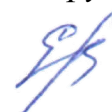


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ В.И. РАЗУМОВСКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Еремина Мария Геннадьевна

**Медико-социологическое исследование сельского здравоохранения
в современных социально-экономических условиях
(по материалам Саратовской области)**

14.02.05 – Социология медицины

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Кром Ирина Львовна

Саратов – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|------------|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 5 |
| ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ..... | 18 |
| 1.1. Медико-демографические характеристики сельского населения и удовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи..... | 18 |
| 1.2. Основные проблемы и векторы оптимизации медицинской помощи сельским жителям в современной России..... | 37 |
| ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... | 50 |
| 2.1. Этапы и программа исследования..... | 50 |
| 2.2. Характеристика баз исследования..... | 68 |
| ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2011–2021 гг. | 71 |
| 3.1. Социально-экономическая и медико-демографическая характеристика сельского населения..... | 71 |
| 3.2. Основные региональные векторы динамики заболеваемости, инвалидности, смертности сельского населения..... | 76 |
| ГЛАВА 4. СЕЛЬСКИЙ ЖИТЕЛЬ КАК ПОТРЕБИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ ТЕРРИТОРИИ..... | 101 |
| 4.1. Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях сельской местности..... | 101 |
| 4.2. Медико-социологическая оценка потребителями медицинских услуг доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении..... | 109 |
| ГЛАВА 5. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ..... | 140 |

| | |
|--|------------|
| 5.1. Формирование рынка медицинских услуг и особенности организации медицинской помощи сельским жителям (за период 2011–2021 гг.) | 140 |
| 5.2. Нормативно-правовое обеспечение оказания медицинской помощи сельскому населению и направления развития сельского здравоохранения..... | 179 |
| 5.3. Состояние ресурсного обеспечения (финансовый, материальный и кадровый потенциал) и возможности информатизации, цифровизации сельского здравоохранения в современных условиях..... | 194 |
| ГЛАВА 6. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СТАТУС И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СЕЛЬСКОГО ВРАЧА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ..... | 215 |
| 6.1. Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения и основные тенденции оптимизации его уровня..... | 215 |
| 6.2. Современные факторы (экономические, профессиональные, психологические и этические), влияющие на статусную позицию и престиж профессии сельского врача..... | 222 |
| 6.3. Социальные детерминанты уровня удовлетворенности врачей сельского здравоохранения своей профессиональной деятельностью и направления его совершенствования..... | 257 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 275 |
| ВЫВОДЫ..... | 291 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ..... | 300 |
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ..... | 302 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 303 |
| Приложение А..... | 388 |
| Приложение Б..... | 390 |
| Приложение В..... | 395 |
| Приложение Г..... | 397 |
| Приложение Д..... | 402 |
| Приложение Е..... | 404 |

| | |
|---------------------------|-----|
| Приложение Ж | 406 |
| Приложение И | 407 |
| Приложение К | 410 |
| Приложение Л | 414 |
| Приложение М | 417 |
| Приложение Н | 422 |
| Приложение П | 436 |
| Приложение Р | 439 |
| Приложение С | 442 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Здоровье населения характеризуется различными показателями «... социальных и профессиональных групп, проживающих на определенных территориях» (Решетников А.В., 2007). Проблемными для большинства регионов Российской Федерации являются сельские территории, составляющие большую часть Российской Федерации, на которых проживает 25,41% от всей численности населения страны [101]. Развитие сельских районов в России «происходит крайне неравномерно, демонстрируя негативные тенденции», диспропорции в качестве жизни городского и сельского населения (Ирхина Л.Н., 2020; Гатауллин Р.Ф., 2020).

В постсоветской России отмечается углубление региональной дифференциации по темпам и уровню социально-экономического развития, экономическому потенциалу регионов и их отдельных территорий, межрегиональным и внутрирегиональным экономическим и социальным диспропорциям (Янё В.С., 2017; Морошкина М.В., 2019; Федоляк В.С., 2019, Коварда В.В., 2020).

Облигатным фактором развития сельских территорий является здоровье сельского населения. В последние десятилетия увеличиваются различия в состоянии здоровья и качества жизни городского и сельского населения. Российские исследования (Комлева Н.Е., 2018; Былина С.Г., 2020; Калининская А.А., 2020; Лебедева Т.В., 2021) фиксируют отставание уровня и качества жизни сельского населения по сравнению с городским, ухудшение здоровья сельского населения, сокращение его численности, глубокий демографический кризис.

Проблемы с организацией медицинской и лекарственной помощи населению, проживающему на сельских территориях, имеются в большинстве стран. В России существуют различия в доступности медицинской помощи городскому и сельскому населению. Сельские территории России испытывают дефицит качественного медицинского сервиса вследствие недостаточного

финансирования системы здравоохранения, тенденций «оптимизации» сельских медицинских организаций. На процесс оказания медицинской помощи сельскому населению влияет специфика социальных и экономических условий сельских территорий и структурные особенности сельского здравоохранения (Суслин С.А., 2017; Баранов Д.Н., 2018; Калининская А.А., Сон И.М., 2019; Коробкова О.К., 2020).

Инертность сельской медицины в России, которая характеризуется как ограниченно доступная и недостаточно эффективная, обусловлена территориальной отдаленностью, невысокими объемами финансирования, дефицитом кадров, низким уровнем жизни сельского населения, традициями жизненного уклада и определенным консерватизмом жизненных установок сельского населения (Попов В.И., 2018; Шабунова А.А., 2019; Лушников О.Л., 2020; Шикина И.Б., 2020; Виленский И.Л., 2021). Обеспечение конкурентоспособности сельских территорий и модернизация сельского здравоохранения реализуются в создании инновационной цифровой системы здравоохранения. Цифровые технологии, трансформируя здравоохранение, обеспечивают равный доступ населения к медицинской помощи.

Существующие в здравоохранении регионов кадровые диспропорции в наибольшей степени характерны для сельского здравоохранения в контексте его «инверсионного развития», которое реализуется в «снижении доступности и качества медицинской помощи, уровня общественного здоровья» (А.В. Решетников, 2018).

Необходимость медико-социологического осмысления многофакторности здоровья сельского населения, современного контента сельской медицины, рассмотрения условий повышения качества жизни населения на сельских территориях, доступности и качества медицинской помощи сельскому населению определили перспективы данного исследования.

Степень научной разработанности проблемы

Концептуальными основаниями диссертационного исследования явились труды ведущих российских и зарубежных ученых по институционализации

медицины, качеству жизни и здоровью населения. Изучение современных тенденций институционализации медицины в России связано с именем академика РАН А.В. Решетникова.

В исследованиях (Лебедева-Несевря Н.А., 2014; Бойцов С.А., Самородская И.В., 2017; Калининская А.А., Муфтакова А.В., 2019; Линденбратен А.Л., 2020, Чехомов С.Ю., Елисеев Ю.Ю., 2020) здоровье населения интерпретируется как многофакторная проблема. Социальный контекст формирования здоровья определяет совокупность рисков общественного и индивидуального здоровья (Рубцова В.Н., 2018; Блинова Т.В., 2019; Калининская, А.А., Сон И.М., Шляфер С.И., 2019; Покровский Н.Е., 2020; Басарева В.Г., 2021).

Многочисленные российские исследования (Бондаренко Л.В., 2017–2020; Иволга А.Г., 2018; Ловчикова Е.И., 2019; Павлов А.Ю., 2019; Морошкина М.В., 2020; Смирнова С.Н., 2020; Федоляк В.С., 2020; Коварда В.В., 2020) рассматривают неравномерное развитие экономического потенциала регионов России и их отдельных территорий. В контексте негативных тенденций развития сельских территорий в последние десятилетия российские авторы фиксируют ухудшение здоровья сельского населения, взаимосвязи здоровья населения с базовыми социальными параметрами сельских территорий (Студенникова Н.С., 2017; Земцов С.П., 2018; Кузьмич Н.П., 2019; Земнюк Ю.М., 2020; Калинина И.В., 2020; Проваленова Н.В., 2020), индивидуальными факторами здоровья (Юрова И.Ю., 2014; Попов В.И., 2018; Аммосова Е.П., 2019; Веселов Ю.В., 2019; Николаева У.Г., 2019; Лушников О.Л., 2020; Долгих В.В., 2021) и факторами системы здравоохранения (Еругина М.В., Кром И.Л., 2016; Руженский В.И., 2017; Калининская, А.А., Сон И.М., Шляфер С.И., 2019; Полухина М.Г., 2019; Шабанов В.Л., 2020; Покида А.Н., 2021). Инфраструктура сельских территорий определяет уровень комфортности проживания и показателя качества жизни населения (Гусева Н.К., 2015; Проваленова Н.В., 2020; Хашаева А.Б., 2020; Шамин А.Е., 2020; Колпакова Т.В., 2021).

Известны исследования (Решетников А.В., Присяжная Н.В., 2017–2020 гг.; Вартанова М.Л., 2019; Ивановская В.Ю., 2019; Савицкая А.А., 2019; Щитова Н.А.,

2019; Зайцева О.П., 2020; Фаронова Ю.В., 2020; Шиназарова З.М., 2020; Лукашин Н.А., 2021; Afshar A.M., 2020; Andargoli A.E., 2021 и др.), посвященные анализу влияния условий жизни, характеристик профессиональной деятельности, уровня реализации различных потребностей на качество жизни сельского населения.

Результаты российских и зарубежных исследований (Труфанова С.В., 2015; Вялых Н.А., 2015; Еругина М.В., Кром И.Л., 2016; Суслин С.А., 2017; Егорова А.В., 2018; Панова Л.В., 2019; Полухина М.Г., 2019; Балашова Н.Н., 2020; Alanazy A.R.M., 2019; Chen X., Orom H., 2019; Groenewegen P.P., 2020; Kirby J.V., 2020; Lee H., 2020; Zhang D., 2020; Zhang, D., Son, H., 2020; Ikeda Y., Fujiwara H., 2021; Luo H., Wu Q., 2021) фиксируют различия в доступности медицинской помощи сельскому и городскому населению, удовлетворенности населения медицинской помощью и отмечают необходимость совершенствования системы сельского здравоохранения.

Одним из направлений повышения качества и доступности медицинской помощи на сельских территориях является цифровизация сельского здравоохранения, роли которой в перспективах развития сельского здравоохранения посвящены работы Егоровой А.В., 2018; Мызровой К.А., 2018; Блиновой Т.В., 2019; Русановского Г.А., 2019; Щитовой Н.А., 2019; Березкиной И.А., 2020; Alam K., Mahumud R., 2019; Soobiah S., Desveaux L., 2020; Stephanie L., Sharma R.S., 2020 и др.

Влияние контента и особенностей профессиональной деятельности, инициирующих эмоциональное выгорание и маргинализацию, на качество жизни врачей рассматриваются в исследованиях Еругиной М.В., Кром И.Л., 2014–2021; Неруш Т.Г., 2017; Ковалева Е.П., 2019; Елисеева Ю.Ю., 2019; Попова П.Б., 2020; Цыба Н.Н., Ионовой Т.И., 2020–2021; Погосовой Н.В., 2021; Шевченко Ю.Л., 2021; Maslach S., Leiter M.P., 2016; Lemaire J.V., 2017; Vu-Eickmann P., 2018 и др.

Анализ отечественных и зарубежных исследований свидетельствует об отсутствии концепции сельского здравоохранения, учитывающей современные тенденции и перспективы его развития, влияние на здоровье сельского населения, что инициировало проведение данного исследования.

Цель диссертационного исследования:

осуществление комплексного медико-социологического анализа сельского здравоохранения региона в современных социально-экономических условиях и разработка направлений его совершенствования.

Задачи исследования:

1. Представить медико-социологическую оценку состояния сельского здравоохранения Российской Федерации в современных социально-экономических условиях.

2. Осуществить медико-социологический анализ здоровья сельского населения Саратовской области.

3. Изучить сельского жителя в социальной роли потребителя медицинских услуг здравоохранения сельской территории.

4. Рассмотреть современные тенденции развития сельского здравоохранения региона.

5. Проанализировать качество жизни, статус и уровень удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей сельских медицинских организаций региона.

6. Разработать направления совершенствования сельского здравоохранения регионального уровня.

Научная новизна:

– Осуществлен медико-социологический анализ инфраструктурных, социально-экономических и экологических рисков здоровья сельского населения регионов России и представлено обоснование многофакторности здоровья сельского населения.

– Реализована систематизация институциональных рисков цифровизации на федеральном, региональном уровнях и уровне медицинских организаций и пользователей, ограничивающих доступность медицинской помощи населению сельских территорий.

– Составлен социальный портрет врачей районных медицинских организаций сельских территорий Саратовской области, содержащий

демографические, социальные и профессиональные характеристики.

– Определены основные факторы современного развития сельских территорий региона, оказывающие влияние на организацию медицинской помощи сельскому населению.

– Установлены современные характеристики организации медицинской помощи населению муниципальных районов Саратовской области в связи с концентрацией первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в районных, межрайонных и областных медицинских организациях и прогнозным снижением численности медицинских кадров при повышении потребности в медицинской помощи.

– Предложена типология муниципальных районов Саратовской области в зависимости от численности населения, количества медицинских организаций, обеспеченности медицинскими кадрами с выделением групп районов наибольшего и наименьшего рисков ограничения доступности медицинской помощи сельскому населению.

– Осуществлен анализ сельского здравоохранения в регионе в ракурсе исследования его социально-структурных функций (AGIL): выявлены риски цифровизации сельского здравоохранения региона, представлена социальная эффективность сельского здравоохранения, осуществлен компаративный анализ интеграционных процессов при оказании медицинской помощи в сельском здравоохранении региона, проанализированы тенденции самообразования в континууме непрерывного медицинского образования в ситуации социальных препятствий профессиональному самообразованию сельских врачей региона.

– Определены детерминанты качества жизни профессиональной группы врачей в сельском здравоохранении Саратовской области и установлено влияние на качество жизни врачей сельского здравоохранения их профессиональной деятельности и условий проживания на сельской территории.

– Разработана авторская типология факторов (территориальных, организационных, экономических, профессиональных и социально-

психологических), оказывающих влияние на условия профессиональной деятельности врачей в сельском здравоохранении региона.

– Предложены направления совершенствования сельского здравоохранения, нацеленные на повышение уровня удовлетворенности врачей своей профессиональной деятельностью и доступности медицинской помощи сельскому населению.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в концептуализации факторов, влияющих на статусную позицию и престиж профессии сельского врача и обосновании направлений совершенствования сельского здравоохранения типичного региона Российской Федерации.

Практическая значимость работы связана с перспективами использования результатов изучения тенденций функционирования сельского здравоохранения типичного региона России, разработанными рекомендациями по совершенствованию сельского здравоохранения, оптимизации качества жизни и условий профессиональной деятельности врачей – ключевых акторов сельского здравоохранения.

Результаты исследования могут быть использованы органами управления здравоохранением федерального и регионального уровней при формировании/коррекции программ развития регионального здравоохранения, направленных на профилактику и преодоление негативных тенденций сельского здравоохранения в регионах.

Разработанные рекомендации позволят преодолеть последствия и влияние кадрового дефицита в сельском здравоохранении, повысить доступность, качество и удовлетворенность населения медицинской помощью в сельском здравоохранении.

Полученные результаты исследования могут быть использованы в образовательном процессе высшего и дополнительного профессионального образования в сфере общественного здоровья и здравоохранения, социологии медицины, в качестве введения нового материала в содержание образовательных

программ повышения квалификации для организаторов здравоохранения различного уровня.

Методология и методы исследования

Диссертационное исследование выполнялось в научной специальности социологии медицины, позволившей осуществить медико-социологический анализ инфраструктурных, социально-экономических и экологических рисков здоровья сельского населения регионов России; анализ сельского здравоохранения в регионе в ракурсе исследования его социально-структурных функций (AGIL); определить детерминанты качества жизни профессиональной группы врачей в сельском здравоохранении Саратовской области и установить влияние на качество жизни врачей сельского здравоохранения их профессиональной деятельности и условий проживания на сельской территории; разработать авторскую типологию факторов, оказывающих влияние на условия профессиональной деятельности врачей в сельском здравоохранении региона и предложить направления совершенствования сельского здравоохранения.

Методологическими основаниями исследования послужили концептуальные исследования в области социологии медицины академика РАН А.В. Решетникова.

Диссертационное исследование является многоаспектным, имеет ретроспективную и проспективную направленность, были использованы социологические, медико-социологические, аналитические, статистические, математические методы исследования.

Статистическая обработка результатов анкетирования проводилась с помощью стандартных алгоритмов программы SPSS Statistics. Статистическая достоверность различия средних значений определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни (КМУ). Различие считалось статистически значимым, если рассчитанный параметр p оказывался $< 0,05$.

Проверка соответствия распределений исследуемых величин нормальному распределению проводилась во время «начального анализа» данных с помощью алгоритмов, встроенных в частотный анализ программы SPSS Statistics. В

большинстве случаев для параметров респондентов (возраст, стаж и т.п.) отклонения от нормального распределения оказались небольшими (удовлетворяющими одновыборочному критерию Колмогорова-Смирнова). В исследовании качества жизни респондентов распределение показателей качества жизни значительно отличалось от нормального, что инициировало использование методов непараметрической статистики.

Полученные в ходе исследований данные были обработаны с использованием современных методов математической статистики. Данные представлены в средних значениях в виде $M \pm m$. Для оценки межгрупповых различий при сравнении групп респондентов применяли t – критерий Стьюдента.

Анализ результатов проведенных в диссертационной работе эмпирических исследований проводился с использованием Программ SPSS (PASW) Statistic 16 и Microsoft Excel 7,0.

Положения, выносимые на защиту:

1. Здоровье сельского населения регионов России детерминировано социальными характеристиками сельских территорий, тенденциями самосохранительного поведения населения и эффективностью функционирования сельского здравоохранения. Одним из перспективных направлений повышения доступности и качества медицинской помощи населению на сельских территориях является цифровизация сельского здравоохранения.

2. Компаративный анализ основных показателей здоровья сельского населения России и Саратовской области, являющейся типичным российским регионом, свидетельствует о неблагоприятных тенденциях их динамики на протяжении последних десятилетий. При общих тенденциях медико-демографических показателей городского и сельского населения, негативные тенденции здоровья сельского населения имеют более выраженную динамику, связанную с особенностями проживания и организации медицинской помощи в сельских территориях.

3. Одним из ведущих индикаторов социальной эффективности системы здравоохранения является оценка и мониторинг удовлетворенности пациентов

доступностью и качеством медицинской помощи. В сельском здравоохранении региона медицинская помощь потребителям медицинских услуг ограниченно доступна. С 2020 г. в ситуации эпидемии Covid-19 возникли дополнительные условия ограничений доступности медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями, расположенными в сельской местности.

4. Несмотря на принятие ряда современных нормативно-правовых актов, регулирующих организацию медицинской помощи сельскому населению, сохраняются негативные тенденции сельского здравоохранения: инфраструктурные и финансовые ограничения проживания на сельских территориях: низкая доступность первичной специализированной медицинской помощи сельскому населению, тенденции фрагментарности сельской и региональной систем здравоохранения. Медико-социологический мониторинг актуальных направлений развития сельского здравоохранения учитывает состояние ресурсного обеспечения и перспективы использования инновационных технологий здравоохранения в современных условиях.

5. Качество жизни является интраспективным критерием социального и профессионального функционирования врачей в сельском здравоохранении и свидетельствует о их низкой социальной комфортности. Отмеченные изменения средних показателей качества жизни респондентов в ситуации эмоционального выгорания указывают на необходимость создания условий, направленных на повышение удовлетворенности профессиональной деятельностью, психологической и социальной поддержки врачей в сельском здравоохранении.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 14.02.05 – Социология медицины; формуле специальности – содержанием данной специальности является изучение с использованием социологических подходов роли и места системы охраны здоровья в жизни общества и представлений различных слоев общества о влиянии социально-экономических факторов на состояние общественного здоровья и организацию медицинской помощи с целью выработки дополнительных социально-

психологических мер по профилактике, сохранению и укреплению здоровья, работоспособности и продлению жизни граждан; функционирования и развития социальных процессов, протекающих в системе здравоохранения, ее институтах и в медицине как социальном институте.

Внедрение результатов исследования в практику

1. Министерство здравоохранения Саратовской области:

– результаты диссертационного исследования были использованы при формировании дорожной карты «Создание оптимальной модели здравоохранения Саратовской области» на 2020-2021 гг. (Приложение А).

2. Медицинские организации:

– результаты диссертационного исследования используются при внедрении системы мониторинга качества жизни, эмоционального выгорания и удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в районных медицинских организациях Саратовской, Орловской областях, г. Севастополь, медицинских организаций ФМБА России в Приволжском федеральном округе (Приложение Б).

3. Федеральные образовательные организации:

– результаты диссертационного исследования включены в программы дополнительного профессионального образования по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО в ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России (Приложение В),

– результаты диссертационного исследования используются при подготовке аспирантов по специальностям «социология медицины», «общественное здоровье и здравоохранение» кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский

государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Выбор методологии диссертационного исследования, соответствие методов цели и задачам, репрезентативность выборочных совокупностей, использование современных статистических методов обработки данных обеспечили достоверность результатов диссертационного исследования.

Полученные результаты диссертационного исследования представлены на обсуждение научной общественности на заседаниях Минздрава Саратовской области (2019–2021 гг.), кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России в 2019–2021 гг., на конференциях:

Международная научно-практическая конференция «Проблемы и приоритеты развития науки в XXI веке», Смоленск, 2017 г.; Всероссийская научно-практическая конференция «Социальная роль врача в российском обществе», Н. Новгород, 2018 г.; Всероссийская научно-практическая конференция «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», Саратов, 2018 г.; III Всероссийская научно-практическая конференция «Психология и социальная работа в современном здравоохранении». Волгоград, 2019 г.; Всероссийская научно-практическая конференция «К вопросу о методологии исследования кадрового кризиса в здравоохранении», Пермь, 2019 г.; II Международная научно-практическая конференция «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», Саратов, 2021 г.; VIII Всероссийская (с международным участием) научно-практическая конференция «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе», Пермь, 2021.; IV Международная научно-практическая конференция «Педагогическое взаимодействие: возможности и перспективы», Саратов, 2022 г.

Личный вклад автора

Автор самостоятельно разработал программу исследования, обосновал методологию и разработал инструментарий эмпирических исследований,

сформулировал гипотезу, цель исследования и задачи. Выполнен аналитический обзор отечественной и зарубежной научной литературы. Осуществлен анализ федеральных и региональных нормативных документов, регламентирующих организацию сельского здравоохранения и развитие сельских территорий. Составлен медико-социальный портрет сельского здравоохранения. Проведено анкетирование и анализ результатов социологических и статистических исследований. Осуществлен анализ кадровой обеспеченности сельского здравоохранения в России и Саратовской области. Сформулированы выводы и практические рекомендации.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования опубликовано 38 работ, в том числе 12 – в журналах, рекомендуемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования России, 4 – в изданиях, индексируемых в международной реферативной базе данных Scopus, 7 публикаций в иных изданиях; 3 монографии; 12 публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 443 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, четырех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который содержит 598 библиографических источников, в том числе 450 отечественных и 148 иностранных публикаций, 15 приложений. Работа иллюстрирована 40 таблицами и 57 рисунками.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

1.1. Медико-демографические характеристики сельского населения и удовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи

В исследовании Н.А. Лебедева-Несевря и соавт. [189] указывается на связь здоровья населения, конкретных территорий и актуальных ситуаций. Непосредственное влияние на общественное здоровье оказывают социально конструируемые социальные факторы [271].

Регионы являются составляющими единого экономического пространства страны [42]. Социально-экономическая система региона, представляющая собой сложную многоуровневую конструкцию, которая может функционировать с разной степенью эффективности [169]. Характерным для России является неравномерное развитие экономического потенциала регионов и их отдельных территорий [251, 377, 448], межрегиональные и внутрирегиональные экономические и социальные диспропорции [169, 214, 215, 356, 408, 448]. Л.В. Бондаренко [40] рассматривает «диспропорцию между основной функцией сельских территорий, состоящей в обеспечении продовольственной безопасности и независимости страны, и их внутренней функцией, направленной на жизнеобеспечение, сохранение и развитие собственного народонаселения».

В последние десятилетия в России фиксируется углубление региональной дифференциации «по темпам и уровню социально-экономического развития» [379]. Региональные диспропорции, проявляющиеся многими параметрами, отражают «неоднородность географической, политической, экологической, экономической, информационной, институциональной, ментальной составляющей ее основных подсистем» [355].

Сложившаяся в России территориальная дифференциация, по мнению П.И. Куконкова и соавт. [337], является не только результатом неравномерного

развития различных регионов в течение прошедшего исторического периода, но и следствием процессов ее непрерывного воспроизводства в современных условиях под воздействием определенных внутренних и внешних факторов.

Территории существуют в континууме от «сельских» до «городских» [534]. Несмотря на всеобщую тенденцию урбанизации, 45% населения мира и 28% населения Европы проживает в сельских районах [581]. Большая часть территории Российской Федерации – сельские территории, располагающие природным, демографическим, экономическим и историко-культурным потенциалом [64, 397]. По официальным статистическим данным на 2019 г. сельское население составляет 25,41% от всей численности населения страны [101].

Не сложилось единого определения термина «сельские территории» [64]. В России «сельские территории» определены как территории сельских поселений и соответствующие межселенные территории [174]. По определению А.В. Шулдякова и соавт. [440], «под сельскохозяйственными территориями понимается та территория, которая вне границ города и, которая включает в себя сельские поселения».

В зарубежной практике сельская территория «не привязана к типу поселения» [313]. В исследовании А. Gajić et al. [503] признается, что «классификация сельских и городских районов представляет собой важную тему как в научных исследованиях, так и в практике территориального планирования, разработки региональной политики и территориального управления». Дефиниция «сельская местность» возникла в рамках миграционных явлений девятнадцатого века и за последние 50 лет приобрела многозначный характер [542].

S.M. Montoya-Sanabria [542] рассматривает формирование концепции сельских территорий в исторической ретроспективе:

А. Концепция сельских территорий была создана в рамках миграционного феномена между сельскими и городскими районами в результате индустриализации обществ в течение девятнадцатого века и начала двадцатого века.

В. В межвоенный период и период после Второй мировой войны (1930-1950) дихотомический взгляд на сельскую территорию и город укрепился. Это способствовало специализации сельской местности.

С. Между 1980 и 1990 годами появилось больше «не пространственных определений».

Д. Формирование трансдисциплинарного подхода.

В настоящее время не существует признанного на международном уровне определения сельских территорий, они также чрезвычайно разнообразны и существуют почти в каждой стране мира, в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода, хотя 90% сельского населения мира проживает в странах с низким и средним уровнем дохода. В связи с изменением в течение времени описательных определений, были предприняты попытки разработки и стандартизации новых показателей сельских территорий [481, 491, 504]. В работе К.Н. Halfacree [508] обсуждается «определение сельской местности либо в описательных, либо в социокультурных терминах». В исследовании М. Drobñjaković et al. [490] «подтверждены три основных сельских признака (изменение численности населения, коэффициент экономической зависимости, плотность населения в застроенной местности)».

Известны многочисленные российские исследования по типологизации сельских территорий [5, 9, 12, 13, 136, 166, 196, 197, 232, 283, 288, 311, 359, 392, 598]. Сельские территории отличаются по природно-климатическим, инфраструктурным характеристикам, демографической ситуации, уровню и качеству жизни населения [36, 38].

И.Н. Меренкова с соавт. [211], анализируя предназначение сельских территорий (сохранение безопасности жизнеобеспечения территории; создание условий для эффективной хозяйственной деятельности; обеспечение наиболее благоприятной среды для жизни и жизнедеятельности), рассматривает сельские территории как систему, возникшую и функционирующую, прежде всего, в результате пространственной дифференциации.

Развитие сельских территорий в России «происходит крайне неравномерно, демонстрируя негативные тенденции» [140], «диспропорции в развитии городских и сельских территорий» [72]. Период социальных трансформаций 1990-2000-х годов в России «сопровождался огромными социальными издержками, которые легли в большей мере на сельское население» [43], выполняющее общенациональные функции: производственную, демографическую, социокультурную, рекреационную, природоохранную, социального контроля над территориями [42].

Сельские территории «являются проблемным звеном в социально-экономическом состоянии большинства регионов Российской Федерации» [171], «со стагнирующими элементами уровня жизни и благосостояния населения по ряду позиций» [152]. Развитие сельских территорий происходит крайне неравномерно, демонстрируя негативные тенденции [140]. В последние десятилетия увеличивается исторически существующий разрыв [83], диспропорции между финансовыми возможностями, бытовыми условиями, состоянием здоровья и социальным самочувствием городского и сельского населения [49]. Несмотря на позитивные процессы, сельские территории переживают кризис, который проявляется в ухудшении демографической ситуации, низком уровне жизни, высоком уровне безработицы сельского населения, разрушении сельскохозяйственной инфраструктуры, уровне бедности, которая существенно выше городской [397, 412].

В концепции развития сельского социума ключевой является проблема сохранения здоровья сельского населения [264].

Одним из основных преимуществ социологического изучения здоровья является сформулированный Э. Дюркгеймом принцип целостности: «жизнь ... едина и, следовательно, может иметь своим местонахождением только живую субстанцию в ее целостности. Она в целом, а не в частях» [109]. Возрастание роли социальных факторов в формировании здоровья населения отмечено с середины XX в.: «все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами... Связь между состоянием здоровья и занятостью,

уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием чётко прослеживается во всех европейских государствах» [59].

Социальные факторы, оказывающие влияние на общественное и индивидуальное здоровье, создают социальный контекст здоровья [195], включающий макросоциальные и микросоциальные контексты, влияющие на здоровье, в том числе и через индивидуальное поведение человека [190, 226].

Негативные социально-экономические события конца XX–начала XXI вв. в России кардинально изменили социальные условия жизни на сельских территориях, инициировали ухудшение здоровья сельского населения [45, 68, 194, 207, 264, 278]. Однако и в границах сельских территорий стран Европейского союза наблюдаются демографические процессы, включающие сокращение численности сельского населения, неблагоприятные изменения его возрастного состава, ухудшение здоровья, рост смертности по различным причинам и особенно в связи с пандемией Covid-19 [94].

Здоровье сельского населения является облигатным фактором развития сельских территорий, на которых до настоящего времени регистрируется сокращение численности, демографический кризис сельского населения в России [188], причинами которого являются «превышения смертности над рождаемостью, миграционный отток и изменение возрастной структуры населения» [380].

Здоровье сельского населения рассматривается в междисциплинарном контексте [77, 143, 148, 159, 308, 357, 405], в исследованиях определены взаимосвязи здоровья с базовыми социальными параметрами: бедность [18, 30, 293], инфраструктурные характеристики [220, 339], жилищные условия, доступность медицинской помощи [118, 150, 264, 277, 319, 343] и условия профессиональной деятельности на сельских территориях [306, 380].

По мнению А.А. Калининской и соавт. [207], комплекс «демографических, экономических, территориальных, медико-социальных, организационных и управленческих факторов сельской жизни» определяет снижение здоровья сельского населения в современной России.

А.А. Хагуров [338] отмечает, что среди основных проблем современного российского села лидируют низкая заработная плата, бедность; алкоголизм; безработица; тяжелый физический труд.

Современными проблемами сельских территорий выступают низкий уровень доходов сельских жителей, миграция и сокращение численности населения, безработица, низкая обеспеченность села человеческими ресурсами, недостаточно развитая социальная сфера села, снижение уровня и качества жизни, социально-трудовая маргинализация населения [211, 337, 362].

По мнению О.Б. Бигдай и соавт. [27], на фоне уменьшения населения в целом по регионам растет количество населения в административных центрах данных субъектов. В качестве детерминирующих данные процессы факторов, прежде всего, следует выделить социальную необустроенность территорий, сокращение сфер приложения труда, отсутствие транспортных и других коммуникаций, дефицитный характер инфраструктурного обеспечения.

Здоровье, уровень и качество жизни сельского населения во многом зависит от состояния социальной инфраструктуры – одного из облигатных факторов социально-экономического развития сельских территорий [131, 132, 149, 181, 211, 387], определяющего «уровень комфортности проживания и показателя качества жизни населения» [414]. Социальная инфраструктура, системный характер которой проявляется в ее разнофункциональности и многоуровневости [11], определяется как «совокупность объектов инфраструктуры, условия их формирования и функционирования, обеспечивающие определенный уровень качества жизни населения на конкретной территории» [386].

По мнению А.Б. Хашаева [414], социально-экономические реформы последних десятилетий, ослабление роли государства в решении социальных проблем сельских территорий предопределили современное состояние инфраструктуры сельских территорий в России.

Плотность сельского населения, состояние сети дорог, размеры сельских поселений по количеству жителей во многом предопределяют гораздо больший

по сравнению с городом затраты на функционирование объектов социальной инфраструктуры [415].

Социальную инфраструктуру сельских территорий в России определяет «плохое состояние дорог, низкая транспортная доступность отдельных поселений, низкий уровень комфортности проживания в сельской местности» [363].

За последние четыре года на сельских территориях в Российской Федерации на 653 670 км. сократилась автодорожная инфраструктура (общая протяженность улиц, проездов и набережных) [312], которая играет ключевую роль в комплексном и устойчивом социально-экономическом развитии сельских территорий. В России на местные дороги приходится более половины (52%) всей протяженности дорог, из которых доля дорог с твердым покрытием составляет только 57,1%, (по федеральным дорогам – 99,8%, а по региональным и межмуниципальным – 92,3%). 47,2% местных дорог не отвечает нормативным требованиям. По федеральным дорогам этот показатель составляет 17,1%, по дорогам регионального или межмуниципального значения – 57,6%. По федеральным и региональным дорогам сложилась устойчивая тенденция повышения их качества, доля местных дорог, не соответствующих нормативам, повышается. Обеспеченность сельских территорий дорожно-транспортной связью улучшается медленно. В 2018 г. практически находились в транспортной изоляции 41,4 тыс. сельских территорий. (27,7%), что самым негативным образом сказалось на их производственных, логистических и социальных коммуникациях.

Обеспеченность сельских территорий транспортными коммуникациями сильно различается в зависимости от количества населения сельских территорий. В 2018 г. разрыв между мелкими и крупными сельскими территориями по обеспеченности транспортными коммуникациями несколько сократился за счёт уменьшения (до 45%) числа мелких поселений, не имеющих дорог с твёрдым покрытием. Число мелких поселений за три года сократилось на 519 ед., в первую очередь за счёт ликвидации поселений, не имеющих транспортных коммуникаций. Количество крупных населённых пунктов увеличилось на 297 ед., количество

крупных сельских поселений, не имеющих транспортных коммуникаций, возросло на 38 ед. [41].

Удельный вес сельских поселений, практически находящихся в транспортной изоляции, за период 2015-2018 гг. снизился, но в селах и деревнях с числом жителей до 50 человек, на долю которых приходится 55% сельских поселений, острота проблемы сохраняется [41].

Ведущую роль в системе социальной инфраструктуры сельских территорий играет жилищно-коммунальная сфера [314, 434]. Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда на селе в два раза выше, чем в городе [172]. Наиболее благоустроенное жилье находится в городах и поселках городского типа. На сельских территориях находится более 30% аварийного жилья с высоким (превышающим 200%) ростом аварийного жилого фонда [435]. По данным Л.Н. Ирхиной и соавт. [140], только треть сельских поселений подключена к магистральному газопроводу, менее 40% имеют центральную систему водоснабжения.

В исследовании А.Е. Шамина и соавт. [435] установлена прямая корреляция между уровнем благоустройства жилья и численностью населения, переезжающего на сельские территории. Исследование А.Н. Семина и соавт. [353] показало зависимость уровня «закрепляемости» выпускников на сельских территориях от уровня благоустроенности жилья.

Социально-экономические условия жизни на сельских территориях значительно ниже, чем в городе [92, 230]. Проблема бедности в России особенно актуальна в отношении сельского населения [10, 21, 31, 101, 180, 270, 336, 342, 371, 431, 443]. По мнению Е.Н. Кочетковой [176], основными факторами бедности на селе являются «обесценивание сельскохозяйственного труда», высокий уровень безработицы, финансовые депривации.

Большая часть сельского населения является неплатежеспособной [415]. По данным Л.В. Бондаренко [43], заработная плата в сельском хозяйстве составляет 59,3% от средней по экономике, (1990 г. она была практически на среднероссийском уровне – 95,5%). На сельских территориях «хуже условия

работы, ниже доходы и выше число многодетных семей со средними денежными доходами ниже прожиточного уровня, отставание в материальном благополучии сельских жителей постоянно увеличивается» [275].

В исследовании В.Л. Шабанова [430] проводится компаративный анализ финансовых возможностей городского и сельского населения, констатирующий большее количество сельских жителей, имеющих различные финансовые депривации (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение сельского и городского населения России по самооценке финансовых возможностей

| Группа | Село % | Город % |
|--|--------|---------|
| 1. Доходов не хватает даже на еду | 1,3 | 0,8 |
| 2. Затруднительно покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги | 17,0 | 15,4 |
| 3. Не могут позволить покупку товаров длительного пользования | 54,9 | 47,3 |
| 4. Не хватает денег на покупку автомобиля | 20,2 | 24,2 |
| 5. Не хватает денег на покупку квартиры, дачи | 4,6 | 8,2 |
| 6. Средств достаточно, чтобы купить все, что считают нужным | 1,7 | 3,5 |
| 7. Нет ответа | 0,3 | 0,6 |
| Всего | 100,0 | 100,0 |

Несмотря на усиление государственной поддержки, Л.В. Бондаренко [39] отмечает ухудшение финансового положения сельских семей. Неравенство по доходам, по мнению экспертов, «приводит к неравенству в доступности услуг образования и здравоохранения» [170].

Сельские территории характеризуются «более низкой по сравнению с городом обеспеченностью населения объектами социальной инфраструктуры» [415], непривлекательностью для проживания [353]. Сельское население испытывает социальную эксклюзию по ряду витальных параметров (доходы, доступность медицинской помощи и образования, комфортные бытовые условия) [141, 358, 393].

Несмотря на то, что уровень общей безработицы в сельских территориях снижается более высокими темпами, чем в городе, разрыв в уровнях общей безработицы в городе и сельских территориях остается высоким. Проблемы с трудоустройством лиц изъявляющих желание работать, дополняются опасениями потерять работу значительного контингента занятого сельского населения, что отрицательно сказывается на социально-психологическом климате на сельских территориях [37]. 57% респондентов в исследовании Л.В. Бондаренко [37] в случае потери работы не рассчитывают трудоустроиться по месту жительства.

Процесс урбанизации и экономические преимущества крупных городов и мегаполисов сопровождаются снижением численности и жизненного уровня сельского населения [131, 146]. Миграция относится к основным процессам, происходящим на сельских территориях [62, 75, 206, 213, 234, 398, 445]. Для многих сельских жителей миграция является способом избавиться от безработицы и социальной неустроенности [172, 445]. За 2002-2016 гг. сельское население страны уменьшилось на 861 тыс. человек (до 37 877 тыс.), а его доля в структуре всего населения снизилась от 26,7 до 25,8% [150].

Миграция сельского населения, по мнению М.Я. Кулешко [182], предполагает формирование инфраструктуры, включающей доступную современную медицинскую помощь, социальное обслуживание и досуг, возможности для профессионализации и перспектив трудоустройства.

По мнению А.Е. Шамина и соавт. [435], миграция сельского населения в города включает миграцию трудоспособного населения и безвозвратную миграцию молодежи, которая после получения образования в городе не возвращается из-за отсутствия социальных и профессиональных перспектив.

В исследованиях рассматриваются различные причины миграции населения на сельских территориях [42, 69, 131, 172, 369, 424, 435]. Миграция сельского населения, «особенно молодежи, определяется низким уровнем комфортности проживания в сельской местности» [150], доходов сельского населения [146, 424]. В исследовании С.Г. Глухова и соавт. [82] установлено, что ключевым фактором

миграции трудоспособного населения из депрессивных районов Саратовской области является низкий уровень оплаты труда.

В российских исследованиях последних лет [189, 201, 369, 370, 373, 384, 393] обсуждается территориальная изолированность сельских территорий, определяющая стремление части населения к переезду в местность с более развитой инфраструктурой, либо замыкание в закрытом социуме населения нерепродуктивного возраста – что закрепляет тенденции депопуляции сельского населения, сокращение сельских поселений.

Анализ демографических тенденций в сельской местности (2000-2019 гг.) позволил Т.В. Блиновой и соавт. [28] сделать вывод о неблагоприятных тенденциях, связанных с демографическим старением сельского населения, снижением рождаемости и сокращением трудоспособного населения. По мнению авторов, в последующие десятилетия эти тенденции сохранятся.

Снижение рождаемости при одновременном росте миграции трудоспособного населения в города вместе с детьми способствует повышению доли лиц пожилого и старческого возраста в сельских территориях [202, 439]. Росстат прогнозирует ускорении процесса депопуляции сельских территорий [42].

Опустение сельских территорий более характерно для постсоветского периода [99, 230] для всех регионов России проявляясь в снижении количества сельских жителей, «деградирующих демографических процессах, падении популярности сельского образа жизни» [47, 167, 385].

В исследованиях феномен депопуляции обсуждается в контексте регресса социально-экономического развития [409], демографических факторов (низкой рождаемости и постарения населения [117, 124, 223, 225, 345, 442, 450], высокого уровня смертности, превышающего рождаемость [20, 230, 450], социально-психологических и социокультурных факторов миграции населения [234]. На депопуляцию сельского населения влияет «распространенность негативных моделей самосохранительного поведения среди сельского населения» [97, 127, 230, 333].

По мнению Э. Гидденса, «...мы живем в мире, где опасности, созданные нашими же руками, не менее, а то и более серьезны, чем те, которые приходят к нам извне» [76]. Рассмотрим микросоциальные факторы, детерминирующие здоровье сельского населения. Влияние на здоровье сельского населения индивидуальных факторов здоровья: особенностей питания, образа и стиля жизни, здоровьесберегающего поведения. В трудах М. Вебера заложены основы изучения взаимосвязей социальных выборов индивидов и их образа жизни [438].

О субъективных факторах, связанных с образом жизни сельских жителей (низком качестве питания, наличии вредных привычек и т.д.), негативно сказывающихся на продолжительности жизни сельского населения в Хакасии, пишет О.Л. Лушникова [200]. Результаты исследования Е.П. Аммосовой и соавт. [372] свидетельствуют об отсутствии у сельского населения Якутии четкой стратегии здоровьесберегающего поведения, недостаточности поведенческих навыков самосохранительного поведения.

Иного мнения придерживаются В.И. Попов и соавт. [374], в исследовании которых проживающие в городе пожилые респонденты чаще отмечали наличие вредных привычек. При компаративном анализе образа жизни студентов Ижевской государственной медицинской академии выявлено, что студенты, проживающие в сельских районах, имеют меньше вредных привычек [63]. В исследовании Ю.В. Веселова и соавт. [51] опровергнут существующий стереотип о неправильном, влияющем на здоровье, питании сельских жителей. Авторы утверждают, что жители крупного города питаются также «несбалансированно и однообразно». Кроме того, невозможность полноценного питания сельского населения, по мнению В.В. Долгих [100], связана с финансовыми депривациями.

Одним из ракурсов самосохранительного поведения является медицинская активность населения [128, 432, 433].

В течение последних десятилетий сохраняются особенности обращаемости сельского населения в медицинские организации [70, 71, 88, 382, 384]. По данным А.А. Калининской и соавт. [150], сельское население имеет низкий уровень

медицинской активности, в 1,5 раза реже, чем жители городов обращаются к врачу, госпитализация осуществляется лишь при неотложных состояниях.

Значительная доля сельского населения проживает в условиях неразвитых транспортных коммуникаций, отсутствия средств связи, что во многом объясняет низкий уровень обращаемости в медицинские организации [412]. Обращаемость сельского населения в медицинские организации, по мнению А.К. Каширина [158], во многом определяется доступностью медицинской помощи, качеством ее оказания, наличием тех или иных специалистов, социально-экономическими факторами, составом населения и многими другими факторами.

В исследовании О.Л. Лушниковой [200] сельские жители обращаются за медицинской помощью лишь в случае серьезных заболеваний из-за недоверия врачам и медицине, представления о том, что «хорошо лечат только за деньги», несмотря на то, что социальная дистанция между сельским врачом и пациентом меньше [163].

Обращаемость сельского населения в медицинские организации определяется возрастными характеристиками пациентов. По данным И.Б. Шикиной и соавт. [347] пациенты возраста старше 60 лет (42,7%) обращались в медицинские организации с частотой 1–2 раза в течение трех месяцев, еще 13,6% опрошенных 1 и более раз в месяц, на долю пациентов с меньшей частотой обращений за медицинской помощью приходилось 25,7% (1 раз в полгода) и 16,0% (один раз в год), т.е. наблюдалось превалирование часто обращающихся лиц (56,3%) над теми, кто совершал визиты 1 раз в полгода и реже (41,7%).

В Национальном демографическом докладе 2020 [96] выявлена потребность населения регионов России в долголетьи. Средние оценки желаемой длительности жизни – 90 лет. Нацеленность на долголетие оказывает значимое влияние на выбор моделей самосохранительного поведения, которое во многом определяется возрастными, гендерными, личностными особенностями населения, однако оно детерминировано качеством профилактической работы в системе здравоохранения.

Важная роль в социальном конструировании общественного здоровья принадлежит ухудшению экологических условий жизни значительной доли населения [25, 53, 73, 271, 299].

Саратовская область является одной из наиболее полноводных в Поволжье и Российской Федерации в связи с нахождением на реке Волга [219]. Наличие или отсутствие доброкачественной питьевой воды играет существенную роль в влиянии на демографическую ситуацию и здоровье населения. По данным А.А. Орлова и соавт. [276], «в Саратовской области не соответствовало санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам 39,3% поверхностных источников питьевого водоснабжения. Именно на сельских территориях области чаще регистрируется несоответствие качества питьевой воды по основным санитарно-химическим и микробиологическим характеристикам.

В Саратовской области «большинство пресных подземных вод региона, качество которых ... соответствует требованиям, сосредоточено в Правобережной части. Население большинства левобережных районов вынуждено употреблять для хозяйственно-питьевых нужд воду подземных водоисточников, открытых водоемов, малых рек, оросительно-обводнительных систем, водохранилищ» [268].

В регионе эксплуатируется 229 поверхностных источников питьевого водоснабжения, 90% воды из которых подается населению без обеззараживания и какой-либо другой очистки. Превышение «в 1,5-2 раза допустимых концентраций содержания нефтепродуктов в малых реках Заволжья в Саратовской области было связано с интенсивным использованием водоемов в летний период для мытья транспорта, наличия малого дизельного судоходства у населения» [74].

«Весной и осенью содержание поверхностно-активных веществ, нефтепродуктов и удобрений во всех малых реках Саратовской области» в исследовании Ш.Ж. Мусаева и соавт. [219] «превышало допустимые величины в 2-3 раза». К середине лета «поверхностный слой водоемов малых рек области к концу летнего периода представлял собой адсорбционную пленку, состоящую из комбинации детергентов, нефтепродуктов, ядохимикатов, минеральных удобрений».

Геохимическими особенностями территорий Саратовской области является низкое содержание йода и дисбаланс микроэлементов в объектах внешней среды, повышенное содержание в почвах тяжелых металлов, пестицидов, загрязнение атмосферного воздуха токсическими веществами и, как следствие, загрязнение водоемов и продуктов питания. Факторы риска, присутствующие в окружающей среде региона, могут вызвать неблагоприятные для здоровья эффекты [75, 299, 354]. Особенностью Саратовского региона является низкое содержание йода в различных группах продуктов питания области [115].

По данным Ю.Ю. Елисеева и соавт. [75], в культурах, выращенных на полях фермерских хозяйств региона установлено наибольшее количество нитратов в связи с внесением значительных количеств нитратных удобрений в виде промышленно выпускаемой аммиачной селитры.

Рассмотрим динамику развития сельского здравоохранения в современной России.

R.A. Harrington et al. [474] определяют три основные группы факторов, лежащих в основе различий в показателях здоровья городского и сельского населения: «индивидуальные факторы, социальные детерминанты здоровья и факторы системы здравоохранения».

Система здравоохранения, «являясь элементом социальной инфраструктуры, оказывает непосредственное влияние на устойчивость и развитие сельских территорий» [294]. Сельское здравоохранение является «сравнительно автономной социальной практикой, инертность которой обусловлена территориальной отдаленностью, невысокими объемами финансирования, дефицитом кадров, низким уровнем жизни сельского населения, традициями жизненного уклада и определенным консерватизмом жизненных установок сельского населения» [340]. Миграция трудоспособного населения в город, прогрессирующий процесс старения сельского населения увеличивает нагрузку на систему здравоохранения [397].

Проблемы с организацией медицинской и лекарственной помощи населению, проживающему в отдаленных районах, имеются в большинстве стран

и решаются в зависимости от сложившихся традиций и реалий социально-экономического развития [446]. Потребности в медицинском обслуживании в сельских районах высоки. По мере того как молодые люди переезжают в городские центры для получения образования и трудоустройства, оставшееся сельское население стареет, и его потребности в области здравоохранения возрастают [454, 537, 573].

Результаты зарубежных исследований [462, 446, 520, 531, 565] фиксируют различия в доступности различных видов медицинской помощи сельскому и городскому населению. Недостаточное число практикующих врачей в сельских районах, по мнению Н. Katrak [529], связано с относительно большими транспортными ограничениями доступности сельских районов (что сокращает число доступных практикующих врачей) и большими проблемами со здоровьем населения в этих районах (что приводит к большей потребности в медицинском лечении).

В исследовании Х. Chen et al. [486] установленные различия в доступности и использовании источников медицинской информации объясняются, по мнению авторов, «социально-демографическими различиями между сельским и городским населением» [486].

По мнению Р.Р. Groenewegen et al. [581], «неравномерное распределение услуг первичной медико-санитарной помощи является универсальной проблемой, которая проявляется из-за субъективного характера расстояний». Сельские районы с большим расстоянием до специализированных служб и стареющим населением нуждаются в многопрофильной первичной медицинской помощи [557]. Проблемы сельского здравоохранения при оказании пациентам первичной медико-социальной помощи В.Л. Sutherland et al. [499] объясняют недостаточной интеграцией сельских и городских систем здравоохранения, что является «барьером, приводящим к неравенству доступности медицинской помощи в сельских районах».

Городская скорая медицинская помощь быстрее реагирует, госпитализирует, затратит меньше времени для транспортировки по сравнению со

скорой медицинской помощью на сельских территориях, что является фактором повышения выживаемости пациентов [500].

В исследованиях последних десятилетий [14, 44, 64, 105, 157, 178, 210, 289, 364, 370, 430] обсуждается проблема доступности медицинской помощи населению в России. Низкая плотность населения, связанный с обширными территориями радиус медицинского обслуживания, плохое транспортное сообщение, особенности сельскохозяйственного труда и быта отражают специфику социально-экономических условий села в России и определяют процесс оказания медицинской помощи сельскому населению [117, 383, 412].

При значительной удаленности друг от друга маломощных медицинских организаций сельских районов «дефицит санитарного транспорта, неудовлетворительное состояние транспортных коммуникаций и большой радиус обслуживания населенных пунктов ограничивают посещения больных на дому, возникают большие сложности в обеспечении преемственности амбулаторного и стационарного этапов» [185].

В исследовании Л.В. Пановой [286] «анализ территориального распределения врачей позволяет сказать, что в России обеспеченность населения в городах выше, чем в селах. ... Неудовлетворительная организация медицинской помощи для аграрных территорий, в том числе недостаточное количество врачей, затрудняет территориальную доступность медицинской помощи».

С каждым годом усугубляется проблема несопоставимости уровня доступности медицинской помощи в сельских и городских медицинских организациях [23]. Как ограниченно доступную и низкоэффективную характеризует сельскую медицину М.Г. Полухина [294].

Ограничения доступности качественных медицинских услуг на сельских территориях России рассматриваются и в связи с недофинансированием системы здравоохранения, тенденциями к «оптимизации» сельских медицинских организаций [12]. За последнее десятилетие сократилось общее количество медицинских организаций в России: почти в два раза число женских консультаций и детских поликлиник, акушерско-гинекологические и детские

отделения. Не соответствует современным требованиям материально-техническое состояние ФАПов [150].

По данным официальной статистики [129] число ФАПов и амбулаторно-поликлинических организаций в сельской местности продолжает снижаться. В 2018 году число ФАПов снизилось на 0,3 тыс., амбулаторно-поликлинических организаций – на 72 единицы.

Сокращение сети медицинских организаций в сельском здравоохранении привело к тому, что населению отдаленных от центра территорий оказалась недоступна медицинская помощь [175]. Медицинские организации территориально доступны только для 49,4% сельских жителей, труднодоступны для 40%, практически недоступны для 9% [150].

Ограничение физической доступности здравоохранения в сельской местности предполагает ограничение доступности большинства базовых государственных социальных услуг [230] и развитие «отрицательного социального эффекта» [16].

Если, как отмечает Н.А. Вялых [67], доступность медицинской помощи коррелирует с социально-статусными и демографическими параметрами, то можно говорить о появлении нового типа стратификационного деления общества.

Для сельского здравоохранения актуальна проблема ограничения доступности специализированной медицинской помощи, которая становится доступной только населению крупных городов, и эта проблема, по мнению Д.В. Ванькова и соавт. [46], является общемировой.

В исследовании К. Рогалева и соавт. сезонность основных сельскохозяйственных работ, низкая плотность населения в сельских районах, удаленность медицинской помощи, недостаточное развитие дорожно-транспортных коммуникаций, большие расстояния, финансовые депривация населения трактуются как факторы, ограничивающие доступность медицинской помощи сельскому населению (особенно специализированной) [332].

А.К. Парханов и соавт. [287] указывают на сложную демографическую ситуацию, хроническое недофинансирование здравоохранения, удаленность от

крупных городов как причины ограничения доступности специализированной медицинской помощи для сельского населения.

Концентрация специализированной медицинской помощи и новейших медицинских технологий в медицинских организациях крупных городов определяет, по мнению Э.Н. Матвеева и соавт. [205], несоответствие качественных показателей стационарной помощи населению в крупных городах и на сельских территориях.

Авторы [106, 107, 110, 334, 340] отмечают, что недостаточная обеспеченность врачами и низкая укомплектованность медицинскими кадрами определяют ограничение доступности медицинской помощи сельским жителям. В.И. Руженский [340] высказывает обеспокоенность в связи с тенденцией последних лет сокращения коечной мощности центральных районных больниц, специализированная стационарная помощь в сельских территориях все больше смещается в областные медицинские учреждения.

Основная часть сельских жителей может обращаться в организации участкового и районного уровня, которые являются наиболее доступными, но большая часть населения, по мнению Н.К. Гусевой и соавт. [363], предпочитает «не обращаться за медицинской помощью в амбулаторию или на ФАП в связи с их слабыми ресурсными возможностями».

М.В. Еругина и соавт. [364], констатируя обострение проблемы доступности медицинской помощи в сельских территориях в последние десятилетия, отмечают «две группы факторов, влияющих на доступность медицинской помощи сельскому населению: особенности расселения на территории, транспортная доступность и особенности организации медицинской помощи, ситуация недостаточного ресурсного обеспечения организаций здравоохранения на сельских территориях».

В ситуации пандемии Covid-19 отмечается повышение необходимости квалифицированной медицинской помощи, ограничение которой связано с уровнем доходов населения и недостатком специалистов, особенно в сельских или отдаленных районах [292].

1.2. Основные проблемы и векторы оптимизации медицинской помощи сельским жителям в современной России

Для обеспечения конкурентоспособности сельских территорий требуется организация современной инфраструктуры, доступность «образования, медицины и высокой культуры» [436].

Перспективы модернизации российского здравоохранения реализуется в формировании инновационной цифровой системы здравоохранения [112]. Цифровизация, основанная на цифровой презентации информации [4], инициирована массовым внедрением и освоением цифровых технологий [26, 419]. Цифровые технологии оказывают структурирующее влияние на социальные отношения, влияют на индивидуальный образ жизни и среду обитания. В частности, разработка и внедрение цифровых (медицинских) технологий привлекает все большее внимание на национальном и международном уровнях.

На перспективы цифровой трансформации национальных систем здравоохранения указывает ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) [472], определяя роль цифровых технологий «в качестве средства содействия справедливому, приемлемому по стоимости и всеобщему доступу к услугам в области здравоохранения для всех» [596]. ВОЗ выделяет два основных типа телемедицины: телемедицину с промежуточным хранением данных (асинхронную) и телемедицину в режиме реального времени (синхронную) [160].

Цифровые технологии здравоохранения позволяют создавать новые формы взаимодействия и воспроизводства знаний в области здравоохранения [513]. Услуги электронного здравоохранения являются жизненно важной частью эффективной, инклюзивной и надежной системы здравоохранения [498].

Современное здравоохранение в настоящее время испытывает масштабную инклюзию цифровых технологий [78, 125, 302, 304, 341, 388, 390, 399, 483, 488, 572]. Цифровое здравоохранение – способ дистанционного, с помощью информационных технологий и современного оборудования предоставления

медицинских услуг пациенту, цель которого – повышение качества и доступности предоставления медицинских услуг, повышение информационной доступности медицинской помощи [112, 175, 318, 455, 510, 544, 567, 575, 578, 589].

Цифровизация систем здравоохранения невозможна без создания базовых элементов инфраструктуры: «больничных информационных систем, электронных систем документооборота, электронных медицинских карт, телемедицины, медицинских реестров и информационных порталов для получателей услуг и специалистов» [175].

Инновационные технологии могут радикально изменить систему здравоохранения с наилучшими последствиями для всех заинтересованных сторон [477], трансформируя здравоохранение и обеспечивая всем и везде равный доступ к медицинской помощи на уровне экспертов, сократив глобальный разрыв в области здравоохранения и благополучия. И наоборот, весьма вероятно, что цифровой разрыв усугубляет существующее неравенство в области здравоохранения [509, 524]. Электронное здравоохранение должно поддерживать переход к персонализированной медицине. Для обеспечения высококачественной, доступной и недорогой медицинской помощи для все более стареющего, сложного и многопланового населения необходимо внедрять новые и инновационные методы, включая электронное здравоохранение. Электронное здравоохранение позволит преодолеть некоторые трудности, возникающие при оказании медицинской помощи людям со сложными медицинскими и социальными потребностями и предоставить смешанный вариант оказания медицинской помощи, т. е. следует рассмотреть возможность сочетания медицинской помощи в традиционном формате с удаленными вариантами, персонализированными для конкретного пациента [451, 568].

Технологии удалённого мониторинга и оказания медицинской помощи в России имеют особое значение. Большая часть территории имеет очень низкую плотность населения, в связи с чем, доступность квалифицированной медицинской помощи ограничена [307].

Цифровизация здравоохранения, по мнению участников Петербургского Международного Экономического Форума (ПМЭФ 2017) [420] позволит решить «финансовые (реконструкция организационной системы медицинского сервиса), социальные (повышение доступности медицинской помощи), профессиональные (повышение качества медицинской помощи, развития профилактической медицины, повышения эффективности клинических исследований) проблемы» современной российской системы здравоохранения.

По мнению И.А. Березкиной и соавт. [26], основными приоритетами для цифровизации здравоохранения являются «системы мониторинга здоровья населения, медицинские справочные системы для наблюдения и сопровождения лечебного процесса, новые электронные способы обработки и хранения ... информации, компьютерные системы диагностики, управление системой здравоохранения».

Формирующийся при использовании цифровых технологий всеобщий доступ к здравоохранению обеспечивает огромные социальные преимущества в региональных условиях [482, 517]. Распространение цифрового здравоохранения определило необходимые условия для его предоставления в качестве глобальной услуги [570, 573].

Телемедицинские центры уже созданы и функционируют в ряде субъектов Российской Федерации [316]. Однако процесс цифровизации будет происходить в России «объективно медленно» [421].

Социально-экономическая среда на сельских территориях трансформируется под влиянием проникновения внешних инноваций (компьютеризация, агломерационные процессы и др.) и внутренних процессов [424].

Цифровизация экономики и социальной сферы выступают стратегическими приоритетами развития сельских территорий России [29] и предполагает качественно новый уровень региональной системы здравоохранения [221]. Эффективность внедрения и использования IT-технологий определяет кардинальное улучшение медицинской деятельности: повышение доступности и

качества медицинской помощи, более эффективную организацию работы медицинского персонала, внедрение инновационных методов лечения на отдаленных территориях [112]. В исследовании Г.А. Русановского и соавт. [341] установлена высокая дифференциация регионов РФ по объективным факторам (уровень экономического развития региона, инфраструктура цифровизации, доля молодых возрастов в структуре населения, удельный вес лиц с высшим образованием и др.) использования сельским населением цифровых технологий для получения услуг здравоохранения. В исследовании отмечена существенная роль качества населения в решении проблем цифровизации сельского здравоохранения, готовности населения обучаться новым технологиям и использовать их в профессиональной деятельности и повседневной жизни.

По мнению Н.В. Заболотной и соавт. [125], процесс цифровизации здравоохранения в России идёт медленно, это определено низким уровнем использования средств информатизации в медицинских организациях на региональных уровнях, также наблюдается отставание в использовании и внедрении новых технологий, сервисов для улучшения качества медицинских услуг.

Телемедицина относится к ключевым направлениям развития цифровой медицины в краткосрочной перспективе [420] и рассматривается как самый динамичный аспект цифровой трансформации здравоохранения. Предполагается, что телемедицина трансформирует в более эффективное оказание первичной и специализированной медицинской помощи [191].

К преимуществам телемедицины относится уменьшение количества врачебных ошибок, рациональное расходование времени пациентов и врачей, повышение эффективности медицинских организаций, повышение своевременности и качества медицинского сервиса для населения, проживающего на географически отдаленных и сельских территориях [17, 160].

Телемедицина является современным направлением повышения доступности, качества и экономической эффективности медицинского сервиса [191].

В России самым распространенным способом оказания телемедицинской помощи является телеконсультация [316].

По мнению Б.В. Зингермана и соавт. [133], «телемедицина» предполагает два направления: «врач–врач» и «пациент–врач», имеющие принципиально разное организационное и нормативное регулирование. В направлении телемедицины контекста «пациент–врач» предполагаются дистанционные интеракции субъекта с системой здравоохранения [133], что не является альтернативой индивидуальных интеракций врач–пациент [191]. Асинхронные системы телемедицины, рассматриваются как вспомогательные при организации медицинской помощи в РФ [54] и предполагают расширение существующих коммуникаций между пациентом и врачом [191].

Б.В. Зингерман и соавт. [133] рассматривают необходимость апробации на начальном этапе телемедицинских коммуникаций «пациент–врач» в «больших городах, имеющих хорошее покрытие мобильным интернетом, среди психологически и технически подготовленного, платежеспособного и достаточного молодого населения», стремящегося к техническим инновациям.

В системе здравоохранения цифровые технологии обладают огромным потенциалом для повышения качества здравоохранения и снижения затрат, но сталкиваются с множеством барьеров [548, 576]. Внедрение электронного здравоохранения в странах с низким уровнем ресурсов затруднено ограниченными ресурсами и инфраструктурой, недостаточным вниманием к программам электронного здравоохранения, этическими и правовыми соображениями, отсутствием общих стандартов совместимости систем, ненадежной властью, дефицитом и недостаточной профессиональной компетентностью квалифицированных кадров [493, 522, 566]. Группы населения с социальными депривациями имеют более низкую доступность цифровых технологий, подвержены риску маргинализации, следствием которой является потенциальное усиление неравенства пациентов в здравоохранении [458, 467, 471, 564].

Результаты исследования J. Chen et al. [476] показали значительные препятствия для использования телемедицины в больницах, расположенных в сельских районах. Для сельских больниц «барьеры включают отсутствие потенциала в области здравоохранения среди медицинских работников в сообществе и отсутствие возможностей для привлечения пациентов». Различия в использовании информационных технологий здравоохранения между сельским и городским населением констатируют D.A. Haggstrom et al. [563].

Здравоохранение заинтересовано в интеграции полезных инноваций в области цифрового здравоохранения в существующие ИТ-ландшафты. Успешному внедрению цифровых инноваций в области цифрового здравоохранения препятствуют многочисленные барьеры [505].

Д. Ким и соавт. [160] рассматривают четыре категории барьеров, сдерживающих распространение электронного здравоохранения: финансовые, технические, логистические и культурные.

В исследовании A. Gleiss, S. Lewandowski [505] изучаются типичные барьеры цифровых инноваций в медицинских организациях. Авторы рассматривают шесть основных типов барьеров: технологические, организационные, поведенческие, финансовые, юридические и структурные барьеры.

Обсуждая барьеры в контексте институциональных рисков цифровизации здравоохранения следует отметить, что они «возникают в ситуациях неэффективности функционирования институциональных механизмов, нестабильности институциональной среды и прочих проявлений нерациональности институтов» [418]. Как отмечает Н.А. Лебедева-Несевря [190], существование риска рассматривается как объективная опасность, которая «всегда опосредуется социальными и культурными стереотипами и процессами». Говоря об институциональных рисках, исследователи отмечают их существенное многообразие [91].

Рассмотрим многоуровневое распределение институциональных рисков цифровизации сельского здравоохранения в регионе.

Федеральный уровень:

Правовые риски

– Отсутствие нормативно-правовой базы применения информационных технологий при предоставлении услуг [175].

– Процессы недостаточной адаптации законодательства к цифровизации медицины [183, 420]. Необходимость формирования новых стандартов и развитие законодательной и нормативной базы [15].

– Отсутствие правовой конфиденциальности в телемедицине [112]. В исследованиях [516, 569] отмечается значение безопасности и конфиденциальности при использовании цифровых технологий, при недостаточном обеспечении безопасности и конфиденциальности доверие к инновационным услугам снижается [597].

– Различия в законодательстве всех уровней [552], возможное несоответствие инноваций в здравоохранении требованиям законодательства [552, 587], отсутствие всеобъемлющей стандартизации [516]. В связи с отсутствием правовых актов, подтверждающих законность/легитимность цифровой медицины, диагнозы, установленные врачом при видеоконсультациях, не имеют формальной силы [316]. В связи с отсутствием процедуры лицензирования телемедицинских услуг существуют риски медицинской ответственности специалистов [142, 316].

– Отсутствие юридической защиты и лицензирования врачей, осуществляющих телеконсультации [142, 160, 266]. Проблемы защиты персональных данных пациентов, которые могут возникнуть при технических ошибках или несанкционированном доступе [183].

– Отсутствие конфиденциальности при передаче, хранении и обмене информацией между специалистами здравоохранения, находящимися в различных юрисдикциях [142, 316].

Организационно-управленческие (логистические) и технологические риски

– Отсутствие стратегии цифровизации отечественной медицины.

– Отсутствие «детально проработанного комплексного проекта поэтапного создания национальной телемедицинской системы, недостаточная проработка вопросов применения профильных информационных систем» [15].

– Наличие технологических барьеров при решении функциональных проблем сервиса на различных уровнях, начиная от IT-инфраструктуры страны [466, 502]. По мнению E. L.S. Bally et al. [465], P. Nohl-Deryk et al. [469], основные препятствия на пути интеграции электронного здравоохранения – отсутствие взаимодействия с существующими информационными системами, трудности с финансированием внедрения и ограниченная готовность к изменениям в общей практике.

– Реализация проекта по устранению цифрового неравенства и подключение к интернету жителей сельских, удаленных и труднодоступных районов пока не получило финансового сопровождения [420].

Региональный уровень:

Финансовые риски

Стоимость определяется как критический барьер для внедрения электронного здравоохранения [569]. Во многих исследованиях [468, 518, 519, 541, 546] обсуждаются проблемы нехватки государственных средств и отсутствия государственной финансовой поддержки цифровых инноваций. Высокие затраты на внедрение часто представляют собой сдерживающий фактор цифровизации здравоохранения. Кроме того, существует общее отсутствие (внешних) финансовых стимулов для внедрения и использования цифровых инноваций в здравоохранении [516]. По мнению Д. Ким и соавт. [160], основные финансовые проблемы связаны «со стартовыми затратами, эксплуатационными расходами и возмещением издержек либо стимулирующих выплат».

– Практически полное отсутствие свободных финансов в отдаленных территориях, которые могли бы быть инвестированы в развитие телемедицины [142, 316].

– Непроработанность вопроса оплаты такой медицинской услуги как телекоммуникационная консультация, телекоммуникационный консилиум и т.д. [15].

– Постоянный рост цен на телемедицинские консультации [142, 316].

Уровень медицинских организаций и пользователей (медицинский персонал и пациенты):

Поведенческие риски

Существует значительный потенциал электронного здравоохранения для предоставления экономически эффективной и качественной медицинской помощи. Однако по-прежнему сохраняется несоответствие между использованием электронного здравоохранения и его внедрением [501, 507, 586].

Многие барьеры возникают на индивидуальном уровне, то есть на уровне персонала или пациента. Индивидуальные барьеры включают отношение к технологиям или отсутствие внутренней мотивации и знаний. Негативное отношение к новым технологиям часто проистекает из отсутствия мотивации или, особенно в отношении пожилых пациентов, низкой воспринимаемой полезности и доверия к технологиям в целом [464, 494, 525, 574].

– Недостаточная подготовленность медицинских кадров, отсутствие у медицинского персонала знаний для использования телемедицинского оборудования, что делает невозможным использование телемедицинских услуг в повседневной клинической деятельности [142, 316]. Не имеющие достаточного IT-образования пользователи формируют, по определению А.Ю. Щупак и соавт. [291], недоцифровизацию – недостаточные цифровые навыки специалистов здравоохранения.

– Дефицит специалистов [142, 187, 316], и, как следствие, отсутствие в медицинских организациях услуг, определяемых цифровизацией здравоохранения [142].

– Неготовность врачей к телемедицинской деятельности включает отказ от использования новейших технологий в повседневной практике, дистанционное лечение пациентов [112, 160].

В процессе цифровизации здравоохранения формируются «совершенно новые формы взаимодействия» субъектов врач–пациент [201], требующие от участников взаимодействия психологической готовности [233]. В российских исследованиях [233, 428] обсуждается психологическая неготовность врачей к цифровизации здравоохранения. Их консервативность и недоверие к новым технологиям выступает одним из ведущих факторов, препятствующих развитию цифрового здравоохранения [233].

Специалист при использовании телемедицины испытывает недостаточность информации, коммуникации и медицинского влияния [55].

– Отсутствие образовательных стандартов и самого образования для врачей по вопросам цифровизации медицины.

– Ограничение доступности цифровых услуг для населения [142].

У населения могут отсутствовать необходимые технические навыки, чтобы использовать цифровые медицинские услуги. В ситуации финансовых дприваций не все пациенты в состоянии купить современное телемедицинское оборудование для дистанционных консультаций с врачом [183]. А.В. Егорова [112] предполагает, что пожилые пациенты не смогут использовать телемедицинские технологии. Исследования демонстрируют наличие значительного цифрового разрыва между возрастными группами населения [498].

– Недоверие пациентов к инновациям в системе здравоохранения, консерватизм пациентов [112].

Население недостаточно информировано и относится с недоверием к возможностям цифровых технологий [142, 316]. Результаты исследований, проведенных Министерством здравоохранения Российской Федерации, свидетельствуют о том, что пациенты большинства регионов из новых возможностей используют только удаленную запись на прием [112].

– Возможная неудовлетворенность пациентов качеством дистанционных медицинских услуг [160].

Организационно-управленческие (логистические) и технологические риски

– Недостаточное развитие региональной инфраструктуры, отсутствие скоростного Интернета, недостатки взаимодействующих интерфейсов [142, 316].

– «Отсутствие необходимой инфраструктуры для медицинских информационных систем, отсутствие высокоскоростного Интернета в организациях в отдалённых регионах России» [175].

– Устаревшие технологии и отсутствие интеграции новых и существующих технологий и данных [175, 316]. Как отмечают S. McLachlan et al. [452], отсутствие совместимости между новыми и устаревшими системами может быть критическим препятствием, особенно если предлагаемая услуга не работает на доступных устройствах.

– Недостаток интеграции цифровизации в клиническую работу приводит к увеличению объема работы для пользователей вместо снижения рабочей нагрузки [506, 552]. Проблемы, связанные с врачами, включают в себя то, что у них просто нет времени на проблемы, не связанные с лечебной работой [516].

– Иерархический дефицит включает в себя низкий уровень управления изменениями, невозможность преодоления сопротивления технологически обусловленному внедрению цифровых инноваций [519].

– Проблема отсутствия системы управления качеством при оказании медицинской помощи с использованием дистанционных средств связи в связи с практической невозможностью процесса оценки ее качества [183].

– Ограничение технологической доступности цифровых услуг для населения. Медицинские организации, население могут не располагать необходимыми техническими средствами и навыками для того, чтобы воспользоваться цифровыми услугами [183, 519].

В условиях пандемии Covid-19 цифровизация здравоохранения рассматривается в качестве перспективных подходов к оказанию медицинской помощи и обеспечения постоянной доступности для пациентов жизненно важных медицинских услуг, сведя к минимуму потенциальную подверженность инфекции и позволив сохранять социальную дистанцию [475, 479, 487, 584].

Проблемы пандемии Covid-19, требующие изоляции, карантина и социального дистанцирования, ускорили зависимость от цифрового здравоохранения, особенно для лечения хронических заболеваний [485, 577] и послужили «катализатором для разработки и внедрения широкого спектра технологий дистанционного мониторинга в сфере оказания медицинской помощи» [470].

Резюме

Социально-экономические, организационные, инфраструктурные, профессионально-трудовые, культурные и другие особенности сельского уклада жизни, высокий уровень бытовой физической нагрузки определяют высокие риски здоровью населения села.

Депопуляция сельских территорий, экологические риски и ограничения доступности медицинской помощи жителям села привели к ухудшению показателей, характеризующих здоровье сельского населения, более выраженным негативным тенденциям показателей здоровья сельского населения по сравнению с городским в регионах России.

Инфраструктурные и социально-экономические условия сельских территорий, «оптимизация» сельских медицинских организаций детерминируют процесс оказания медицинской помощи, ограничение доступности и низкую эффективность сельского здравоохранения.

Внедрение в организации сельского здравоохранения обладающих высоким потенциалом для повышения эффективности системы здравоохранения цифровых практик и технологий, успешно реализуемых в городских медицинских организациях, ограничено условиями кадрового дефицита, недостаточно развитой инфраструктурой и иными многоуровневыми институциональными рисками цифровизации сельского здравоохранения, а именно:

Федеральный уровень:

- правовые риски,
- организационно-управленческие (логистические) и технологические риски.

Региональный уровень:

– финансовые риски.

Уровень медицинских организаций и пользователей (медицинский персонал и пациенты):

– поведенческие риски,

– организационно-управленческие (логистические) и технологические риски.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Этапы и программа исследования

Исследование выполнялось в Саратовской области, типичном регионе Российской Федерации, входящем в состав Приволжского Федерального округа.

Саратовская область расположена в европейской части юго-востока России, входит в состав Приволжского Федерального округа (ПФО), соседствует с Волгоградской, Воронежской, Пензенской, Самарской, Тамбовской, Ульяновской областями, имеет государственную границу России с Казахстаном. Саратовская область – единственная в России, на территории которой имеются три природно-климатические зоны – лесостепь, степь и полупустыня, причем 80% территории области расположено в степной зоне. Площадь территории Саратовской области составляет 101,2 тыс. кв. км., население по состоянию на 1 января 2021 года составило 2395111 человек (по результатам Всероссийской переписи 2010 года – 2521,9 тыс. чел., их которых 1879,6 тыс. чел. – городское и 642,3 тыс. чел. – сельское население. В Саратове проживало 837,9 тыс. чел.) [301].

Административно-территориальное устройство региона включает 38 муниципальных районов, 3 закрытых административно-территориальных образования (ЗАТО) и административный центр – город Саратов. В составе Саратовской области 18 городов общей численностью 1813,4 тыс. человек (таблица 2), из которых наиболее крупными являются: Саратов, Энгельс, Балаково, Балашов, Вольск [224].

В структуре Саратовской области на 01.01.2021 г. насчитывается 1719 сельских населенных пунктов, в 8% из которых население отсутствует.

Таблица 2 – Численность городского населения Саратовской области на 01.01.2021 г. (абс.)

| № п/п | Город | Численность населения (чел.) | Поселок городского типа | Численность населения (чел.) |
|-------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1. | Саратов | 830155 | Базарный Карабулак ¹ | 9293 |
| 2. | Аркадак ¹ | 11340 | Свободный | 1848 |
| 3. | Аткарск ¹ | 23660 | Пионеровка | 3357 |
| 4. | Балаково ¹ | 186012 | Сенной | 5920 |
| 5. | Балашов ¹ | 74981 | Дергачи ¹ | 7584 |
| 6. | Вольск ¹ | 60948 | Духовницкое ¹ | 4732 |
| 7. | Ершов ¹ | 18431 | Екатериновка ¹ | 5693 |
| 8. | Калининск ¹ | 15207 | Каменский | 2710 |
| 9. | Красноармейск ¹ | 22083 | Горный ¹ | 4470 |
| 10. | Красный Кут ¹ | 13996 | Новые Бурасы ¹ | 5765 |
| 11. | Маркс ¹ | 30241 | Озинки ¹ | 7850 |
| 12. | Новоузенск ¹ | 14987 | Ровное ¹ | 4246 |
| 13. | Петровск ¹ | 27987 | Романовка ¹ | 6229 |
| 14. | Пугачев ¹ | 40425 | Самойловка ¹ | 6426 |
| 15. | Ртищево ¹ | 38030 | Красный Октябрь | 3190 |
| 16. | Хвалынский ¹ | 12143 | Соколовый | 6502 |
| 17. | Шиханы | 5230 | Степное ¹ | 11443 |
| 18. | Энгельс ¹ | 226143 | Пушкино | 2184 |
| 19. | ИТОГО | 1643604 | Советское ¹ | 3100 |
| 20. | | | Татищево ¹ | 7267 |
| 21. | | | Турки ¹ | 5463 |
| 22. | | | Мокроус ¹ | 5906 |
| 23. | | | ИТОГО | 121178 |

¹ - муниципальный районный центр

По плотности населения Саратовская область занимает в России 42 место среди всех регионов, на 01.01.2021 г. плотность населения составила 26,2 чел/км². По состоянию на 1 января 2021 года средняя плотность населения в России составила 8,54 чел/км².

Характерна выраженная дифференциация административных единиц региона в зависимости от плотности населения: так в г. Саратове плотность населения составляет 2204 чел/км², в то время как в муниципальных районах области она значительно ниже, – по Духовницкому району Саратовской области (сельский район) плотность составила 3 чел/км², по Ершовскому – 3,6 чел/км², по Петровскому – 6,3 чел/км² [349, 350, 351, 352].

Объект исследования – тенденции развития сельского здравоохранения в системе здравоохранения региона.

Предмет исследования:

социальное функционирование профессиональной группы врачей районных медицинских организаций в контексте социально-организационных характеристик сельского здравоохранения Саратовской области.

Гипотеза исследования.

Специфика социальных и экономических условий сельских территорий в регионе определяет тенденции развития сельского здравоохранения, формирование дисфункциональных практик и реализуется в снижении доступности и качества медицинской помощи сельскому населению.

Нормативное обеспечение планирования мощностей медицинских организаций и профилизации коечного фонда сельского здравоохранения регионов не соответствуют современным потребностям населения сельских территорий, особенно в условиях депопуляции и низкой плотности населения и способствуют формированию структурно-профессиональных диспропорций региональной системы здравоохранения.

Качество жизни и профессиональное функционирование врачей, определяя эффективность сельского здравоохранения, социально детерминированы. Перспективы совершенствования сельского здравоохранения связаны с профилактикой и устранением дисфункциональных практик, оптимизацией качества жизни и условий профессиональной деятельности врачей, преодолением их социальных и финансовых деприваций.

Исследование проводилось с 2017 по 2021 гг. в рамках НИОКР «Медико-социологическое обоснование и направления совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению в системе здравоохранения региона» (регистрационный номер 121110800016-9 от 18.11.2021 г.).

Для решения поставленных задач были использованы социологические, медико-социологические, аналитические, статистические, математические методы исследования.

В исследовании осуществлен анализ тенденций развития сельской медицины региона в контексте функций (AGIL), представленных Т. Парсонсом для характеристики социальной системы. Академик РАН А.В. Решетников рассматривает «функции социального института медицины через призму теории социальных систем Т. Парсонса как функциональный комплекс процессов адаптации, целедостижения, интеграции и поддержания целостности» [326].

Эмпирические исследования одобрены этическим комитетом ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

Диссертационное исследование включало 5 этапов.

На **первом этапе** (2017-2018 гг.) осуществлен аналитический обзор отечественной и иностранной литературы, нормативно-правовых актов, который был продолжен на всех этапах исследования, разработана программа исследования. Определены социальные детерминанты и индивидуальные факторы здоровья сельского населения, характеристики сельского здравоохранения. Рассмотрено многоуровневое распределение барьеров цифровизации сельского здравоохранения в регионе. До 2022 г. обзор дополнялся новыми литературными источниками.

На **втором этапе** (2018-2019 гг.) исследования осуществлен ретроспективный компаративный анализ демографических характеристик здоровья сельского населения РФ и Саратовской области, как типичного представителя российских регионов. По окончании исследования десятилетнего периода анализ дополнен данными 2019-2020 гг.

Для получения информации о тенденциях состояния здоровья сельского населения России и Саратовской области, изучены в десятилетней ретроспективе показатели численности городского и сельского населения, коэффициенты воспроизводства населения РФ и Саратовской области – смертности, рождаемости, естественного прироста за период 2011-2020 гг.

В качестве источников информации использовались официальные сборники статистических материалов «Сельское здравоохранение России», электронные сборники «Россия в цифрах», публикации и оперативные данные сайта официальной государственной статистики Российской Федерации за 10 лет [95, 130, 281].

Проведена группировка статистических данных, сформированы комбинационные таблицы по исследуемым показателям. В работе применялись статистический, аналитический и математический методы исследования. Статистическая достоверность разности относительных величин определялась с помощью критерия Стьюдента при $p < 0,05$ и $t > 2$ с использованием программы Microsoft Excel 2019 [285]. Данные представлены в виде $P \pm m$.

На третьем этапе (2019-2020 гг.) в контексте функции «Целедостижение» представлена социальная эффективность системы здравоохранения, одним из ведущих индикаторов которой является оценка и мониторинг удовлетворенности пациентов медицинской помощью. В социологическом исследовании «Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в сельском здравоохранении» приняли участие страдающие хроническими заболеваниями врачи из медицинских организаций районов Саратовской области.

Среди дисфункциональных практик института медицины – формирование «парадоксального (декларативного) здравоохранения», одной из характеристик которого является снижение доступности медицинской помощи населению. Медико-социологическое исследование «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» включало фокус-групповое исследование и анкетный опрос респондентов – врачей, страдающих хроническими заболеваниями. В анкетном опросе социологического

исследования «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» приняли участие врачи, работающих в сельских медицинских организациях региона.

С 2020 г. в ситуации эпидемии Covid-19 возникли дополнительные условия ограничений доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в медицинских организациях региона. С целью анализа доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в сельском здравоохранении в 2020 г. проведено социологическое исследование «Анализ доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в период эпидемии Covid-19».

На третьем этапе с целью изучения мнения сельских жителей о приоритетных направлениях улучшения деятельности сельского здравоохранения проведено социологическое исследование «Приоритетные направления улучшения деятельности сельского здравоохранения региона».

На четвертом этапе (2020 г.) проведен анализ формирования рынка медицинских услуг и особенности организации медицинской помощи сельским жителям (за период 2011-2021 гг.), разработана типология районов Саратовской области. Осуществлен анализ нормативных документов, регулирующих организацию медицинской помощи населению сельских территорий.

Функционирование интегрированной модели медицинской помощи для обеспечения непрерывного сопровождения пациентов с хронической патологией рассматривается в контексте «Интегративной» функции. С целью анализа взаимодействия медицинских организаций и преемственности в лечении пациентов в сельском здравоохранении Саратовской области проведено компаративное социологическое исследование «Анализ интеграционных процессов при оказании медицинской помощи в сельском здравоохранении региона». Оценке полученных результатов предшествовал вторичный социологический анализ исследования «Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей» [52].

С целью изучения состояния ресурсного обеспечения сельского

здравоохранения региона рассмотрены социально-профессиональные характеристики и составлен социальный портрет врачей, работающих в медицинских организациях районов Саратовской области. В 2021 г. продолжено составление социального портрета врачей сельского здравоохранения региона. Объектом исследования выступили врачи, работающие в медицинских организациях районов Саратовской области.

Рассмотрение функции «Адаптация» реализовано в обсуждении перспектив цифровизации сельского здравоохранения в регионе. Для изучения мнения врачей о цифровизации медицины на сельских территориях Саратовской области проведено социологическое исследование «Риски цифровизации в сельской медицине региона».

На пятом этапе (2020-2021 гг.) проведено компаративное исследование качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях районов Саратовской области с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 [98].

В исследовании не установлено достоверных гендерных и возрастных различий качества жизни респондентов. Исследование качества жизни врачей сельских медицинских организаций включало оценку влияния финансовых деприваций на качество жизни врачей. Предположение о влиянии на качество жизни степени финансовых деприваций в исследовании не подтвердилось.

На пятом этапе проведен компаративный анализ качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях г. Саратова и районов Саратовской области. Установлено профессионально- и социально-детерминированное снижение показателей качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях районов Саратовской области, во всех сферах и субсферах опросника ВОЗ КЖ-100.

Исследование «Оценка влияния эмоционального выгорания на качество жизни врачей» с использованием опросника «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, основанного на «динамической модели выгорания и описывающего 3 фазы развития синдрома выгорания и характерные для них симптомы» [199]. При сравнительном анализе установлены статистически достоверные различия

средних показателей качества жизни респондентов из групп с различными фазами выгорания.

«Латентная» функция предполагает обсуждения континуума профессионального образования врачей. В социологическом исследовании «Самообразование в системе непрерывного медицинского образования» проведен анализ тенденций самообразования в профессиональном образовании врачей в сельском здравоохранении региона. При составлении анкеты социологического опроса использована анкета по самообразованию, разработанная и апробированная в диссертационном исследовании Т.В. Кирюхиной [161].

На пятом этапе проведено компаративное социологическое исследование «Оценка удовлетворенности врачей медицинских организаций профессиональной деятельностью» с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым [323, 329]. Выявлены достоверно значимые отличия удовлетворенности городских и сельских врачей медицинских организаций профессиональной деятельностью.

На пятом этапе (2021 г.) типологизированы экономические, профессиональные, психологические и этические факторы, влияющие на статусную позицию и престиж профессии сельского врача, в соответствии с которой разработаны направления совершенствования сельского здравоохранения.

В работе проведены эмпирические исследования:

Социологическое исследование «Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в сельском здравоохранении» с участием 312 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области. Все респонденты страдали хроническими заболеваниями. Вопросы анкеты разработаны академиком РАН А.В. