

**А.К. КАШИРИН**

Самарский государственный медицинский университет  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом  
экономики и управления здравоохранением

**ОБРАЩАЕМОСТЬ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ  
ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ:  
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

Научный консультант – д.м.н. С.А. Суслин

**Территориальный фактор удаленности сельского района в рамках региона от крупнейшего города – областного центра оказывает влияние на обращаемость жителей за медицинской помощью. Наибольшую удовлетворенность сельских пациентов вызывает медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях более высокого уровня – городских и областных, находящихся за пределами сельских районов, и в учреждениях, где оказываются платные медицинские услуги.**

*Ключевые слова: обращаемость, медицинская помощь, сельская местность, удаленность сельского района от крупного города, удовлетворенность качеством медицинской помощи.*

**A.K.KASHIRIN**

**MEDICAL AID APPEALABILITY OF RURAL POPULATION:  
TERRITORIAL ASPECT**

**The territorial factor of remoteness of rural areas from the region's largest city – the regional center – influences appealability of population seeking medical aid. The greatest satisfaction of rural patients is caused by medical care provided in medical institutions of higher level – in city and regional institutions outside the rural areas and in institutions where commercial medical services are available.**

*Keywords: negotiability, medical care, countryside, remote rural areas of large cities, satisfaction with the quality of care.*

Обращаемость населения за медицинской помощью – достаточно широкий набор действий, определяющий поведение жителей в сфере медицинских услуг. Обращаемость населения во многом определяется доступностью медицинской помощи, качеством ее оказания, наличием тех или иных специалистов, социально-экономическими факторами, составом

населения и многими другими факторами. Особенно актуально в настоящее время изучение обращаемости населения в сельской местности, во многом отличающейся по своим характеристикам от городской среды<sup>1,2,3,4,5</sup>.

Цель исследования: изучение ряда аспектов обращаемости сельских жителей, занятых трудовой деятельностью, за медицинской помощью в пригородном сельском Волжском районе (центр – г. Самара) в сравнении с населением среднеудаленного от областного центра Сергиевского района (центр района расположен в 120 км от областного центра) и с населением самого отдаленного от г. Самары Клявлинского района (расстояние от центра района до областного центра – 202 км).

Материалы и методы исследования. Базами исследования были выбраны соответственно Волжская, Сергиевская и Клявлинская центральные районные больницы (ЦРБ) Самарской области. В ходе исследования использовались статистический, социологический и аналитический методы по данным деятельности баз исследования. Была разработана специальная карта изучения обраща-

емости сельских жителей. Проанкетировано 1693 респондента (835 – в Волжском районе, 451 – в Сергиевском, 404 – в Клявлинском).

Результаты и их обсуждение. В процессе изучения обращаемости населения за медицинской помощью установлено, что в целом по трем районам большинство населения (в течение трех последних лет) получает медицинскую помощь на уровне сельского врачебного участка (60,9% опрошенных). Данный вид помощи оказывается в отделении ЦРБ, на фельдшерско-акушерском пункте (ФАП), в амбулатории, в отделении (офисе, кабинете) врача общей практики, то есть максимально приближен к месту жительства. Треть респондентов (33,2%) указала, что за последние три года обращалась в медицинские организации районного уровня (ЦРБ). При этом часть пациентов была направлена в ЦРБ из лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) врачебного участка, а часть (как правило, это жители районного центра и прилегающей территории) непосредственно обратились в районные медицинские учреждения. В ЛПУ областного уровня лечилось всего 8,8% опрошенных, в частных медицинских структурах – 3,6%. Почти треть (29,4%) опрошенных жителей при возникновении недомогания лечилась дома без обращения к медицинским работникам.

Мужчины в целом реже обращаются за медицинской помощью, чем женщины, особенно на участковом уровне ( $p < 0,05$ ) и в частные медицинские учреждения ( $p < 0,05$ ). Женщины также чаще лечатся дома ( $p < 0,05$ ), без обращения к медицинским работникам.

---

<sup>1</sup> Галкин Р.А., Суслин С.А., Каширин А.К. Организация медицинской помощи населению в сельских районах пригородного типа: Монография. – Самара: ГУСО «Перспектива», 2005. – 220 с.

<sup>2</sup> Галкин Р.А. Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / Р.А. Галкин, С.А. Суслин // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2006. – №1. – С. 14-18.

<sup>3</sup> Гридасов Г.Н., Суслин С.А., Каширин А.К. Современные аспекты состояния здоровья населения и организации медицинской помощи в сельской местности: Монография. – Самара: Изд-во «АСГАРД», 2012. – 256 с.

<sup>4</sup> Суслин С.А. Здоровье населения и организационные подходы к совершенствованию медицинской помощи в сельской местности // *Главврач*. – 2012. №10. С. 8-12.

<sup>5</sup> Суслин С.А. Современные подходы к определению качества медицинской помощи // *Здравоохранение*. – 2010. №9. С. 25-32.

В пригородном районе велика доля респондентов, обращающихся в участковые больницы (отделения ЦРБ), – 77,1% и низка доля жителей, получающих помощь на районном уровне, – 17,0%. Другая ситуация складывается в более отдаленных районах, где удельный вес пациентов врачебного участка снижается, а районного уровня – повышается. Характерно, что удельный вес опрошенных, которым была оказана медицинская помощь на участковом и районном уровнях, одинаков во всех районах и составляет в каждом из них по 94,1%.

По мере удаления от областного центра снижается доля пациентов, медицинская помощь которым была оказана в медицинских организациях областного уровня (11,5%→7,1%→5,2%). Это свидетельствует о большей доступности высокоспециализированной помощи населению пригородного района вследствие географической близости к областному центру. Также можно отметить, что чем дальше расположен район от г. Самары, тем выше в районе доля жителей, не обращающихся за медицинской помощью и занимающихся самолечением.

По данным социологического исследования, большинство респондентов трех районов (64,1%) обращались к врачам 1-3 раза в год, а пятая часть (21,4%) не посещала врачей в течение последнего года. В среднем по трем районам отмечается  $2,3 \pm 0,21$  посещения к врачам (у мужчин –  $2,0 \pm 0,31$ ; у женщин –  $2,5 \pm 0,32$ , разница невелика,  $p > 0,05$ ). С возрастом среднегодовое число посещений к врачам увеличивается с  $2,0 \pm 0,35$  посещения у лиц до 29 лет до  $2,2 \pm 0,24$  посещения у 30-59-летних и до  $3,8 \pm 0,41$  посе-

щения в старшей возрастной группе ( $r = +0,49$ ). Разница в посещениях по районам незначительна.

В результате анкетирования выявлено, что в течение трех последних лет было госпитализировано в различные стационары 39,0% респондентов трех изученных районов (38,0% мужчин и 40,1% женщин,  $p > 0,05$ ), то есть ежегодно госпитализировалось в среднем 13% опрошенных. По мере удаления от областного центра доля пролеченных жителей в стационарных учреждениях незначительно возрастает (37,4%→40,1%→41,3%).

По мере удаления от областного центра удельный вес госпитализаций респондентов в областные и городские стационары уменьшается (17,9%→14,3%→9,5%).

Уровень госпитализации в стационары круглосуточного и дневного пребывания при среднерайонном значении 234,5 (в год, на 1000 опрошенных) нарастает с приближением к областному центру. Если в самом отдаленном районе уровень госпитализации составил 224,4, то в среднеудаленном районе – 232,1, а в пригородном районе – 240,7. По мере приближения к г. Самаре растет и показатель кратности госпитализации (количество госпитализаций на число находившихся на стационарном лечении) у опрошенных ( $1,63 \rightarrow 1,73 \rightarrow 1,93$ ) при его среднем значении 1,80. Таким образом, несмотря на меньший удельный вес жителей пригородного района, пролеченных в стационарах, за счет большей кратности госпитализации ее уровень становится наиболее высоким.

