, SPIN: 3490-3326

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Management and Economics of Healthcare, Minsk, Belarus;

² Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk, Belarus.



Marina G. Vasilevskaya

e-mail: vasilevskaya@rnpcomt.by

ABSTRACT

Relevance. The State policy of the Republic of Belarus in the field of healthcare is focused on ensuring the availability and quality of medical care, as well as on the prevention of diseases and the formation of a responsible attitude to health. As part of the implementation of the State Program «Public Health and Demographic Security» for 2021-2025, the project «Healthy Cities and Towns» is being implemented, and this work is devoted to evaluating the implementation of this project.

The purpose of the study: to study the opinion of the population of 250 cities and towns of the Republic of Belarus on the effectiveness of the implementation of a set of measures provided for by the state preventive project «Healthy Cities and Towns for 2023» through a questionnaire survey.

Materials and methods. The study was conducted using a sociological survey of the population of 250 settlements participating in the implementation of the state project «Healthy Cities and Towns» in 2023. The sample totaled 1,365 respondents (sampling error $\pm 2.62\%$). The questionnaire included questions aimed at assessing attitudes to health, healthy lifestyle, accessibility and quality of medical care, as well as the effectiveness of preventive measures.

Results. The attitude of the population to their health and a healthy lifestyle has been studied, the effectiveness of preventive measures to preserve public health has been assessed, and the accessibility and quality of medical care from the point of view of patients has been assessed. The respondents consider the effectiveness of the healthcare system to be the main indicator of the success of the project. One in five survey participants (19.0%) noted the positive dynamics of its development in their locality. At the same time, an assessment of the opinion of the population about the necessity and reality of forming the «health» of their locality recorded a low level of awareness of citizens about its implementation (only 9.0% of respondents). A significant part of the respondents (66.6%) consider their own health to be «good», and stress, lack of sleep and a sedentary lifestyle are among the key factors negatively affecting it.

Conclusion. Belarusians' idea of the «health» of their locality includes, first of all, the activities of the healthcare system and the factors of ensuring and maintaining their physical and mental health. The need for greater government involvement in the development of healthcare, the creation of cultural and sports facilities, ensuring a high level of technological development in human settlements, decent working conditions, as well as greater implementation of barrier-free environment elements is emphasized. The majority of respondents noted the need to improve the activities of medical and social services aimed at raising public awareness and prioritizing healthy lifestyle.

Keywords: sociological research, health, healthy lifestyle, preventive project.

TO CITE THIS ARTICLE:

Semenov A. V., Dudina T. V., Belsky A. M., Vasilevskaya M. G. Efficiency of implementation of the state preventive project «Healthy cities and villages» of Belarus from the point of view of the population. The CIS Healthcare. 2025; 1(2):31-39, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-31-39

REFERENCES

1. Priorities of the state policy in the field of healthcare and achievements of the healthcare system of the Republic of Belarus. — URL: <https://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/prioritety-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-zdravookhraneniya-i-dostizheniya-sistemy-zdravookhraneni/> [Accessed: 14 may 2025] (in Russian).
2. «On Healthcare» (with amendments of 11 December 2020). Law of the Republic of Belarus, № 2435-XII of 18 June 1993. — URL: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> [Accessed: 22 July 2025] (in Russian).
3. On changes in laws on health care and provision of psychological assistance. Law of the Republic of Belarus of № 94-3 of 19 November 2020. — URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094> [Accessed: 10 April 2025] (in Russian).
4. «On the State Program «Public Health and Demographic Security» for 2021-2025 (approved by the Resolution of the Council of Ministers of the Republic of Belarus dated 23.01.2021, No. 28). — URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22100028> [Accessed: 3 September 2025] (in Russian).
5. The Healthy Cities project is being implemented in Belarus. — URL: <https://minzdrav.gov.by/ru/sobytiya/proekt-zdorovye-goroda-realizuetsya-v-belarusi/> [Accessed: 15 June 2025] (in Russian).
6. Healthy Cities and Towns. — URL: <http://mocgeoz.by/polezno-znat/zdorovye-goroda-i-poselki/> [Accessed: 2 August 2025].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 614.2

DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-40-49

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Для успешности сохранения здоровья необходимо определить факторы, влияющие на приверженность населения к профилактике заболеваний и выяснить причины его невовлеченности в профилактические мероприятия.

Цель исследования: изучить приверженность населения к профилактике заболеваний и определить мероприятия по повышению доступности медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное одномоментное исследование с применением метода анкетирования при помощи разработанного в рамках настоящей работы опросника из 37 вопросов по вовлеченности граждан в прохождение профилактических мероприятий в 85 регионах Российской Федерации.

Результаты. Среди барьеров, которые препятствуют прохождению профилактических мероприятий, наиболее часто указывались проблемы организации медицинской помощи и неудобный график работы специалистов, собственная загруженность учебной или работой. Респонденты, прошедшие профилактические мероприятия, более склонны к анализу и видят больше препятствий, боятся показаться излишне обеспокоенными своим здоровьем. Анализ ответов участников опроса показал, что наиболее значимыми мерами для повышения вовлеченности в профилактические мероприятия являются: повышение качества оказываемых услуг, устранение формального отношения со стороны медицинских работников (31,1% респондентов), увеличение доступности профилактических мероприятий (24,9%) и внедрение системы положительного стимулирования, например, предоставление дополнительного выходного дня (21,1%).

Заключение. Исследование выявило прямую связь между участием в профилактических мероприятиях и уровнем удовлетворенности их организацией: чем активнее человек вовлечен в профилактику, тем выше его оценка работы медицинских учреждений в этой сфере. Среди респондентов, выразивших неудовлетворенность, доля лиц, имевших опыт участия в профилактических мероприятиях, составила лишь 28,7%. Полученные результаты подтверждают необходимость разработки и реализации комплексной стратегии по формированию у населения устойчивой мотивации к ведению здорового образа жизни и регулярному прохождению профилактических осмотров. Эффективная реализация данной стратегии требует межведомственного взаимодействия и активного участия органов законодательной и исполнительной власти.

Ключевые слова: заболеваемость населения, приверженность к профилактике, барьеры, препятствующие прохождению профилактических мероприятий, здоровый образ жизни.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Кобякова О.С., Ступак В.С., Богданова Т.Г., Маношкина Е.М., Миргородская О.В. Результаты исследования приверженности к профилактике заболеваний населения Российской Федерации. Здравоохранение стран СНГ. 2025; 1(2):40-49, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-40-49

КОБЯКОВА Ольга Сергеевна¹

доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАН
ORCID: 0000-0003-0098-1403, SPIN: 1373-0903

СТУПАК Валерий Семенович¹

доктор медицинских наук, доцент
ORCID: 0000-0002-8722-1142, SPIN: 3720-1479

БОГДАНОВА Татьяна Геннадьевна¹

доктор медицинских наук
ORCID: 0000-0001-5485-8633, SPIN: 6159-0938

МАНОШКИНА Елена Михайловна¹

кандидат медицинских наук
ORCID: 0000-0001-6161-440X, SPIN: 5949-9970

МИРГОРОДСКАЯ Ольга Владимировна¹

кандидат медицинских наук
ORCID: 0000-0002-4327-148X, SPIN: 4812-5760

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

© Коллектив авторов, 2025 г.



Маношкина Елена Михайловна
e-mail: manoshkina@mednet.ru



Изучение стимулов сохранения здоровья населения является актуальной задачей для мирового сообщества в связи с тем, что от позиции собственной активности личности в сфере здоровья зависит успех здоровьесберегающих мероприятий.

Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 г. № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» определяет сохранение населения и укрепление здоровья как одну из ведущих национальных целей и устанавливает целевые показатели и задачи, выполнение которых характеризует ее достижение; многие из них касаются формирования здорового образа жизни, создания условий для своевременной профилактики заболеваний и привлечения граждан к систематическим занятиям спортом [1, 2].

Одной из национальных целей развития, определенных Указом Президента Российской Федерации, является сохранение населения, здоровье и благополучие людей. К 2030 г. планируется достижение целевого показателя по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения до 78 лет [2].

Профилактике, как ключевому элементу охраны здоровья населения в Российской Федерации, в последние годы уделяется особое внимание. Поэтому одна из основных задач стратегии развития здравоохранения России до 2030 г. – усиление профилактической работы с целью снижения распространенности хронических заболеваний, вызванных нездоровыми привычками, а также увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. Планируется, что к 2030 г. последний показатель вырастет до 13,6%.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет приоритет профилактики в сфере охраны здоровья в числе основных принципов, определяя при этом «профилактику» как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания [4].

