

© КАЛАШНИКОВ К.Н., 2023

Калашников К.Н.

Доступность медицинской помощи в государственном и частном секторах здравоохранения (по результатам социологического опроса населения Вологодской области)

ФГБУН «Вологодский научный центр Российской академии наук», 160004, Вологда, Россия

Введение. В здравоохранении Вологодской области имеются сложные организационно-экономические (острый дефицит врачей) и пространственные (большая территория, сложная система расселения) ограничения доступности медицинской помощи. Частный сектор здравоохранения составляет альтернативу государственному, но расширяет бремя расходов населения. Это актуализирует исследования, направленные на оценку доступности медицинской помощи в обоих секторах отрасли.

Цель исследования — оценка доступности медицинской помощи для населения Вологодской области в государственном и частном секторах.

Материал и методы. Инструментарий — анкетный опрос населения (выборка — 1500 человек), проведённый на территории региона в 2018 и 2020 гг. Анализ производится посредством распределения оценок респондентов, выраженных в удельных весах от общей суммы ответов, в сравнительном контексте демографических и территориальных групп, а также государственного и частного секторов отрасли. Предложен и апробирован интегральный индекс доступности медицинской помощи.

Результаты. Респонденты оценивают доступность медицинской помощи/услуг в частных медицинских организациях выше, чем в государственных: индекс доступности (ИД) в 2020 г. составлял 179,6 и 163,4 соответственно. За исследуемый период произошёл рост индекса, но разрыв между секторами сохранился. Наименьшие субъективные оценки доступности получила медицинская помощь в сельских территориях (ИД для государственного сектора — 167,8, для частного — 179,5) и в г. Череповце (148,1 и 151,4 соответственно). Наибольший уровень доступности выявлен в малых городах (177,6 и 194,8 соответственно).

Ограничения. При изучении доступности медицинской помощи в регионе была проведена оценка 1500 анкет, что для решения поставленных задач представляет достаточную референтную выборку.

Заключение. Исследование позволило получить ценные результаты, которые, наряду с разработанным инструментарием (в частности ИД медицинской помощи), рекомендованы органам власти для осуществления мониторинга ситуации в здравоохранении региона.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи; здравоохранение; государственный сектор; частный сектор; социологический опрос; респондент; Вологодская область

Соблюдение этических стандартов. Социологический опрос, положенный в основу исследования, носил добровольный характер. Получено положительное заключение Экспертной комиссии ФГБУН «Вологодский научный центр» РАН (от 12.08.2022), которая создана для проведения экспертизы материалов для открытого опубликования.

Для цитирования: Калашников К.Н. Доступность медицинской помощи в государственном и частном секторах здравоохранения (по результатам социологического опроса населения Вологодской области). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023; 67(3): 203–210. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-3-203-210> <https://elibrary.ru/cxtgjt>

Для корреспонденции: Калашников Константин Николаевич, канд. экон. наук, ст. науч. сотр. ФГБУН ВолНЦ РАН, 160004, Вологда. E-mail: konstantino-84@mail.ru

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (научный проект № 20-010-00852 А).

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 15.08.2022

Принята в печать 15.12.2022

Опубликована 06.07.2023

© KALASHNIKOV K.N., 2023

Konstantin N. Kalashnikov

Accessibility of medical care in the public and private sectors of healthcare (based on the results of a sociological survey of the population of the Vologda region)

Vologda Research Center of the Russian Academy of Science, Vologda, 160014, Russian Federation

Introduction. In the Vologda region healthcare there are complex management and economic (acute shortage of doctors) and spatial (large territory, complex settlement system) restrictions on the availability of medical care. The private health sector is an alternative to the public sector, but it expands the burden of public spending. This actualizes research aimed at assessing the availability of medical care in both sectors of the industry.

Purpose of the study. Assessment of the availability of medical care for the population of the Vologda region in the public and private sectors.

Materials and methods. The toolkit is a questionnaire survey of the population (sample consisted of 1,500 people) conducted in the region in 2018 and 2020. The analysis is carried out by means of the distribution of respondents' estimates, expressed in specific weights of the total amount of responses, in the comparative context of demographic and territorial groups, the public and commercial sectors of the industry. The integral index of accessibility of medical care is proposed and tested.

Results. Respondents estimate the availability of medical care/services in private medical institutions higher than in public ones (the accessibility index (AI), in 2020 was 179.6 and 163.4, respectively). During the study period, the index increased, but the gap between sectors remained. The lowest subjective estimates of accessibility were received by medical care in rural areas (AI for the public sector — 167.8, private — 179.5) and in Cherepovets (AI accounted of, respectively, 148.1 and 151.4). The highest level of accessibility was found in small towns (AI was 177.6 and 194.8).