Минимальный уровень госпитализации характерен для работающих жителей среднего возраста. По ре-

зультатам опроса жителей трех районов он составил 199,4 на 1000 за год. У мужчин 30-59 лет уровень госпитализации ниже и составил 187,6, у женщин этого же возраста – выше (211,9), разница достоверна ( $p < 0,05$ ).

В молодом возрасте (до 29 лет) уровень госпитализации выше среднего и составил 313,6, а в пенсионном возрасте (60 лет и старше) на 1000 опрошенных пришлось 432,1 госпитализации. Во всех возрастных группах частота госпитализаций выше у женщин. Возрастные особенности госпитализаций, характерные для всех рассматриваемых районов, объясняются повышенной потребностью в стационарной помощи у молодого населения (обследования по линии военного комиссариата, высокий травматизм, состояния, связанные с беременностью и родами). У работающих лиц пенсионного возраста также отмечается рост госпитализаций, связанный с ухудшением состояния здоровья.

Обращаемость населения за медицинской помощью во многом зависит от материальной обеспеченности потенциальных пациентов, от того, какие средства население может затратить на получение медицинских услуг. Все больше развивается институт добровольного медицинского страхования, увеличивается предложение на рынке платных услуг. Поэтому на сегодняшний день можно уже говорить о медико-экономической активности населения и оценивать ее для повышения качества и эффективности медицинской помощи.

Согласно данным, полученным в результате анкетирования сельских работающих жителей, почти три четверти опрошенных (74,4%) в течение

трех последних лет расходовали личные средства на оплату медицинской помощи. Среди женщин этот показатель достоверно выше ( $p < 0,01$ ) и составил 79,0% против 70,1% у мужчин.

У пожилых респондентов 60 лет и старше оплата медицинской помощи за счет своих средств распространена гораздо меньше. Только 55,6% опрошенных (50,0% мужчин и 65,5% женщин,  $p < 0,01$ ) заявили, что им пришлось нести личные расходы на медицинское обслуживание.

Удельный вес пациентов, проживающих в трех различных районах и расходовавших свои средства на оплату медицинских услуг, примерно одинаковый (74,6% в пригородном; 73,6% в среднеудаленном; 74,9% в отдаленном).

Из числа тех, кто использовал свои средства на медицинское обслуживание, большинство респондентов (77,9%) заплатило в кассу ЛПУ. Только 6,3% респондентов стали участниками системы добровольного медицинского страхования. Наконец, каждый девятый участник опроса (11,6%) вынужден был приобретать за свой счет лекарственные средства и предметы медицинского назначения. Различия в ответах мужчин и женщин незначительны.

В среднем за год на оплату медицинской помощи каждый опрошенный (из числа респондентов, расходовавших свои средства) тратил 4,1% своего годового дохода. Почти половина респондентов (44,7%) израсходовала на эти цели до 1,15 от минимального размера оплаты труда (МРОТ), еще 33,3% – от 1,15 до 2,3 МРОТ в год. Расходы женщин на медицинские услуги были несколько выше, чем у мужчин: 1,58 МРОТ и 1,54 МРОТ ( $p > 0,05$ ) соответственно.

Чем дальше сельский район удален от областного центра, тем меньше (в абсолютных цифрах) население тратит на оплату медицинской помощи в год (1,65 МРОТ→1,55 МРОТ→1,42 МРОТ). Получена прямая зависимость между величиной расходов жителей на медицинское обслуживание и суммой их доходов ( $r=+0,82$ ). Вместе с тем по мере удаления от областного центра относительные затраты населения на оплату медицинской помощи (то есть отношение этих затрат к величине заработка) растут (4,0%→4,1%→4,6%). Фактически, чем дальше сельское население проживает от г. Самары, тем, меньше зарабатывая, оно относительно больше расходует личных средств на медицинскую помощь.

Обращаемость населения за медицинской помощью тесно связана с оценкой пациентами качества предоставляемых ему медицинских услуг. Важным критерием качества медицинской помощи (КМП) и одним из факторов управления качеством считается удовлетворенность населения предоставляемыми ему медицинскими услугами.

Полностью удовлетворены медицинской помощью в сельских ЛПУ 16,9% от общего числа респондентов трех районов; скорее удовлетворены, чем не удовлетворены – 24,5% опрошенных. Почти столько же – 22,7% – скорее не удовлетворены медобслуживанием, чем удовлетворены и 16,2% – не удовлетворены. Пятая часть респондентов (19,7%) затруднилась дать четкий ответ. Ответы опрошенных были переведены в баллы по обычной пятибалльной шкале (ответу «да, полностью» было присвоено пять баллов, ответу «скорее да, чем

нет» – четыре балла, ответу «скорее нет, чем да» – три балла, ответу «нет» – два балла). Средняя оценка медицинского обслуживания составила 3,53 балла.

В ближайшем к областному центру районе – Волжском – доля жителей, полностью удовлетворенных медицинским обслуживанием в сельских ЛПУ, составила 20,0%, что выше, чем в среднеудаленном Сергиевском (17,3%) и отдаленном Клявлинском (10,1%). Обратное соотношение удельного веса респондентов, негативно оценивающих медицинское обслуживание: в пригородном районе этот показатель составил 11,7%, в среднеудаленном – 16,2%, в отдаленном – 25,6%. По мере удаления от областного центра удовлетворенность работающего населения качеством предоставляемых ему медицинских услуг снижается. Об этом свидетельствует и средняя оценка медобслуживания, составляющая в пригородном Волжском районе 3,68 балла, в среднеудаленном Сергиевском районе – 3,57, в наиболее отдаленном Клявлинском районе – 3,14 балла. Отметим еще, что мужчины в целом выше оценивают медицинское обслуживание в сельских ЛПУ, чем женщины, причем это относится ко всем районам. Средняя оценка мужчин составляет 3,59 балла, а женщин – 3,46. Респонденты старше 60 лет также в большей степени удовлетворены медицинской помощью в отличие от более молодых жителей.

По мнению опрошенных, не полностью удовлетворенных уровнем медицинского обслуживания в сельских ЛПУ, основными недостатками их работы являются: слабая лечебно-диагностическая база учреждений (39,5%

ответов), отсутствие необходимых специалистов (34,0%), недостаточное материально-техническое состояние (27,8%), ограничение направлений на лечебно-диагностические услуги за пределы района (24,9%). Немаловажным фактором является также необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи (23,1%), невнимательное отношение медицинских работников (18,4%) и недостаточная квалификация персонала (13,0%). В пригородном районе ведущими причинами неудовлетворенности КМП респондентами стали слабая лечебно-диагностическая база (46,6%), отсутствие необходимых специалистов (29,9%) и ограничение направлений на лечебно-диагностическое обслуживание в другие учреждения, прежде всего, в городские и областные (28,6%). Такая оценка весьма справедлива и достаточно объективна, учитывая пригородный характер района, отсутствие центральной районной больницы (ЦРБ) в центре района, высокую географическую доступность городской медицинской помощи для жителей. Главные недостатки службы здравоохранения Сергиевского района, как считают участники анкетирования, – не лучшее материально-техническое состояние (39,8%), слабая лечебно-диагностическая база (38,6%) и необходимость дополнительной оплаты медицинской помощи (38,2%). Вместе с тем необходимо заметить, что материально-техническое состояние Сергиевской ЦРБ – одно из лучших среди сельских медицинских учреждений, и респонденты в определенной степени субъективно оценивают данную позицию. В Клявлинском, самом удаленном районе, материально-технические ресурсы

ЛПУ, наоборот, по мнению опрошенных, удовлетворительные. Главные проблемы здесь – отсутствие необходимых специалистов (40,7%), недостаточно внимательное отношение медицинских работников к пациентам (38,2%) и слабая лечебно-диагностическая база – 29,3%.

По данным анкетирования, в течение последнего года 31,4% респондентов сельских районов получили медицинскую помощь вне пункта своего проживания. Чем ближе район к областному центру, тем выше этот показатель: в Клявлинском районе – 26,3%, в Сергиевском – 28,4%, в Волжском – 35,6%. Из числа опрошенных, лечившихся за пределами своего места жительства, треть (34,4%) получили помощь в ЛПУ своего же района; 35,7% – в областных ЛПУ; 22,6% – в учреждениях г. Самары; 9,0% – в частных ЛПУ; 5,1% – в другом месте. В пригородном Волжском районе доля лиц, пролеченных за пределами своего района в течение года, составила 26,3% от числа опрошенных жителей района. В Сергиевском районе эта цифра составила только 12,9%, а в Клявлинском – 17,4%. Последний показатель в отдаленном районе несколько выше, чем в Сергиевском за счет значительного числа респондентов, лечившихся в соседних сельских районах.

Какую оценку дают работающие сельские жители медицинским учреждениям, находящимся вне сельских районов? В основном это областные и городские ЛПУ. Четверть опрошенных (25,9%) скорее удовлетворены качеством медицинской помощи, чем не удовлетворены; 16,9% – полностью удовлетворены; 10,5% – скорее нет, чем да; 7,7% – не

удовлетворены и, наконец, 39,0% респондентов затруднились дать ответ. Средняя оценка медицинского обслуживания составила 3,85 балла, что выше оценки, данной лечебно-профилактическим учреждениям своего района (3,53). Примечательно, что жители всех трех районов оценивают деятельность «внешних» ЛПУ практически одинаково: респонденты Волжского района – 3,87; Сергиевского – 3,85; Клявлинского – 3,80.

Основными недостатками медицинского обслуживания лечебных учреждений, расположенных за пределами районов, участники анкетирования считают дополнительные личные материальные затраты при оказании в данных ЛПУ медицинской помощи (43,5%), невнимательное отношение персонала (25,4%), недостаточное обеспечение медикаментами, аппаратурой, материалами и т.п. (21,5%), значительную очередность при оказании помощи (9,6%). Существенных различий в ответах опрошенных жителей разных районов не выявлено.

Респондентам было предложено оценить медицинское обслуживание, оказанное по платным медицинским услугам без учета места их оказания. Почти пятая часть опрошенных (19,1%) была полностью удовлетворена такими услугами, примерно столько же (20,2%) скорее удовлетво-

рена, чем не удовлетворена. Каждый девятый участник анкетирования (11,1%) был скорее не удовлетворен, чем удовлетворен, а еще 8,7% – полностью не удовлетворены платным медицинским обслуживанием. Оставшиеся 40,9% респондентов затруднились с ответом. Средняя оценка платных медицинских услуг составила 3,84 балла, что выше оценки деятельности сельских ЛПУ и примерно столько же, что и ЛПУ, находящихся вне сельских районов. Оценка жителями Волжского и Сергиевского районов платного медицинского обслуживания несколько выше (соответственно 3,90 и 3,95), чем жителей Клявлинского района (3,60).

Выводы. Таким образом, территориальный аспект удаленности сельского района от крупного города оказывает влияние на обращаемость жителей за медицинской помощью, определяет их оценку качества медицинской помощи, во многом зависящую от организации медицинского обслуживания. По результатам анкетирования, наибольшую удовлетворенность респондентов вызывает медицинская помощь, оказываемая, во-первых, в ЛПУ более высокого уровня – городских и областных, находящихся за пределами сельских районах, и, во-вторых, в ЛПУ, где были оказаны платные медицинские услуги.