Для выполнения задачи по усилению профилактической работы необходимо определить факторы, влияющие на приверженность населения к профилактике заболеваний и выяснить причины невовлеченности населения в профилактические мероприятия.

Результаты многочисленных исследований, проводимых в рамках оценки активности человека и определения структуры мотивации в области

своего здоровья, показали, что на приверженность населения профилактике заболеваний влияет большое количество аспектов, касающихся и особенностей личности, и поведенческих факторов риска, и гендерных стереотипов, и саморегулятивных установок, и аспектов равенства и неравенства в доступности медицинской помощи [5–14]. Актуализация и систематизация факторов приверженности населения профилактике заболеваний, включая вакцинопрофилактику, позволит разработать план мероприятий, повышающих уровень вовлеченности граждан в здоровьесберегающие практики, обеспечивающих важность формирования здорового образа жизни, усиливающих позиции собственной активности личности в сфере здоровья [5–14].

Цель исследования: изучить приверженность населения к профилактике заболеваний и определить мероприятия по повышению доступности медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено наблюдательное одномоментное исследование с применением метода анкетирования при помощи опросника относительно вопроса вовлеченности граждан в прохождение профилактических мероприятий, включая вакцинацию. Критерии включения в настоящее исследование: мужчины и женщины в возрасте от 18 лет; граждане Российской Федерации; согласие на участие в исследовании (заполнение и отправка опросника приравнивались к даче информационного согласия).

В рамках исследования была разработана анкета, которая состояла из 37 вопросов и четырех блоков: характеристика респондентов, включая жизненные ценности, мотивы заботы о здоровье, личностные особенности (14 вопросов, в том числе элементы опросников по Дубовицкой Т.Д. [15]), влияние различных факторов на обращение в медицинское учреждение с профилактической целью (7 вопросов), аспекты приверженности к вакцинопрофилактике (14 вопросов), барьеры и мотивация участия в профилактических мероприятиях (2 вопроса).

Для проверки содержательной валидности анкеты проведена серия фокус-групп (n = 25 человек).

- Метод исследования: *социологический, аналитический.*
- Территория (–ии) проведения исследования: *Российская Федерация.*
- Генеральная совокупность / Выборочная совокупность: 146,15 млн. чел. (население Российской Федерации) / 1601 чел.
- Информация об интервьюерах (участие или проведение исследований; сфера деятельности; образование; подготовка к исследованию): *онлайн-опрос.*

Заполнение электронного вопросника проводилось по 85 регионам Российской Федерации в период с 12.08.2024 г. по 16.08.2024 г., с использованием российской платформы «Online Marketing Intelligence», сертифицированной по обновленному стандарту ISO 20252:2019 и располагающей онлайн-панелью для проведения репрезентативного опроса населения Российской Федерации. Преимущество использования онлайн-панели состоит в прямом доступе к большому количеству респондентов, готовых заполнять анкеты любой сложности и содержания. Таким образом, поскольку участники заинтересованы в прохождении опроса, можно рассчитывать на получение качественных и неискаженных данных.

Кроме того, крайне важно, что панель Online Marketing Intelligence сертифицирована по стандарту панелей ISO 26362:2009 и стандарту проведения маркетинговых исследований ISO 20252: 2012, что свидетельствует о качестве работы как самой компании, так и о качестве респондентов в панели.

При регистрации на платформе пользователи предоставляют социально-демографические данные в анкете, на основании которых происходят точечные, таргетные рассылки на опросы. Стандартно в исследованиях выставляются квоты на социально-демографические характеристики респондентов, в соответствии с которыми набирается число комлитов (опрошенных, успешно завершивших интервью) в определенных заданных пропорциях.

Выборочная совокупность репрезентирует население Российской Федерации по полу, возрасту, уровню образования, типу населенного пункта, в котором проживает респондент.

Выборка разбивается на городское и сельское население, а также по полу (мужской, женский) и возрасту. Выделяется пять возрастных групп: 18–24; 25–34; 35–44; 45–64; 65+ лет.

Общий объем выборки распределялся между всеми вышеуказанными группами пропорционально половозрастному составу населения по данным Федеральной службы государственной статистики на 1 января года, предшествующего проведению опроса.

Для оптимального достоверного статистического анализа выбрана доверительная вероятность 95%, а уровень погрешности – 2,45%. Таким образом, размер выборки составлял 1601 чел., который был рассчитан с использованием формулы:

$$S=(0,25z^2)/e^2,$$

где:

S – размер выборки (минимальный/оптимальный);

Z – значение, соответствующее доверительному интервалу;

e – допустимая погрешность измерения.

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows version 13.0, Stata и R-studio.

При сравнении распределений качественных признаков использовался критерий согласия Пирсона и проводился расчет отношения шансов.

С целью определения корреляции оцениваемых факторов использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для выявления значимых связей между переменными, а также направлений данных связей был применен регрессионный анализ, тип которого также зависел от особенностей в распределении данных.

Протокол этического комитета по экспертизе социологических исследований в сфере общественного здравоохранения при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России от 26.07.2024 г. № 10/2024.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Причины невовлеченности населения в профилактические мероприятия. Среди барьеров, которые препятствуют прохождению профилактических мероприятий, наиболее часто указывались проблемы организации медицинской помощи в медицинской организации, связанные с формализмом со стороны медицинских работников, недоступностью медицинской помощи и неудобным графиком работы специалистов, а также таким социально приемлемым фактором как собственная загруженность учебой или работой. Реже всего отмечали нежелание показаться излишне обеспокоенным своим здоровьем / ипохондриком, нежелание менять свой образ жизни, бесполезность и неинформативность профилактических мероприятий (таблица 1, рис. 1).

Рассмотрены особенности выбора препятствий прохождения профилактических мероприятий среди вовлеченных и не вовлеченных в профилактику респондентов (таблица 2).

Показано, что участники опроса, прошедшие профилактические осмотры, достоверно чаще видят следующие барьеры: недоступность медицинской помощи/неудобный график работы специалистов, загруженность работой/учебой, нет времени заниматься здоровьем, страх узнать о наличии серьезного заболевания, нежелание показаться излишне обеспокоенным своим здоровьем/ ипохондриком, в то время как респонденты, не прошедшие профилактические мероприятия, достоверно чаще сами «адекватно» оценивают состояние своего здоровья и не нуждаются в профилактике со стороны медицинских организаций.

Таким образом, прошедшие профилактические мероприятия респонденты демонстрируют большую склонность к анализу и рефлексии, более критично оценивают возможные препятствия и испытывают опасения по поводу излишней тревожности за свое

Распространенность причин невовлеченности населения в профилактические мероприятия

Причина	Число респондентов	% опрошенных
Нет доверия к системе здравоохранения в связи с формализмом со стороны медицинских работников	442	27,6%
Недоступность медицинской помощи/неудобный график работы специалистов	414	25,9%
Загруженность работой/учебой, нет времени проходить профилактические мероприятия	391	24,4%
Собственная лень и неорганизованность	364	22,7%
Я сам адекватно оцениваю состояние своего здоровья	353	22,0%
Страх узнать о наличии серьезного заболевания	270	16,9%
С недоверием отношусь к высокой заинтересованности государства и системы здравоохранения в проведении профилактических мероприятий с населением	184	11,5%
Я сам знаю, какие обследования проходить/использую возможности платной медицины	176	11,0%
Считаю профилактические мероприятия бесполезными, а перечень исследований – неинформативным	154	9,6%
Нежелание менять свой образ жизни	132	8,2%
Нежелание показаться излишне обеспокоенным своим здоровьем /ипохондриком	119	7,4%
Другое (высокая стоимость мед.услуг, медосмотры на предприятиях, физические ограничения у маломобильных граждан и др.)	29	1,8%

Источник: составлено авторами по данным СЗН-2024, актуальным на 18.11.2025 г.



Рис. 1. Распространенность причин невовлеченности населения в профилактические мероприятия
Источник: составлено авторами по данным СЗН-2024, актуальным на 18.11.2025 г.

здоровье. При этом, в целом, у них наблюдается более высокая мотивация к заботе о здоровье по сравнению с теми, кто не проходил профилактику.
При оценке выбора барьеров в зависимости от локуса контроля респондентов было показано, что достоверно опрошенные с интернальным локусом

выбирают чаще на 34% такую причину как способность самостоятельно оценивать состояние своего здоровья (Хи-квадрат с поправкой Йетса 4,99, p=0,026; ОШ 1,34, 95%ДИ: 1,04-1,72). Респонденты с экстернальным локусом контроля выбирают на 31% чаще такие причины невовлеченности как недоступность

Таблица 2

Частота выбора барьеров, препятствующих прохождению профмероприятий, среди респондентов, вовлеченных и не вовлеченных в профилактику

Причина	Доля респондентов, выбравших мотив, из числа респондентов, прошедших профилактические мероприятия, %	Доля респондентов, выбравших мотив, из числа респондентов, не прошедших профилактические мероприятия, %	Хи квадрат с поправкой Йетса, р	ОШ (95% ДИ)
Недоступность медицинской помощи/ неудобный график работы специалистов *	31,6%	22,9%	13,72 р<0,001	1,554 (1,234–1,957)
Загруженность работой/учебой, нет времени проходить профилактические мероприятия *	28,1%	22,5%	5,81 р=0,016	1,346 (1,063–1,704)
Я сам адекватно оцениваю состояние своего здоровья *	19,0%	23,6%	4,3 р=0,039	0,756 (0,585–0,977)
Страх узнать о наличии серьезного заболевания *	20,3%	15,1%	6,47 р=0,011	1,428 (1,092–1,867)
Нежелание показаться излишне обеспокоенным своим здоровьем/ ипохондриком *	10,2%	6,0%	8,79 р=0,004	1,79 (1,228–2,605)

Источник: составлено авторами по данным СЗН-2024, актуальным на 18.11.2025 г.

медицинской помощи и неудобный график работы специалистов (Хи-квадрат с поправкой Йетса 4,3, р=0,039; ОШ 1,31, 95%ДИ: 1,02–1,68), на 54% чаще – загруженность работой/учебой (Хи-квадрат с поправкой Йетса 10,4, р=0,002; ОШ 1,54, 95%ДИ: 1,19–2,0), на 89% чаще – страх узнать о наличии серьезного заболевания (Хи-квадрат с поправкой Йетса 15,36, р<0,001; ОШ 1,89, 95%ДИ: 1,38–2,59).

В зависимости от уровня активности по отношению к своему здоровью было показано различие в выборе препятствий к прохождению профилактических мероприятий. Так, респонденты с низким уровнем активности достоверно выбирают такие причины как нежелание менять свой образ жизни более чем в 2 раза чаще (Хи-квадрат с поправкой Йетса 21,46, р<0,001; ОШ 2,34, 95%ДИ: 1,63–3,36), на 38% чаще – загруженность работой и учебой (Хи-квадрат с поправкой Йетса 7,12 р=0,008, ОШ 1,38, 95%ДИ: 1,09–1,74), более, чем в 2 раза чаще – собственную лень и неорганизованность (Хи-квадрат с поправкой Йетса 41,7 р<0,001, ОШ 2,18, 95%ДИ: 1,72–2,76). Показано наличие связи слабой силы между уровнем активности по отношению к своему здоровью и препятствиями к участию в профилактических мероприятиях: нежелание менять свой образ жизни (Критерий $\phi=0,118$), собственная лень и неорганизованность (Критерий $\phi=0,163$). Респонденты с высоким уровнем активности выбирают такие причины невовлеченности в профилактику как способность самостоятельно оценивать состояние своего здоровья на 48% чаще (Хи-квадрат с поправкой Йетса 8,92, р=0,003; ОШ 1,48, 95%ДИ: 1,15–1,9) и использование возможностей платной медицины/самостоятельное назначение обследований на 82% чаще (Хи-квадрат с поправкой Йетса 10,9 р<0,001, ОШ 1,82, 95%ДИ: 1,28–2,58).

Мероприятия по повышению вовлеченности в профилактические мероприятия. Среди мероприятий, которые могли бы увеличить степень

вовлеченности в профилактику, наиболее часто были названы повышение качества оказываемых услуг, устранение формального отношения со стороны медицинских работников (31,1% респондентов), увеличение доступности профилактических мероприятий (24,9%) и внедрение системы положительного стимулирования, например, предоставление дополнительного выходного дня (21,1%). Меньший интерес представляли рост информированности населения о важности и необходимости прохождения профилактических мероприятий (18,4% респондентов), организация выездных профилактических мероприятий в рабочее время на территории работодателя (14,9%), развитие корпоративных программ сохранения и укрепления здоровья на рабочем месте (12,4%). Самыми непопулярными были – организация медицинских офисов в торговых центрах, парках (10,9%), внесение изменений в перечень обследований (9,6%) и ограничительные меры при отсутствии пройденной диспансеризации (6,7%). Четверть (25,9%) опрошенных отметили, что никакие мероприятия не повысят уровень вовлеченности в прохождении профилактических мероприятий (рис. 2).

При анализе особенностей выбора возможных мер, повышающих вовлеченность в профилактику, среди респондентов, принимавших участие в профилактических мероприятиях и не принимавших, были показаны статистически значимые отличия по каждому варианту из предложенных мер (таблица 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, респонденты, участвовавшие в профилактических мероприятиях, по сравнению с теми, кто профилактические мероприятия не проходил, на 51% чаще отмечали, что улучшение качества оказываемых медицинских услуг

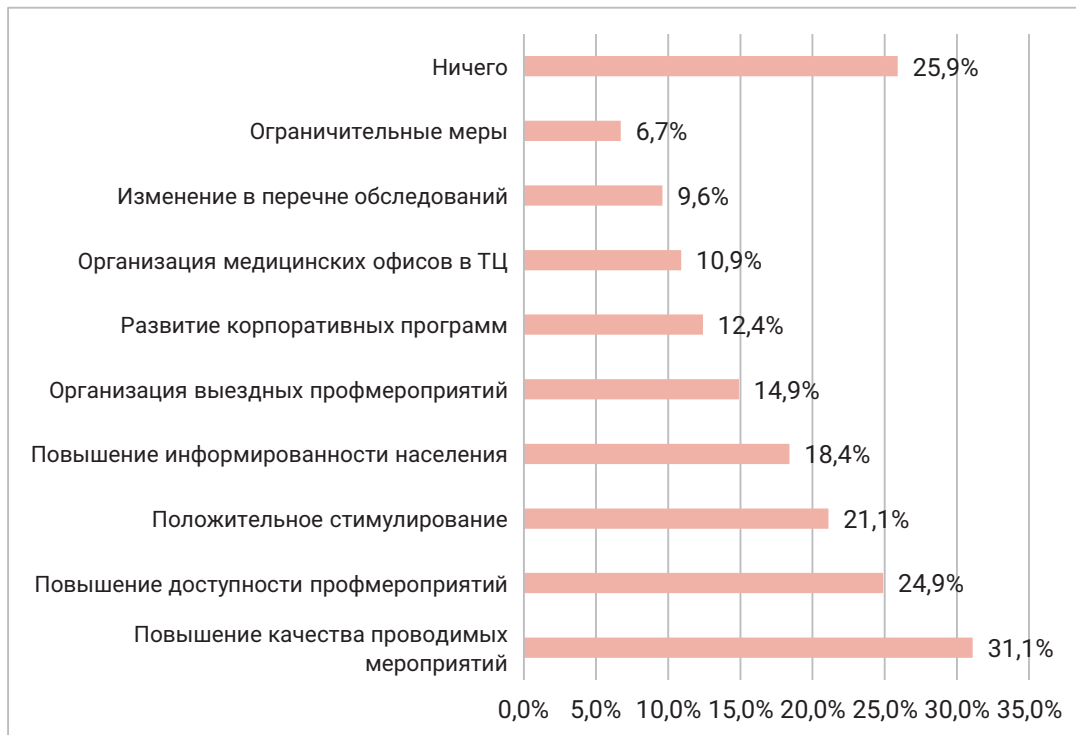


Рис. 2. Частота выбора респондентами мер, которые могут повысить вовлеченность в профилактические мероприятия

Источник: составлено авторами по данным СЗН-2024, актуальным на 18.11.2025 г.

Таблица 3

Частота выбора мер, повышающих мотивацию участвовать в профилактических мероприятиях, среди вовлеченных и не вовлеченных в профилактику респондентов

Мероприятия, по повышению вовлеченности в профилактические мероприятия	Доля респондентов, отметивших мероприятие, из числа респондентов, прошедших профилактические мероприятия, %	Доля респондентов, отметивших мероприятие, из числа респондентов, не прошедших профилактические мероприятия, %	Хи квадрат с поправкой Йетса, p	ОШ (95% ДИ)
Повышение качества проводимых мероприятий, отсутствие формализма в работе со стороны медицинских работников	37,0%	28,0%	13,7 p<0,001	1,51 (1,21–1,88)
Повышение доступности профилактических мероприятий со стороны медицинских учреждений*	31,6%	21,6%	18,7 p<0,001	1,68 (1,22–2,12)
Положительное стимулирование при прохождении профилактических мероприятий	26,1%	18,6%	11,64 p<0,001	1,54 (1,21–1,97)
Повышение информированности населения о важности и необходимости прохождения профилактических мероприятий**	25,9%	14,6%	29,73 p<0,001	2,04 (1,58–2,64)
Организация выездных профилактических мероприятий в рабочее время на территории работодателя	19,2%	12,7%	11,25 p<0,001	1,63 (1,23–2,15)
Развитие корпоративных программ сохранения и укрепления здоровья на рабочем месте	16,8%	10,2%	13,94 p<0,001	1,78 (1,32–2,4)
Мероприятия по организации медицинских офисов в торговых центрах, парках	13,9%	9,4%	6,94 p=0,009	1,55 (1,13–2,13)
Изменения в перечне обследований	13,1%	7,9%	10,8 p=0,002	1,77 (1,27–2,47)
Ограничительные меры при отсутствии пройденной диспансеризации	9,3%	5,4%	8,08 p=0,005	1,79 (1,21–2,66)
Ничего***	17,2%	30,6%	33,09 p<0,001	0,47 (0,36–0,61)

Примечание: * слабая сила связи между фактом прохождения профилактических мероприятий и выбором мер по повышению вовлеченности (Критерий $\phi=0,11$);

** слабая сила связи между фактом прохождения профилактических мероприятий и выбором мер по повышению вовлеченности (Критерий $\phi=0,138$); *** слабая сила связи между фактом непрохождения профилактических мероприятий и отсутствием выбора мер по повышению вовлеченности (Критерий $\phi=0,145$).

Источник: составлено авторами по данным СЗН-2024, актуальным на 18.11.2025 г.

в профилактическом направлении и отсутствие формализма со стороны медицинских работников повысят уровень вовлеченности пациентов, на 68% чаще указывали повышение доступности профилактических мероприятий со стороны медицинских учреждений, на 54% чаще – положительное стимулирование при прохождении профилактических мероприятий, на 63% – организацию выездных профилактических мероприятий в рабочее время на территории работодателя, на 78% чаще – развитие корпоративных программ сохранения и укрепления здоровья на рабочем месте, на 55% – мероприятия по организации медицинских офисов в торговых центрах, парках, на 77% – изменения в перечне обследований, на 79% – ограничительные меры при отсутствии пройденной диспансеризации как меры по повышению частоты участия граждан в программах профилактического направления. В два раза чаще проходившие профилактические мероприятия респонденты указывали на важность информированности населения о необходимости прохождения профилактических мероприятий.

В два раза чаще опрошенные, не проходившие профилактические мероприятия, отмечали отсутствие факторов, которые могли бы повлиять на уровень медицинской активности в профилактическом направлении.

Респонденты с высоким уровнем активности по отношению к своему здоровью как факторы, способствующие росту вовлеченности, чаще на 67% отмечали повышение качества проводимых мероприятий (ОШ 1,67, 95% ДИ 1,33–2,09, Хи квадрат с поправкой Йетса 19,5 $p < 0,001$), на 60% чаще – повышение информированности населения (ОШ 1,6, 95% ДИ 1,22–2,1, Хи квадрат с поправкой Йетса 11,1 $p < 0,001$), на 50% чаще – организацию выездных профилактических мероприятий в рабочее время на территории работодателя (ОШ 1,5, 95% ДИ 1,12–2,02, Хи квадрат с поправкой Йетса 6,97 $p = 0,009$).

Респонденты с низким уровнем активности по отношению к своему здоровью на 52% чаще отрицали наличие каких-либо факторов, мотивирующих принимать участие в профилактических мероприятиях (ОШ 1,52, 95% ДИ 1,22–1,91, Хи квадрат с поправкой Йетса 12,9 $p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Среди причин невовлеченности в профилактические мероприятия наиболее часто были отмечены проблемы организации медицинской помощи в медицинской организации, связанные с формализмом со стороны медицинских работников, труднодоступностью медицинской помощи/неудобным графиком работы специалистов, загруженностью работой/учебой, отсутствием времени проходить

профилактические осмотры. Причем респонденты, прошедшие профилактические мероприятия, достоверно чаще видят следующие препятствия: недоступность медицинской помощи/неудобный график работы специалистов, загруженность работой/учебой, нет времени проходить профилактические мероприятия, страх узнать о наличии серьезного заболевания, нежелание показаться излишне обеспокоенным своим здоровьем / ипохондриком. В то время как респонденты, не прошедшие профилактические мероприятия, достоверно чаще сами «адекватно» оценивают состояние своего здоровья и не нуждаются в профилактике со стороны медицинских организаций. Таким образом, прошедшие профилактические мероприятия респонденты демонстрируют большую склонность к анализу и рефлексии, более критично оценивают возможные препятствия и испытывают опасения по поводу излишней тревожности за свое здоровье. При этом, в целом, у них наблюдается более высокая мотивация к заботе о здоровье по сравнению с теми, кто не проходил профилактику.

2. Выбор барьеров для прохождения профилактических мероприятий зависит от локуса контроля и активности по отношению к своему здоровью респондентов: респонденты с интернальным локусом выбирают чаще способность самостоятельно оценивать состояние собственного здоровья. Респонденты с экстернальным локусом контроля выбирают такие причины невовлеченности как недоступность медицинской помощи и неудобный график работы специалистов, загруженность работой/учебой, страх узнать о наличии серьезного заболевания. Респонденты с низким уровнем активности выбирают такие причины как нежелание менять свой образ жизни, загруженность работой и учебой, собственную лень и неорганизованность. Респонденты с высоким уровнем активности выбирают чаще способность самостоятельно оценивать состояние своего здоровья и использование возможностей платной медицины/самостоятельное назначение обследований.

3. Респонденты, проходившие профилактические мероприятия, достоверно чаще выбирают все основные мотивы сохранения здоровья, кроме мотива вынужденной заботы о здоровье. Среди тех, кто вовлечен в профилактические мероприятия, достоверно ниже число тех, кто вообще не заботится о своем здоровье.

4. Число удовлетворенных организацией профилактических мероприятий медицинскими учреждениями выше среди вовлеченных в профилактику, чем среди тех, кто не участвовал в профилактических мероприятиях. Среди респондентов, выразивших неудовлетворенность, доля лиц, имевших опыт участия в профилактических мероприятиях, составила лишь 28,7%. Таким образом, можно предположить, что мнение, не подкрепленное опытом,

связано с общим бытовым пессимизмом, пассивностью, влиянием дополнительных факторов, формирующих негативное отношение к организации медицинскими учреждениями профилактических мероприятий, неинформированностью о выросшем качестве предоставляемых услуг, акциях «Диспансеризация выходного дня», возможности пройти профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в вечерние часы или по предварительной записи в удобное время.

Полученные результаты подтверждают необходимость разработки и реализации комплексной стратегии по формированию у населения устойчивой мотивации к ведению здорового образа жизни

и регулярному прохождению профилактических осмотров. Эффективная реализация данной стратегии требует межведомственного взаимодействия и активного участия органов законодательной и исполнительной власти.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Перечень поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина по итогам встречи с участниками II Конгресса молодых ученых и слушателями программы развития кадрового управленческого резерва в области науки и образования. – URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/70647> (Дата обращения: 18.11.2025 г.).
2. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542> (Дата обращения: 18.11.2025 г.).
3. Минздрав России обозначил главные задачи до 2030 года. – URL: <https://www.med.cap.ru/press/2025/5/19/minzdrav-rossii-oboznachil-glavnie-zadachi-do-2030> (Дата обращения: 18.11.2025 г.).
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (Дата обращения: 18.11.2025 г.).
5. Галкин К.А. Стратегии сохранения индивидуального здоровья пожилых людей: городской и сельский контексты // Социологическая наука и социальная практика. 2023. Т. 11, № 1. С. 157–172. DOI 10.19181/snsp.2023.11.1.9. EDN PKZQEZ
6. Журавлева И.В., Петренко Е.С. Ответственность индивида за здоровье: паттерны поведения. // Социологическая наука и социальная практика. 2023. Т. 11 № 2. С.80–103. DOI 10.19181/snsp.2023.11.2.5. EDN KRDVVB
7. Короленко А.В. Здоровьесберегательные установки как фактор самосохранительного поведения: подходы к изучению и опыт типологии // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т. 14. № 4. С. 59–76. DOI: 10.15838/esc.2021.4.76.4
8. Кулагина И.В. Исследование особенностей связи индивидуально-типологических свойств личности и отношения к ценности «собственное здоровье» // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2023. – № 12 (декабрь). – URL: <http://e-koncept.ru/2023/232015.htm>
9. Новоселова Е.Н. К вопросу о связи религиозности и здоровья. Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2023. Т. 29. № 3. DOI: 10.24290/1029-3736-2023-29-3-50-67
10. Осипова Н.Г. Социальное конструирование здоровья современной российской молодежи: Основные векторы отечественного дискурса // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2023. Т. 29. № 4.
11. Савин С.Д., Смирнова А.Н. Профилактическая медицина в России: проблема общественного (не)доверия // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2022. Т. 15. Вып. 4. С. 405–423. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2022.406>
12. Сергеева А.С., Кириллов Б.А., Джумагулова А.Ф. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (TIPI-RU): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестовой надежности. Экспериментальная психология 2016. Том 9. № 3. С. 138–154. DOI: 10.17759/exppsy.2016090311. ISSN: 2072-7593 / 2311-7036 (online).
13. Чудинова Л.Е. Формирование мотивации на здоровый образ жизни // Образование. Карьера. Общество. 2013. № 3 (39). С. 35–36. EDN QHXVST.
14. Шаповалова И.С., Вангородская С.А., Полухин О.Н., Пересыпкин А.П., Кисиленко А.В. Самосохранительное поведение россиян: диспозиции и риски. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(1):44–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-1-44-51>
15. Дубовицкая Т.Д. Психология здоровья: Валеологические типы и доминирующие инстинкты личности // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 11–6. – С. 1250–1254. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33287> (Дата обращения: 05.04.2024 г.).

RESULTS OF A STUDY ON THE POPULATION'S COMMITMENT TO DISEASE PREVENTION IN THE RUSSIAN FEDERATION

Olga S. KOPYAKOVA¹

Grand PhD in Medical sciences, Professor, Corr. Member of the RAS,
ORCID: 0000-0003-0098-1403, SPIN: 1373-0903

Tatyana G. BOGDANOVA¹

Grand PhD in Medical sciences
ORCID: 0000-0001-5485-8633, SPIN: 6159-0938

Olga V. MIRGORODSKAYA¹

PhD in Medical sciences
ORCID: 0000-0002-4327-148X, SPIN: 4812-5760

Valerij S. STUPAK¹

Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor
ORCID: 0000-0002-8722-1142, SPIN: 3720-1479

Elena M. MANOSHKINA¹

PhD in Medical sciences
ORCID: 0000-0001-6161-440X, SPIN: 5949-9970

¹ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.



Elena M. Manoshkina

e-mail: manoshkina@mednet.ru

ABSTRACT

Relevance. In order to successfully maintain health, it is necessary to identify the factors that influence public commitment to disease prevention and to determine the reasons for the public's lack of involvement in preventive measures.

The purpose of the study: to study public commitment to disease prevention and identify measures to improve the accessibility of medical care.

Materials and methods. A one-time observational study was conducted using a questionnaire consisting of 37 questions on the involvement of citizens in preventive measures in 85 regions of the Russian Federation.

Results. Among the barriers that prevent people from taking preventive measures, the most common were problems with the organization of medical care and inconvenient work schedules for specialists, as well as personal commitments to study or work. Respondents who had taken preventive measures were more likely to analyze the situation and see more obstacles, as well as being afraid of appearing overly concerned about their health. Among the measures that could increase the degree of involvement in preventive measures, the most frequently mentioned were improving the quality of the activities carried out, the lack of formalism in the work on the part of medical professionals (31.1% of respondents), increasing the availability of preventive measures from medical institutions (24.9% of respondents), positive incentives during preventive measures (for example, additional day off) (21.1% of respondents).

Conclusion. The study showed that the number of respondents satisfied with the organization of preventive measures by medical institutions is higher among those involved in prevention than among those who did not participate in preventive measures. Among those who are not satisfied with the organization of preventive measures, only 28.7% of respondents had experience of participating in preventive measures. The study demonstrates the need for active work to create a stable attitude among the population towards a healthy lifestyle and preventive measures, involving all representatives of legislative and executive authorities in these processes.

Keywords: population morbidity, adherence to prevention, barriers to preventive measures, and a healthy lifestyle.

TO CITE THIS ARTICLE:

Kopyakova O.S., Stupak V.S., Bogdanova T.G., Manoshkina E.M., Mirgorodskaya O.V. Results of a study on the population's commitment to disease prevention in the Russian Federation. The CIS Healthcare. 2025; 1(2):40-49, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-40-49

REFERENCES

1. A list of instructions from the President of the Russian Federation, Vladimir Putin, following a meeting with participants of the II Congress of Young Scientists and students of the program for the development of the personnel management reserve in the field of science and education. – URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/70647> (Date accessed: 18.11.2025).
2. Decree of the President of the Russian Federation dated 07.05.2024 No. 309 “On the National Development Goals of the Russian Federation for the period up to 2030 and for the future up to 2036”. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/50542> (Date accessed: 18.11.2025)
3. The Russian Ministry of Health has outlined the main tasks until 2030. – URL: <https://www.med.cap.ru/press/2025/5/19/minzdrav-rossii-oboznachil-glavnie-zadachi-do-2030> (Date accessed: 18.11.2025).
4. Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 “On the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation”. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (Date accessed: 18.11.2025).
5. Galkin K.A. Strategies for preserving the individual health of the elderly: urban and rural contexts // Sociological science and social practice. 2023. Vol. 11, No. 1. P. 157-172. DOI 10.19181/snsp.2023.11.1.9. EDN PKZQEZ
6. Zhuravleva I.V., Petrenko E.S. Individual responsibility for health: patterns of behavior. // Sociological science and social practice. 2023. Vol. 11, No. 2. P. 80-103 DOI 10.19181/snsp.2023.11.2.5. EDN KRDVVB
7. Korolenko A.V. Health-saving attitudes as a factor of self-preservation behavior: approaches to the study and experience of typology // Economic and social changes: facts, trends, forecast. 2021. Vol. 14. No. 4. P. 59-76. DOI: 10.15838/esc.2021.4.76.4

8. Kulagina I.V. A study of the relationship between individual and typological personality traits and attitudes to the value of "one's own health" // Scientific and methodological electronic journal "Concept". – 2023. – No. 12 (December). – URL: <http://e-koncept.ru/2023/232015.htm>
9. Novoselova E.N. On the connection between religiosity and health. Bulletin of the Moscow University. Series 18. Sociology and Political Science. 2023. Vol. 29. No. 3. DOI: 10.24290/1029-3736-2023-29-3-50-67
10. Osipova N.G. Social construction of the health of modern Russian youth: The main vectors of domestic discourse // Bulletin of the Moscow University. Series 18. Sociology and Political Science. 2023. Vol. 29. No. 4.
11. Savin S.D., Smirnova A.N. Preventive medicine in Russia: the problem of public (not) trust // Bulletin of St. Petersburg University. Sociology. 2022. Vol. 15. Issue 4. P. 405–423. <https://doi.org/10.21638/spbu12.2022.406>
12. Sergeeva A.S., Kirillov B.A., Dzhumagulova A.F. Translation and adaptation of the short five-factor personality questionnaire (TIPI-RU): assessment of convergent validity, internal consistency and test-retest reliability. Experimental Psychology 2016. Volume 9. No. 3. P. 138–154. DOI: 10.17759/exppsy.2016090311. ISSN: 2072-7593 / 2311-7036 (online).
13. Chudinova L.E. Formation of motivation for a healthy lifestyle // Education. Career. Society. 2013. No. 3(39). P. 35–36. EDN QHXVST.
14. Shapovalova I.S., Vangorodskaya S.A., Polukhin O.N., Peresyphkin A.P., Kisilenko A.V. Self-preservation behavior of Russians: dispositions and risks. Problems of social hygiene, public health and the history of medicine. 2020;28(1):44–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-1-44-51>
15. Dubovitskaya T.D. Psychology of health: Valeological types and dominant personality instincts // Fundamental research. – 2013. – No. 11–6. – P. 1250–1254. – URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33287> (Date accessed: 05.04.2024).

Получено / Received: 24.11.2025.

Принято / Accepted: 10.12.2025.

Опубликовано / Published: 25.12.2025.

Новости здравоохранения стран СНГ

Будущий год в СНГ объявлен годом охраны здоровья

4 декабря 2025 г. Экспертный совет по здравоохранению при Межпарламентской Ассамблее СНГ под руководством академика РАН Юрия Щербука провел заседание, посвященное подготовке к Году охраны здоровья в СНГ (2026 г.), утвержденному Советом глав правительств. Обсуждались вопросы реализации плана мероприятий на будущий год, разработки модельных законов и гармонизации подходов области санитарно-эпидемиологического благополучия, борьбы с неинфекционными заболеваниями, развития первичной медико-санитарной помощи и медицинской науки, подготовки кадров.

В заседании приняли участие парламентарии, представители профильных министерств и ведомств стран Содружества, Всемирной организации здравоохранения, Исполнительного комитета СНГ, академий наук и университетов государств СНГ, лидеры пациентских и профессиональных некоммерческих организаций, а также международной организации «Евразийское сотрудничество по клиническим рекомендациям и развитию национального здоровья».

Также участникам заседания было объявлено о подготовке открытия Международного Института Биоэтики в г. Самарканде.

Источник: Интернет-портал СНГ «Пространство интеграции».

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

УДК 614.2

DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-50-55

АННОТАЦИЯ

Актуальность. В условиях модернизации здравоохранения и усиления внимания к пациентоориентированному подходу удовлетворенность пациентов медицинской помощью становится ключевым индикатором работы медицинских организаций. Для системной оценки и управления этим показателем в медицинских организациях города Гомеля проведен опрос пациентов удовлетворенностью медицинской помощью.

Цель исследования: выявить ключевые факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов медицинской помощью в государственных учреждениях здравоохранения города Гомеля.

Материалы и методы. Исследование проводилось в двух медицинских организациях города Гомеля (ГУЗ «ГГКП № 2» и ГУЗ «ГГКП № 5») с участием 150 респондентов. Использовалась методика СТИМУЛ, включающая оценку общей удовлетворенности по 5-балльной шкале с последующим выявлением факторов, снижающих оценку. Для анализа применялись расчеты эмоциональной нагрузки (ЭН) и эмоционального веса (ЭВ) проблем.

Результаты. Средний уровень удовлетворенности составил 4,3 балла в ГГКП № 2 и 4,6 балла в ГГКП № 5. Наибольшее влияние на удовлетворенность оказывали проблемы цифрового взаимодействия (отсутствие доступа в Интернет – ЭН=3,25; неудобство сайта – ЭН=2,5), инфраструктурные недостатки (некомфортные зоны ожидания – ЭН=7,25; отсутствие мест для хранения личных вещей – ЭН=2,5–4,5), организационные трудности (необходимость самостоятельной записи к специалистам – ЭН=4,5; долгое ожидание приема врача – ЭН=4,25).

Заключение. Результаты исследования демонстрируют значительный потенциал для улучшения сервисной составляющей медицинской помощи через целевое устранение выявленных проблем. Приоритетными направлениями для ГГКП № 2 являются развитие цифровых сервисов, для ГГКП № 5 – оптимизация процессов записи и модернизация инфраструктуры. Полученные данные формируют основу для разработки адресных программ повышения качества медицинских услуг.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов медицинской помощью, факторы, Республика Беларусь, Гомель.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Ковалевский Д.В., Шаршакова Т.М., Выскочков В.С., Чигрина В.П., Стома И.О. Анализ факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью в медицинских организациях города Гомеля. Здравоохранение стран СНГ. 2025; 1(2):50–55, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-50-55

КОВАЛЕВСКИЙ Дмитрий Владимирович¹

ORCID: 0000-0002-5003-1556

ШАРШАКОВА Тамара Михайловна¹

доктор медицинских наук, профессор
ORCID: 0000-0001-5580-5939, SPIN: 7940–9936

ВЫСКОЧКОВ Владимир Сергеевич²

ORCID: 0000-0002-5338-4760, SPIN: 3919–1738

ЧИГРИНА Валерия Петровна²

ORCID: 0000-0002-5044-4836, SPIN: 5138–3084

СТОМА Игорь Олегович¹

доктор медицинских наук, профессор
ORCID: 0000-0003-0483-7329, SPIN: 3791–9646

¹ УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь;

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

© Коллектив авторов, 2025 г.



Чигрина Валерия Петровна
e-mail: chigrinavp@mednet.ru

В контексте глобальных тенденций модернизации и цифровой трансформации систем здравоохранения, сопряженных с усилением контроля за качеством медицинской помощи, вопросы оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью приобретают особую значимость [1]. Все большее внимание уделяется пациентоориентированному подходу, предполагающему систематический сбор мнений пациентов и использование этих данных для совершенствования организации медицинской помощи [2]. Такой подход направлен не только на повышение качества оказания медицинской помощи, но и на создание комфортной и доступной системы взаимодействия между пациентом и медицинской организацией.

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью выступает комплексным интегральным индикатором, который отражает как объективные параметры результативности лечения, так и субъективное восприятие различных аспектов взаимодействия с медицинской организацией – от компетентности персонала до условий пребывания и доступности медицинских услуг [3].

На формирование данной оценки решающее влияние оказывают факторы процессного и сервисного характера: доступность и удобство записи, сроки ожидания медицинской помощи, качество общения с медицинским персоналом, комфорт условий пребывания в медицинской организации и эффективность системы обратной связи [4]. Комплексное изучение этих факторов позволяет выявлять приоритетные направления развития медицинских организаций и формировать внутренние процессы с учетом потребностей пациентов.

Цель исследования: выявить ключевые факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов медицинской помощью в медицинских организациях города Гомеля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в двух государственных учреждениях здравоохранения города Гомеля – государственном учреждении здравоохранения «Гомельская городская клиническая поликлиника № 2» (ГУЗ «ГГКП № 2») и государственном учреждении здравоохранения «Гомельская городская клиническая поликлиника № 5» (ГУЗ «ГГКП № 5») – с целью системной оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью. В качестве основного инструмента использовалась методика СТИМУЛ (Стандарт системы управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов), разработанная экспертами ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации

и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Данный стандарт представляет собой комплексный управленческий инструмент, позволяющий оценивать организационно-функциональные аспекты работы медицинских организаций, выявлять ключевые детерминанты удовлетворенности пациентов и формировать рекомендации по оптимизации процессов оказания медицинской помощи.

При проведении анкетирования оценивалась общая удовлетворенность пациентов медицинской помощью по пятибалльной шкале, где 1 соответствовало минимальному уровню удовлетворенности, а 5 – максимальному. Респонденты, оценивавшие удовлетворенность на 5 баллов, завершали опрос, тогда как пациенты с оценкой от 1 до 4 выбирали факторы, повлиявшие на снижение оценки. Сами факторы структурированы в пять основных блоков, включавших организационные, коммуникативные и инфраструктурные аспекты работы медицинской организации, с последующим уточнением по более конкретным характеристикам. Количество факторов, которые мог выбрать респондент, не ограничивалось.

На основе полученных данных выполнялось последовательное определение структуры проблем по частоте упоминания респондентами, после чего рассчитывались показатели эмоциональной нагрузки (ЭН) и эмоционального веса (ЭВ) каждого фактора. Для этого определялось количество баллов, исходя из ответа на самый первый вопрос, посвященный оценке общей удовлетворенности медицинской помощью, полученной в данной медицинской организации, по 5-ти балльной шкале. Эти баллы отражают количество недостающих пунктов до максимального уровня удовлетворенности в доле от единицы. ЭН рассчитывалась как сумма баллов по итогам опроса. Например, если неудобство сайта медицинской организации выбрали 6 человек, которые до этого оценили свою общую удовлетворенность на 4 из 5, и 7 человек, которые оценили свою общую удовлетворенность на 3 и 5, то общий балл для этой проблемы составляет: $6 \times 0,25 + 7 \times 0,5 = 5$ баллов (ЭН).

ЭВ рассчитывался как отношение ЭН к числу упоминаний данной проблемы. То есть, в рамках предыдущего примера: $5 \div (6 + 7) = 0,385$ (ЭВ). ЭН отражала суммарное влияние выявленных проблем на общую удовлетворенность пациентов, а ЭВ позволял оценить относительную значимость каждой проблемы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании приняли участие 150 респондентов в возрасте от 19 лет: в ГУЗ «ГГКП № 2» – 72 пациента (34 мужчины и 38 женщин), в ГУЗ «ГГКП № 5» – 78 пациентов (31 мужчина и 47 женщин).

Средний уровень удовлетворенности пациентов ГУЗ «ГГКП № 2» составил 4,3 балла. Наиболее часто

Таблица 1

Факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов медицинской помощью

Фактор	ЭН	ЭВ	Частота упоминания, %
ГУЗ «ГГКП № 2»			
Мне пришлось долго ждать ответа на звонок в организацию здравоохранения	1	0,25	13,3
Не получилось дозвониться до организации здравоохранения	1	0,33	10
У меня возникли проблемы с парковкой	0,75	0,25	10
Прием начался позже назначенного времени/ до меня на прием зашли люди без очереди	0,75	0,25	10
Мне не пришло напоминание о записи на прием	1,5	0,25	20
Меня не проинформировали об отмене записи	0,75	0,25	10
Мне пришлось много раз самостоятельно записываться к разным специалистам	1	0,25	13,3
В организации здравоохранения сложно ориентироваться, непонятно, куда идти	1,25	0,31	10,5
Мне нужен был доступ в Интернет, а связь не ловила в организации здравоохранения	3,25	0,27	31,6
Мне негде было безопасно хранить личные вещи	2,5	0,28	23,7
Зоны ожидания некомфортны: отсутствует доступ к питьевой воде, нет мест для отдыха, мест сидения и т.п.	2,5	0,28	23,7
По внешнему виду сотрудников непонятно, кто врач, кто медсестра	1	0,25	28,6
Мне не дали рекомендаций, как дальше жить с моим заболеванием	1,75	0,25	50
На приеме врач больше занимался документами, а не мной	1,25	0,63	14,3
Не получилось найти официальный сайт медицинской организации здравоохранения	2	0,29	17,1
Сайт организации здравоохранения неудобный	2,5	0,25	24,4
На сайте организации нет фотографий и схем проезда	1,75	0,29	14,6
У организации здравоохранения нет аккаунта в социальных сетях, которыми я пользуюсь	3,75	0,27	34,1
На мое обращение отреагировали формально	1,75	0,29	85,7
ГУЗ «ГГКП № 5»			
Мне пришлось долго ждать ответа на звонок в организацию здравоохранения	5	0,38	13,7
Не получилось дозвониться до организации здравоохранения	4,75	0,43	11,6
Неудобно или невозможно записаться на прием/исследования	4,25	0,33	13,7
Мне пришлось долго ждать своего приема/исследования	4,25	0,33	13,7
Мне пришлось много раз самостоятельно записываться к разным специалистам	4,5	0,32	14,7
В организации здравоохранения сложно ориентироваться, непонятно, куда идти	4,5	0,38	16,7
Медицинская техника в организации здравоохранения устаревшая	2,75	0,34	11,1
Мне нужен был доступ в Интернет, а связь не ловила в организации здравоохранения	3,75	0,31	12,6
Мне негде было безопасно хранить личные вещи	4,5	0,35	18,1
Зоны ожидания некомфортны: отсутствует доступ к питьевой воде, нет мест для отдыха, мест сидения и т.п.	7,25	0,36	27,8
Мне не объяснили длительность и варианты лечения и диагностики, не предоставили выбор	2,25	0,45	11,9
По внешнему виду сотрудников непонятно, кто врач, кто медсестра	3,25	0,41	19
Я не получил заключение с результатами обследования, лечения и рекомендации	2,25	0,38	14,3
Мне не дали рекомендаций, как дальше жить с моим заболеванием	4,5	0,38	28,6
На приеме врач больше занимался документами, а не мной	3,25	0,46	16,7
На сайте представлена неверная информация	1,75	0,29	13,6
Сайт организации здравоохранения неудобный	4,75	0,32	34,1
У организации здравоохранения нет аккаунта в социальных сетях, которыми я пользуюсь	5	0,33	34,1
На мои жалобы никто не реагирует	1,25	0,42	25
Непонятно, к кому в организации здравоохранения можно обратиться с проблемой или жалобой	0,75	0,375	16,7
На мое обращение отреагировали формально	2,5	0,5	41,7

Примечание: ЭН – эмоциональная нагрузка, ЭВ – эмоциональный вес.

Источник: составлено авторами по данным опроса.

встречавшимися факторами, снижавшими удовлетворенность пациентов медицинской помощью, были: взаимодействие с медицинской организацией в сети Интернет (25,4%), условия пребывания в медицинской организации (25,4%), простота и удобство получения медицинской помощи (19%), общение с персоналом (15,9%), организация работы с жалобами и обратной связью (11,1%).

В ГУЗ «ГГКП № 5» средний уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью оказался выше и составил 4,6 балла. Ключевые факторы, снижавшие удовлетворенность медицинской помощью, аналогичны выявленным в ГУЗ «ГГКП № 2»: простота и удобство получения медицинской помощи (28,3%), условия пребывания в медицинской организации (24,2%), взаимодействие с медицинской организацией в сети Интернет (20,2%), общение с персоналом (13,1%), организация работы с жалобами и обратной связью (7,1%) – *таблица 1*.

Сравнительный анализ факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью, проведенный на основе расчета ЭН и ЭВ, выявил различия между ГУЗ «ГГКП № 2» и ГУЗ «ГГКП № 5». Несмотря на то, что в обеих медицинских организациях наибольшее влияние на общую удовлетворенность пациентов медицинской помощью оказывали проблемы, связанные с доступностью и организационными трудностями при записи на прием к врачу и получении консультаций, в ГУЗ «ГГКП № 2» наибольшую ЭН создавали трудности с использованием Интернет-сервисов, при которых пациенты не могли получить доступ к информации или связаться с медицинской организацией (ЭН = 3,25, ЭВ = 0,27, частота упоминания – 31,6%), за которыми следовали отсутствие мест для безопасного хранения личных вещей и некомфортные зоны ожидания (ЭН = 2,5, ЭВ = 0,28, частота упоминания – 23,7%), а также недостаточная информированность пациента о дальнейшем ведении заболевания (ЭН = 1,75, ЭВ = 0,25, частота упоминания – 50%).

В свою очередь, в ГУЗ «ГГКП № 5» распределение факторов более равномерное. Наиболее значимыми для пациентов оказались неудобные зоны ожидания (ЭН = 7,25; ЭВ = 0,36; частота упоминания – 27,8%), трудности с записью на прием к врачу (ЭН = 4,25; ЭВ = 0,32; частота упоминания – 13,7%), необходимость многократной самостоятельной записи к узким специалистам (ЭН = 4,5; ЭВ = 0,33; частота упоминания – 14,7%), а также отсутствие аккаунтов медицинской организации в социальных сетях (ЭН = 5,0; ЭВ = 0,33; частота упоминания – 34,1%). Значительную ЭН также создавали неудобство Интернет-сервисов (ЭН = 3,75; ЭВ = 0,31; частота упоминания – 12,6%) и недостаточная информированность о длительности и вариантах лечения (ЭН = 2,25; ЭВ = 0,45; частота упоминания – 11,9%).

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование позволило выявить и количественно оценить ключевые факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов медицинской помощью в двух медицинских организациях города Гомеля. Полученные результаты наглядно демонстрируют, что даже при относительно высоком среднем уровне удовлетворенности (4,3 и 4,6 балла) существует значительный потенциал для совершенствования работы медицинских организаций за счет управления сервисной составляющей оказания медицинской помощи.

В обеих медицинских организациях ключевыми факторами, снижавшими удовлетворенность пациентов медицинской помощью, выступили не вопросы клинической составляющей оказания медицинской помощи, а проблемы доступа и комфорта: трудности с записью на прием к врачу, навигацией, неудобства зон ожидания, отсутствие доступа к Интернету и неразвитость цифровых сервисов. Это согласуется с современными тенденциями, отмеченными в литературе, где цифровизация и пациентоориентированность становятся определяющими трендами [5, 6].

Особого внимания заслуживает применение методики СТИМУЛ, которая позволила не просто зафиксировать частоту упоминания проблем, но и оценить их глубину через расчет ЭН и ЭВ. Данный подход выявил, что некоторые проблемы, несмотря на относительно низкую частоту упоминания, имеют высокий ЭВ, что указывает на их исключительную значимость для пациентов.

Сравнительный анализ показал институциональные различия в структуре факторов неудовлетворенности. Для ГУЗ «ГГКП № 2» наиболее значимыми были проблемы цифрового взаимодействия (отсутствие сети Интернет, неудобство сайта, отсутствие медицинской организации в социальных сетях), тогда как для ГУЗ «ГГКП № 5» на первый план вышли инфраструктурные и организационные барьеры (некомфортные зоны ожидания, трудности с самостоятельной записью к специалистам). Это указывает на то, что даже в рамках одной системы здравоохранения приоритеты для управленческих вмешательств должны определяться индивидуально для каждой медицинской организации на основе эмпирических данных.

Важным выводом является также коммуникативный дефицит. Высокая частота упоминания факторов «Мне не дали рекомендаций, как дальше жить с моим заболеванием» и формализм в реакции на обращения свидетельствует о недостатках в процессе информирования и эмоционального взаимодействия с пациентом, что является ключевым элементом пациентоориентированного подхода [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования демонстрируют значительный потенциал для улучшения сервисной составляющей медицинской помощи через целевое устранение выявленных проблем. Приоритетными направлениями для ГКП № 2 являются развитие цифровых сервисов, для ГКП № 5 – оптимизация процессов записи и модернизация инфраструктуры. Полученные данные формируют основу для разработки адресных программ повышения качества медицинских услуг.

Практическая значимость работы заключается в том, что ее результаты создают конкретную основу для разработки целевых программ улучшения качества услуг для каждой медицинской организации. Так, для ГКП № 2 приоритетом должно стать

развитие цифрового присутствия и сервисов, в то время как для ГКП № 5 – модернизация зон ожидания и оптимизация процессов записи на прием к врачу.

Перспективным направлением дальнейших исследований является разработка и внедрение корректирующих мероприятий на основе полученных данных с последующей оценкой их эффективности.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Sun J., Hu G., Ma J., Chen Y., Wu L. et al. Consumer satisfaction with tertiary healthcare in China: findings from the 2015 China National Patient Survey. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(2):213–221. DOI:10.1093/intqhc/mzw160.
2. Pascoe G.C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983; 6(3–4):185–210. DOI: 10.1016/0149–7189 (83) 90002-2.
3. Тюфиллин Д.С., Чигрина В.П., Кобякова О.С., Деев И.А. Мировой опыт мониторинга удовлетворенности медицинской помощью: аналитический обзор. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(2):215–222. DOI:10.32687/0869–866X-2024-32-2-215-222.
4. Тюфиллин Д.С., Чигрина В.П., Медведев В.А. и соавт. Удовлетворенность медицинской помощью в Российской Федерации: факторы, влияющие на оценку. *Менеджер здравоохранения*. 2023;8:68–80. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-8-68-80.
5. Pacheco Barzallo D., Köhn S., Tobler S., Délitroz M., Gemperli A. Measuring patient satisfaction in acute care hospitals: nationwide monitoring in Switzerland. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2021;165:27–34. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.07.001.
6. Elliott M.N., Cohea C.W., Lehrman W.G., Goldstein E.H., Cleary P.D., Giordano L.A. et al. Accelerating Improvement and Narrowing Gaps: Trends in Patients' Experiences with Hospital Care Reflected in HCAHPS Public Reporting. *Health Serv Res*. 2015;50(6):1850–67. DOI: 10.1111/1475–6773.12305.
7. Русаленко М.Г., Шаршакова Т.М., Ковалевский Д.В. и соавт. Взаимосвязь состояния здоровья, информированности и мотивации населения с различными факторами риска сахарного диабета. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2022;2(111):77–85.

ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING PATIENT SATISFACTION WITH MEDICAL CARE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS OF GOMEL CITY

Dmitriy V. KOVALEVSKIY¹

ORCID: 0000-0002-5003-1556

Vladimir V. VYSKOCHKOV²

ORCID: 0000-0002-5338-4760, SPIN: 3919-1738

Igor O. STOMA¹

Grand PhD in Medical sciences, Professor

ORCID: 0000-0003-0483-7329, SPIN: 3791-9646

¹Gomel State Medical University, Gomel, Belarus;

²Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Tamara M. SHARSHAKOVA¹

Grand PhD in Medical sciences, Professor

ORCID: 0000-0001-5580-5939, SPIN: 7940-9936

Valeriya P. CHIGRINA²

ORCID: 0000-0002-5044-4836, SPIN: 5138-3084



Valeriya P. Chigrina

e-mail: chigrinavp@mednet.ru

ABSTRACT

Relevance. In the context of healthcare modernization and increased focus on patient-centered care, patient satisfaction with medical care is becoming a key performance indicator for healthcare organizations. To systematically assess and manage this indicator, a survey of patient satisfaction with medical care was conducted in healthcare organizations in Gomel city.

The purpose of the study is to identify the key factors influencing patient satisfaction with medical care in public healthcare institutions of Gomel city.

Materials and methods. The study was conducted in two healthcare organizations in Gomel city (GUZ «GGKP No. 2» and GUZ «GGKP No. 5») with 150 respondents. The STIMUL methodology was used, which included an assessment of overall satisfaction on a 5-point scale, followed by the identification of factors reducing the score. The analysis employed calculations of Emotional Load (EL) and Emotional Weight (EW) of the problems.

Results. The average satisfaction level was 4.3 points in GGKP No. 2 and 4.6 points in GGKP No. 5. The greatest impact on satisfaction was exerted by problems related to digital interaction (lack of internet access – EL=3.25; inconvenient website – EL=2.5), infrastructure deficiencies (uncomfortable waiting areas – EL=7.25; lack of secure storage for personal belongings – EL=2.5–4.5), and organizational difficulties (need for self-referral to specialists – EL=4.5; long waiting time for doctor's appointment – EL=4.25).

Conclusion. The study results demonstrate significant potential for improving the service component of medical care through targeted elimination of the identified problems. The priority areas for GGKP No. 2 are the development of digital services, while for GGKP No. 5, they are the optimization of appointment processes and infrastructure modernization. The obtained data form the basis for developing targeted programs to improve the quality of medical services.

Keywords: patient satisfaction, factors, Republic of Belarus, Gomel.

TO CITE THIS ARTICLE:

Kovalevsky D.V., Sharshakova T.M., Vyskochkov V.S., Chigrina V.P., Stoma I.O. Analysis of factors influencing patient satisfaction with medical care in healthcare organizations of Gomel city. The CIS Healthcare. 2025; 1(2):50–55, DOI: 10.21045/3033-6341-2025-1-2-50-55

REFERENCES

1. Sun J., Hu G., Ma J., Chen Y., Wu L. et al. Consumer satisfaction with tertiary healthcare in China: findings from the 2015 China National Patient Survey. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(2):213–221. DOI:10.1093/intqhc/mzw160.
2. Pascoe G.C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983;6(3–4):185–210. DOI: 10.1016/0149-7189 (83) 90002-2.
3. Tyufilin D.S., Chigrina V.P., Kobyakova O.S., Deev I.A. Worldwide experience in monitoring patient satisfaction with medical care: an analytical review. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(2):215–222. DOI: 10.32687/0869–866X-2024-32-2-215-222.
4. Tyufilin D.S., Chigrina V.P., Medvedev V.A. et al. Patient satisfaction with medical care in the Russian Federation: factors influencing the assessment. *Manager Zdravookhraneniya*. 2023;8:68–80. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-8-68-80.
5. Pacheco Barzallo D., Köhn S., Tobler S., Délitroz M., Gemperli A. Measuring patient satisfaction in acute care hospitals: nationwide monitoring in Switzerland. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. 2021;165:27–34. DOI: 10.1016/j.zefq.2021.07.001.
6. Elliott M.N., Cohea C.W., Lehrman W.G., Goldstein E.H., Cleary P.D., Giordano L.A. et al. Accelerating Improvement and Narrowing Gaps: Trends in Patients' Experiences with Hospital Care Reflected in HCAHPS Public Reporting. *Health Serv Res*. 2015;50(6):1850–67. DOI: 10.1111/1475-6773.12305.
7. Rusalenko M.G., Sharshakova T.M., Kovalevskij D.V. et al. The relationship between health status, awareness, and motivation of the population with various risk factors for diabetes mellitus. *Issues of organization and informatization of health care*. 2022; 2(11):77–85.