Limitations. When studying the availability of medical care in the region, 1,500 questionnaires were evaluated, which represents a sufficient reference sample to solve the tasks set.

Conclusion. The study allowed obtaining valuable results, which, along with the developed tools (in particular, the index of accessibility of medical care), are recommended to the authorities for monitoring the situation in the healthcare of the region.

Keywords: access to medical care; healthcare; public sector; private sector; sociological survey; respondent; Vologda region

Compliance with ethical standards. The sociological survey underlying the study was voluntary. A positive conclusion was received from the Expert Commission of the Vologda Scientific Center of the Russian Academy of Sciences (dated August 12, 2022), established to conduct an examination of materials for open publication.

For citation: Kalashnikov K.N. Accessibility of medical care in the public and private sectors of healthcare (based on the results of a sociological survey of the population of the Vologda region). *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2023; 67(3): 203–210. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-3-203-210> <https://elibrary.ru/extgjt> (in Russian)

For correspondence: Konstantin N. Kalashnikov, Senior Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences, Vologda, 160014, Russian Federation. E-mail: konstantino-84@mail.ru

Information about the authors:

Kalashnikov K.N., <https://orcid.org/0000-0001-9558-3584>

Acknowledgment. The reported study was funded by the RFBR (project number 20-010-00852 A).

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: August 15, 2022

Accepted: December 15, 2022

Published: July 06, 2023

Введение

Вологодская область — промышленно развитый регион в европейской части России. На его территории располагаются 2 крупных города (г. Вологда — областная столица, административный и культурный центр и г. Череповец — промышленный центр) и 26 муниципальных районов. Численность населения области — 1,151 тыс. человек, доля городского населения составляет 73%, сельского — 27%. Система здравоохранения области включает сеть государственных учреждений, охватывающую 79 подведомственных департаменту здравоохранения лечебно-профилактических учреждений и ряд частных организаций. Проблемы доступности медицинской помощи

(МП) в регионе стоят остро. Имеется дефицит врачей, усугубляемый отсутствием собственного регионального медицинского вуза. В ограничении доступности играет роль и пространственный фактор. Структура расселения в области характеризуется мелкоселенностью при низкой плотности, что осложняет процессы транспортной коммуникации. Распространение получает частный сектор, который, с одной стороны, представляя альтернативу, позволяет нивелировать ряд ограничений доступности МП, присутствующих в государственном секторе, но, с другой стороны, сам является фактором ограничения доступности в силу высокой стоимости услуг [1]. Это актуализирует сравнительную оценку доступности МП в государственном и частном секторах.

Цель — оценить доступность МП для населения Вологодской области в государственном и частном секторах.

Доступность в здравоохранении — это возможность получения МП с минимальными усилиями [2]. Широкое признание в науке и практике получила модель анализа доступности медицинской услуги с учётом двух сторон этой рыночной транзакции — поставщика (сторона предложения) и потребителя, клиента (сторона спроса), каждая из которых определяется характерным набором факторов [3–5].

Д.Н. Peters и соавт. описали структуру доступности МП, состоящую из 4 измерений:

1) географическая доступность — физическое расстояние или время в пути от пункта предоставления услуги до пользователя;

2) готовность — наличие надлежащего вида МП, доступной для тех, кто в ней нуждается, например, часы приёма и время ожидания, соответствующие требованиям потребителей, а также наличие соответствующих поставщиков услуг и материалов;

3) финансовая доступность — взаимосвязь между ценой услуг (частично зависящая от их стоимости) и желанием и возможностями пользователей оплачивать эти услуги, а также быть защищённым от экономических последствий расходов на здравоохранение;

4) комплементарность — отзывчивость поставщиков медицинских услуг к социальным и культурным ожиданиям отдельных пользователей и сообществ [6].

Каждый из приведённых аспектов доступности содержит элементы спроса и предложения, которые обозначаются в качестве ключевых в оценке доступности МП. Географическая доступность предполагает пространственное размещение как поставщика, так и потребителя услуг, финансовая доступность — с одной стороны, стоимость услуг и, с другой стороны, возможность и желание пациента платить за эти услуги. В самом упрощённом, но вместе с тем отвечающем современным реалиям варианте оценки, описания и интерпретации доступности МП выделяются две составляющие — пространственная и организационная [7]. Первая предполагает возможность и скорость преодоления расстояния между пунктом проживания агента и «точкой интереса» (термин, бытующий в сфере геоинформационных систем; в здравоохранении точкой интереса выступает медицинское учреждение), этот аспект доступности нередко находится вне зоны контроля ведомственных структур здравоохранения; вторая — скорость и качество коммуникации между пациентом и медицинскими службами (эти вопросы уже находятся в зоне ведомственного контроля здравоохранения, т.е. на стороне «поставщика»). Именно здесь играет роль обеспеченность населения материальными и кадровыми ресурсами. Оценка доступности с опорой на простые показатели ресурсного обеспечения нередко подвергается критике за свою поверхностность, при этом речь идёт не об отказе от неё, а о совершенствовании используемого в её рамках инструментария. Например, ограниченность показателя обеспеченности населения врачами становится поводом для использования понятия «зоны обслуживания» в качестве альтернативы административно-территориальной единицы, поскольку жители регионов могут получать медицинские услуги за пределами места своего проживания [8].

Существуют различные способы количественной оценки доступности МП и медицинских услуг для населения. Одни основаны на чётких формализованных

критериях: смертность населения, пространственная доступность [9], длительность ожидания приёма врача или процедуры и пр. [10–12]. Другие базируются на мнениях граждан, оценках потребителями услуг доступности объектов инфраструктуры здравоохранения [13–17]. Преимущества последних состоят в том, что они опираются на достижение социального результата и, следовательно, принимают за основу видение ситуации глазами граждан. Несмотря на типичные для этого подхода недостатки, среди которых — условность оценок и сложность интерпретации полученных данных, они остаются незаменимыми спутниками как научных исследований в сфере социальных наук, так и получения обратной связи от населения для корректировки проводимой органами власти социальной политики.

Цель исследования — оценка доступности МП для населения Вологодской области в государственном и частном секторах на основе данных авторского социологического опроса.

Материал и методы

Информационную базу статьи составляют итоги социологических опросов, проведённых методом анкетирования, репрезентирующих мнения и оценки взрослого населения (старше 18 лет). Полевые исследования проведены на территории Вологодской области в 2016, 2018 и 2020 гг. (опрос охватил крупные города Вологду и Череповец и 8 муниципальных районов). Объём выборки — 1500 человек, из них в 2020 г. 397 человек (26% выборки) составляли жители г. Вологды, 405 — г. Череповца, 698 — муниципальных районов. Количество мужчин и женщин в выборке — соответственно, 670 (45%) и 830 (55%) человек. Возрастная структура выборки: респонденты до 30 лет — 230 (15%) человек, от 30 до 60 (55) лет — 755 (50%) старше 60 (55) лет — 515 (34%). Выборка пропорциональная квотная, её ошибка не превышает 4%. В 2016 и 2018 гг. опрос проводился в течение апреля и мая, в 2020 г. вследствие пандемии и принятых мер безопасности опрос проводился в течение июня–августа. Это позволило зафиксировать количественные оценки доступности МП в территориальном разрезе и оценить изменение ситуации за ряд лет.

Анкета содержит вопросы как по отдельным аспектам доступности МП, так и по общей её оценке. Вопрос об оценке уровня доступности (задавался в 2018 и 2020 гг.) звучит так: «Оцените, пожалуйста, уровень доступности для Вас помощи, предоставляемой государственными и частными медицинскими учреждениями» (варианты ответа: «высокий», «довольно высокий», «удовлетворительный», «скорее низкий», «низкий», «медицинские услуги совершенно недоступны»). На основе ответов на этот вопрос рассчитывается индекс доступности МП: из суммы положительных ответов вычитается сумма отрицательных; к полученной разности прибавляется 100 для исключения возможных отрицательных значений показателя (1)*:

$$\text{ИД} = (S_p - S_n) + 100, \quad (1)$$

где ИД — индекс доступности МП; S_p — доля положительных ответов среди всех собранных ответов респондентов на вопрос анкеты; S_n — доля негативных ответов.

* Этот способ расчёта универсален для всех социологических опросов, построенных на основе оценочных шкал, предполагающих негативные и позитивные оценки. Суть его — в унификации результатов для простоты сопоставлений оценок по различным возрастным, территориальным и прочим категориям респондентов.

Например, 26,9% респондентов оценили уровень доступности как «высокий», 48,1% — как «удовлетворительный» (сумма их значений — 75,0% будет составлять S_p); 24,5% оценили как «низкий», 0,4% выбрали ответ «медицинские услуги совершенно недоступны» (соответственно, сумма негативных ответов — S_n — будет равна 24,9%). Отсюда индекс доступности составит: $I_a = 75,0 - 24,9 + 100 = 150,1$.

Оценки доступности измеряются параллельно для государственных и частных секторов здравоохранения. Вопрос, позволяющий выявить конкретные препятствия к получению необходимой МП, был сформулирован следующим образом: «Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медицинских учреждений?» (вопрос задавался в 2016 и 2020 гг.). Для выбора предложен список негативных явлений, сопутствующих медицинскому обслуживанию в российских лечебно-профилактических учреждениях. Респонденты могли оценить частоту встречаемости названных явлений в рамках шкалы «часто–редко».

Для выявления распространённости практик использования электронной записи на приём к врачу респондентам задавали вопрос: «Записываетесь ли Вы на приём к врачу через сеть Интернет, в том числе через портал «Госуслуги»?» (предлагалось 2 варианта ответа: «да» или «нет»; вопрос задавался в 2020 г.). Причины неиспользования электронных ресурсов для записи устанавливали, задавая уточняющий вопрос: «Почему Вы не практикуете электронную запись на приём к врачу?».

Транспортную доступность медицинских организаций оценивали на основе ряда вопросов (задавались в 2020 г.). Первый касался способа транспортировки: «Как Вы обычно добираетесь до врача/фельдшера поликлиники?». Второй вопрос позволял выяснить время, которое респондент тратит на то, чтобы добраться до ближайшего пункта первичного контакта: «Сколько времени обычно уходит на дорогу до врача/фельдшера поликлиники?». Наконец, третий вопрос — о качестве работы транспорта: «Как работает общественный транспорт в Вашем населённом пункте?». Полученные данные оценивали как в разрезе основных социально-демографических характеристик (пол, возраст, место жительства, тип населенного пункта), так и путём сопоставления результатов, полученных для государственного и частного секторов здравоохранения.

Статистическую обработку данных осуществляли в компьютерных программах SPSS и Excel.

Результаты

Наибольший уровень пешей доступности медицинских учреждений складывается в городах: 41,1% жителей городов отметили, что добираются до поликлиники без использования транспортных средств, тогда как среди жителей сёл и деревень эта доля составила 24,3%. Жителям сельских территорий приходится тратить больше времени, чем горожанам, чтобы добраться до ближайшего пункта оказания МП.

Для 43,0% жителей села дорога до ближайшего пункта оказания МП занимает лишь около получаса, среди респондентов-горожан таких было 66,4%; 28,5% респондентов, живущих в сельской местности, тратят примерно час, чтобы попасть на приём к врачу поликлиники или фельдшеру, среди городских жителей этот показатель заметно меньше — 15,9%; 17,8% сельян утверждают, что добираются до целевого пункта в течение ещё более долгого времени — от 1 до 2 ч, среди городских жителей доля

аналогичных ответов не выходит за рамки статистической погрешности. Проблема транспортной доступности МП усугубляется неудовлетворительным состоянием системы общественного транспорта в сельских населённых пунктах: 15,4% сельян признаются, что в их населённом пункте он вовсе отсутствует (в городской местности доля аналогичных ответов составляет 7,4%). В тех случаях, когда он есть, качество его работы оценивается сельскими жителями лишь незначительно хуже, чем таковое в городах (негативные оценки работе общественного транспорта дают 30,0% горожан и 37,7% сельян; удельный вес положительных оценок для города и села — 45,8 и 40% соответственно). В итоге общественным транспортом для проезда к месту оказания МП пользуются 14% сельских жителей и 16,4% городских. В этих условиях в сельских территориях растёт востребованность личного автотранспорта и служб такси как альтернативных (или единственно доступных) средств транспортировки к медицинским учреждениям: 38,8% сельских жителей добираются до врача или фельдшера на собственной машине (как и 33,1% горожан), 22,9% — на такси (лишь 9,5% городских жителей используют такси в таком качестве).

Интернет-ресурсы как средства быстрой коммуникации между пациентами и медицинскими службами пока не пользуются популярностью среди жителей региона: в 2020 г. лишь 32,0% респондентов признались, что прибегают для этой цели к возможностям сети Интернет, в том числе справочно-информационному интернет-порталу «Госуслуги». Признаём, что ситуация отличается в зависимости от возраста респондентов: если среди опрошенных младше 30 лет доля тех, кто использует интернет для записи к врачу, — 47%, то среди респондентов пенсионного возраста она составляет 17,3%. Любопытно, что лишь 10,5% из тех, кто не записывается на приём к врачу через интернет, объясняют это отсутствием технических возможностей (отсутствие компьютера, телефона, интернета) или сложностью электронной системы записи (13,1%). Для большинства традиционная запись к врачу посредством телефонного звонка или живого присутствия у окна регистратуры воспринимается как более удобная и привычная (53,9% опрошенных) или более надёжная (26,8%).

В течение 12 мес, предшествовавших опросу, за квалифицированной МП обращались 64,0% респондентов, из них 51,3% посещали только государственные учреждения, 6,5% — только частные медицинские организации, 6,2% посещали и те, и другие. В 2018 г. ситуация была во многом сходной: 67,1% обращались в медицинские организации, причём 45,9% в качестве места получения МП выбирали государственные организации, 7,1% — исключительно частные. Вместе с тем результаты опроса, проведённого в 2020 г., показывают рост доли респондентов, совмещавших посещения организаций государственного и частного секторов здравоохранения, до 14,1%.

Результаты опросов о доступности МП формируют картину распределения оценок её доступности близко к варианту нормального распределения (табл. 1). Большая часть (63%) респондентов оценивают доступность МП в государственных учреждениях удовлетворительно, по 18% — как высокую и низкую.

Оценки респондентами доступности медицинских услуг выше для частных, чем для государственных медицинских учреждений. В 2020 г. уровень доступности услуг частных клиник и центров оценили как «низкий» 8,6% опрошенных, тогда как для государственных уч-

Таблица 1. Оценка респондентами доступности медицинской помощи, предоставляемой государственными и частными медицинскими учреждениями (в % от числа респондентов, обратившихся в течение последнего года в медицинские организации соответствующих форм собственности)

Table 1. Respondents' assessment of the availability of medical care provided by public and private medical institutions (in % of the number of respondents who applied to medical institutions of the corresponding forms of ownership during the last year)

Уровень доступности Availability level	Государственные поликлиники и больницы Public medical institutions		Частные медицинские организации Private medical institutions	
	год year			
	2018	2020	2018	2020
Высокий High	26,9	18,3	52,1	52,4
Удовлетворительный Satisfactory	48,1	63,4	31,2	37,4
Низкий Low	24,5	18,3	15,1	8,6
Медицинские услуги совершенно недоступны Medical services are completely unavailable	0,4	0,0	1,6	1,6

реждений доля низких оценок достигла 18,3%. Структура положительных оценок для государственных и частных организаций здравоохранения также различается. Для первых она складывается со значительным преобладанием удовлетворительных оценок над высокими (63,4 и 18,3% соответственно), для вторых пропорция носит обратный порядок, высокие оценки доминируют над удовлетворительными (52,4 против 37,4%). В ряду главных преимуществ частного сектора — те, которые наиболее остро стоят в государственных учреждениях: отсутствие очередей (51% от опрошенных, расходовавших личные средства на получение МП), удобство записи на приём и получение справочной информации (39%), возможность выбрать лечащего врача (22%). Вместе с тем 12% респондентов, получавших медицинские услуги на платной основе, не обнаружили в этом преимуществ.

Уровень доступности МП в малых городах оценивается выше, чем в сельской местности (ИД МП государственных учреждений составлял 177,6 в городах, 167,8 — в сёлах и деревнях). Вместе с тем крупные города — Вологда и Череповец — по уровню доступности МП несколько уступают муниципальным районам (значение индекса — 171,3), которые включают в себя и малые города, и села (табл. 2).

Бóльшие, чем на селе, значения показателей субъективной оценки доступности МП в городской местности выглядят ожидаемо, поскольку проблема низкой доступности медицинской и вообще социальной инфраструктуры сельских территорий считается неоспоримой. Анализ распределения ответов респондентов в детальных ответах

позволяет несколько прояснить ситуацию. Если вклад высоких оценок в общую структуру ответов городских и сельских жителей практически совпадает (16,6 и 17,2% соответственно), то низкие оценки доступности МП чаще дают респонденты, проживающие в сельской местности, чем горожане (суммы ответов «низкий» и «скорее низкий» для города и села составляют 11,2 и 16,1% соответственно). Доля удовлетворительных оценок доступности МП в ответах городских жителей выше, чем сельских (72,2 и 66,7% соответственно). Эти нюансы позволяют более детально охарактеризовать оценки респондентов, но принципиально не влияют на описание ситуации с использованием расчётного индекса доступности. Во всех территориальных единицах отмечается рост ИД МП и по государственному, и по частному секторам. Единственное исключение составляет Череповец, где ИД услуг в частном секторе в 2020 г. имел меньшее, чем в 2018 г., значение, что обеспечило как сокращение в общей сумме ответов удельного веса высоких (с 48,3% в 2018 г. до 42,4% в 2020 г.), так и увеличение в ней доли низких оценок (с 16,5 до 24,3%).

Отмечается отсутствие существенных различий в оценках доступности МП между разными возрастными группами, а также высокое значение ИД МП для респондентов пенсионного возраста (табл. 3).

Анализ ответов респондентов в детализированном виде позволяет выявить суть этого парадокса. Старшая возрастная группа характеризуется тем, что её представители реже членов молодых категорий дают высокие оценки доступности (сумма высоких оценок в 2020 г.

Таблица 2. Индекс доступности медицинской помощи в территориальном разрезе

Table 2. Index of accessibility of medical care in the territorial context

Объект исследования Study subject	Государственные поликлиники и больницы Public medical institutions		Частные медицинские организации Private medical institutions	
	год year			
	2018	2020	2018	2020
Вологда Vologda	154,4	164,8	153,1	184,5
Череповец Cherepovets	126,1	148,1	167,1	151,4
Муниципальные районы Municipal districts	164,9	171,3	179,4	187,1
Малые города Small towns	175,5	177,6	193,2	194,8
Сельская местность Rural area	158,0	167,8	166,1	179,5
Область в целом The region as a whole	150,1	163,4	166,6	179,6

Таблица 3. Индекс доступности медицинской помощи для различных демографических групп**Table 3.** Index of accessibility of medical care for various demographic groups

Демографические группы Demographic groups	Государственные поликлиники и больницы Public medical institutions		Частные медицинские организации Private medical institutions	
	год year			
	2018	2020	2018	2020
Мужчины Men	148,9	153,2	160,0	174,9
Женщины Women	150,6	169,2	169,6	182,1
Младше 30 лет Under 30 years of age	152,4	164,4	178,9	192,3
От 30 до 60 (55) лет 30 to 60 (55) years	146,0	160,8	163,2	177,8
Старше 60 (55) лет Older than 60 (55) years	153,6	165,8	164,8	177,4

составила для респондентов старше 60 (55) лет 14,8%, тогда как для молодых, не достигших возраста 30 лет, — 27,8%, для возрастной группы «30–60 (55) лет» — 19,4%), но этот перевес в значительной степени нивелируется превышением доли удовлетворительных оценок в общей структуре ответов (удельный вес удовлетворительных оценок доступности составил следующие величины: респонденты старше 60 (55) лет — 68,1%, младше 30 лет — 54,5%, средневозрастная группа — 61,0%). Поскольку порядок расчёта ИД предполагает противопоставление сумм положительных и отрицательных ответов, градиенты ответов в каждой из этих групп («высокий — довольно высокий — удовлетворительный» и «медицинские услуги совершенно недоступны — низкий — скорее низкий») не отражаются в значениях ИД. Респонденты старшей возрастной группы в большей степени, чем молодые, дают высокие оценки доступности медицинских услуг в частных медицинских организациях (61,3%), для сравнения: среди респондентов среднего возраста эта доля составляет 49,5%, среди молодой возрастной группы — 42,3%.

Ответы пожилых респондентов о доступности медицинских услуг в частных медицинских организациях складываются с преобладанием высших положительных оценок (удельный вес высоких оценок в пуле ответов старшей группы составил 61,3%, среди респондентов среднего возраста он не превышал половину — 49,5%, среди молодой возрастной группы — 42,3%), тогда как представители молодой и средней возрастных групп более склонны оценивать уровень их доступности удовлетворительно (старшая группа — 27,4%, средняя — 39,4%; младшая — 53,8%). Распределение негативных оценок доступности платных медицинских услуг для различных возрастных групп таково: молодые — 3,8%; средневозрастные — 11,1%; пожилые — 11,3%.

Большинство респондентов выражают в той или иной степени удовлетворённость сложившимся уровнем доступности МП в месте проживания. Различия между отдельными группами респондентов по ряду демографических, пространственных критериев существуют, но не являются принципиальными. Однако картина меняется, если обратиться к данным того же социологического опроса, но относящимся уже не к обобщённым и абстрактным оценкам доступности как таковой, а к конкретным, предметным ограничениям доступности. Речь идёт о вопросе «Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медицинских учреждений?», сопровождавшимся готовыми вариантами ответов.

Наиболее распространённым негативным явлением в деятельности медицинских учреждений респонденты признают необходимость «стоять в очередях» (в 2020 г. — 87,5% опрошенных) и «сложность попасть на приём к врачу в удобное для них время» (84,8%); 71,3% отметили, что в течение года столкнулись с проблемой отсутствия специалистов, а 27,7% сталкивались с ней часто. Напротив, самым «редким» (его называют немногим более половины респондентов) из предложенных явлений была необходимость оплачивать услуги, которые, по мнению опрошенных, должны предоставляться бесплатно. В 2020 г. ситуация по всем без исключения пунктам оценивалась респондентами значительно лучше, чем предыдущие годы. Несущественное улучшение ситуации наблюдалось по присутствию в учреждениях неуважительного отношения и хамства во взаимоотношениях с медицинским персоналом: доля опрошенных, столкнувшихся с этими явлениями, составила в 2020 г. 66%, в 2016 г. — 64%. Наиболее видимый прогресс отмечен в части доступности информации о работе специалистов (снижение доли ответов с 83 до 63%).

Обсуждение

В целом социологические исследования сохраняют свою актуальность в оценке доступности МП, поскольку отражают не формальные критерии, какими являются соблюдение регламентов и стандартов, а широкий социальный результат — удовлетворённость населения.

Проведённое исследование позволило обнаружить парадоксальность видения и оценки доступности МП жителями региона. Респонденты фиксируют ряд актуальных проблем, ограничивающих доступность МП (очереди, дефицит врачей и пр.), но в целом дают ей высокие оценки. Так, в 2020 г. 88% респондентов признавались, что в течение последнего года сталкивались с очередями при обращении за МП, 71% — с дефицитом врачей, 60% — с необходимостью оплачивать услуг. В то же время абсолютное большинство (81%) респондентов положительно (по сумме высоких и удовлетворительных оценок) оценивают доступность МП в государственных учреждениях, а 86% — в частных. Обозначим некоторые пункты, которые позволяют объяснить этот феномен. Практически невозможно сопоставить оценки респондентов с исходным уровнем притязаний, но влияние этого фактора на итоговые данные нельзя исключать. Например, более высокие оценки могут означать не только удовлетворённость респондентов параметрами доступности, но и заниженный уровень ожиданий и требований к условиям оказания

МП. Так, респонденты могут признавать наличие ряда проблем и организационных препятствий в получении МП, но они воспринимают их как нечто должное, то, что уже стало привычной составляющей и атрибутом самой государственной системы здравоохранения. Неслучайно основная часть положительных оценок представлена ответом «удовлетворительно», который означает соблюдение минимального стандарта доступности. ИД, который рассчитывался в качестве универсального критерия, обладает удобством, быстротой расчёта и, следовательно, функциональностью (благодаря этим качествам он применим в сравнительном анализе территориальных и социально-демографических единиц), но скрывает некоторые нюансы в оценках, поскольку положительные ответы включают в себя как высокие, так и удовлетворительные оценки, а именно в этих ответах и проявляется разница, поскольку респонденты избегают крайних вариантов ответов. Но главная причина противоречивости результатов по двум приведённым анкетным вопросам имеет психологический характер: оперирование предметными смысловыми единицами, которые имеют яркую репрезентацию в сознании человека, происходит легче, чем отвлечённая оценка такой интегративной категории, как доступность. Это свидетельствует о том, что анализ доступности социальных услуг, в том числе в построении государственных систем мониторинга эффективности проводимой государственной политики, должен опираться не только на общие суждения граждан, но и на фиксацию ими конкретных проблем, при этом сам термин «доступность» может и не присутствовать в тексте вопросов анкеты. Комментарии требуют и результаты оценки доступности в сравнительном разрезе «государственный сектор — частный сектор». Поскольку в расчёт принимались ответы тех респондентов, которые обращались за МП в организации соответствующего типа, удалось добиться и ряда преимуществ в оценке (доступность оценивали те, кто имеет фактический опыт получения услуг в том или ином секторе), но вместе с тем оказалось сложно избежать ряда ограничений интерпретации. Так, анализируя структуру ответов респондентов об уровне доступности частных медицинских организаций, мы должны иметь в виду, что их высокие оценки в известной степени обусловлены тем, что являются следствием осознанного выбора данного способа получения услуг.

Ограничение исследований. При изучении доступности МП в регионе была проведена оценка 1500 анкет, что для решения поставленных задач представляет достаточную референтную выборку.

Заключение

В исследовании получены важные методические и эмпирические результаты. Новизна работы сводится к двум основным пунктам. Во-первых, предложен и апробирован новый инструмент оценки доступности МП на основе расчётного индекса. Важным преимуществом, по сравнению с прочими системами оценки доступности, предложенного в статье подхода является дополнение общих количественных оценок предметными, сводящимися к выявлению главных проблемных точек в региональном здравоохранении (распространённость негативных практик). Ориентированность на мнения граждан как главных получателей услуг, функциональность, прозрачность формулы и простота расчёта позволяет использовать его и в дальнейшем для мониторинга ситуации в региональном здравоохранении (субъектами

оценки могут стать как экспертные организации, так и ведомственные органы власти). Во-вторых, оценка доступности осуществлена в профиле двух альтернативных каналов получения МП и услуг — государственного и частного, а также в сравнительном разрезе различных категорий населения (прежде всего по демографическому и территориальному параметрам).

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 2–8, 10, 12 см. References)

1. Калашников К.Н. «Вектор доступности» медицинской помощи: концептуализация и практика измерений. *Научный результат. Социальные и гуманитарные исследования*. 2018; 4(3): 4–20. <https://doi.org/10.18413/2408-932X-2018-4-3-0-1> <https://elibrary.ru/mkfcgt>
9. Шартова Н.В., Грищенко М.Ю., Ревич Б.А. Оценка территориальной доступности медицинских учреждений по открытым данным на примере Архангельской области. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019; 65(6): 1. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-6-1> <https://elibrary.ru/cegyrh>
11. Панова Л.В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте. *Журнал исследований социальной политики*. 2019; 17(2): 177–90. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190> <https://elibrary.ru/xvjnxd>
13. Огнева Е.Ю., Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Таджиев И.Я. Оценка доступности и качества медицинской помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2010; (1-2): 30–9. <https://elibrary.ru/mvoffr>
14. Тумусов Ф.С., Косенков Д.А. *Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации*. М.; 2019.
15. Царик Г.Н., Корбанова Т.Н., Абросова О.Е., Тен С.Б. Оценка доступности и качества медицинской реабилитации в Кемеровской области. *Политравма*. 2017; (3): 55–63. <https://elibrary.ru/zjaiph>
16. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. *Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения*. М.; 2015.
17. Блинова В.В., Богданова Т.М., Вологина А.П., Семёнова В.А., Занкин М.А. Удовлетворённость населения сельской местности качеством медицинской помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021; 65(3): 208–13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-3-208-213> <https://elibrary.ru/yfcsqn>

REFERENCES

1. Kalashnikov K.N. Vector of medical care availability: conceptualization and measurements. *Nauchnyy rezul'tat. Sotsial'nye i humanitarnye issledovaniya*. 2018; 4(3): 4–20. <https://doi.org/10.18413/2408-932X-2018-4-3-0-1> <https://elibrary.ru/mkfcgt> (in Russian)
2. Penchansky R., Thomas J.W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. Care*. 1981; 19(2): 127–40. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
3. Standing H. Understanding the 'demand side' in service delivery Definitions, frameworks and tools from the health sector. DFID Health Systems Resource Centre. 2004.
4. Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plan*. 2004; 19(2): 69–79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>
5. Andersen R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* 1995; 36(1): 1–10.
6. Peters D.H., Garg A., Bloom G., Walker D.G., Brieger W.R., Rahman M.H. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2008; 1136: 161–71. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
7. Jacobs B., Ir P., Bigdeli M., Annear P.L., Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*. 2011; 1–13. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>
8. Makuc D.M., Haglund B., Ingram D.D., Kleinman J.C., Feldman J.J. The Use of Health Service Areas for Measuring Provider Availability. *Public Health Resources*. 1991; 262. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/17269195.pdf>

9. Shartova N.V., Grishchenko M.Yu., Revich B.A. Geographical accessibility of health services based on open data in Arkhangelsk region. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2019; 65(6): 1. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-6-1> <https://elibrary.ru/cegyrh> (in Russian)
10. Nguyen V.C., Giang T.L. Access to basic social services: an evaluation from the Viet Nam household living standard surveys. United Nations Population Fund (UNFPA). 2014. Available at: https://mpa.ub.unimuenchen.de/48652/1/MPRA_paper_48652.pdf
11. Panova L.V. Access to healthcare: Russia in the European context. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*. 2019; 17(2): 177–90. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190> <https://elibrary.ru/xvjnxd> (in Russian)
12. Mattson J. Transportation, Distance, and Health Care Utilization for Older Adults in Rural and Small Urban Areas. Small Urban & Rural Transit Center Upper Great Plains Transportation Institute North Dakota State University, Fargo. 2010. Available at: <https://www.ugpti.org/resources/reports/downloads/dp-236.pdf>
13. Ogneva E.Yu., Khal'fin R.A., Mad'yanova V.V., Tadzhev I.Ya. Assessment of the availability and quality of medical care in municipal health care institutions. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni*. 2010; (1–2): 30–9. <https://elibrary.ru/mvoffr> (in Russian)
14. Tumusov F.S., Kosenkov D.A. *Current Trends in the Healthcare System of the Russian Federation [Sovremennye tendentsii v sisteme zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii]*. Moscow; 2019. (in Russian)
15. Tsarik G.N., Korbanova T.N., Abrosova O.E., Ten S.B. Assessment of accessibility and quality of medical rehabilitation in the Kemerovo region. *Politravma*. 2017; (3): 55–63. <https://elibrary.ru/zjaiph> (in Russian)
16. Kochkina N.N., Krasil'nikova M.D., Shishkin S.V. Accessibility and quality of medical care in the estimates of the population *[Dostupnost' i kachestvo meditsinskoy pomoshchi v otsenkakh naseleniya]*. Moscow; 2015. (in Russian)
17. Blinova V.V., Bogdanova T.M., Vologina A.P., Semenova V.A., Zankin M.A. Satisfaction of the rural population with the quality of medical care. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2021; 65(3): 208–13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-3-208-213> <https://elibrary.ru/yfcsqn> (in Russian)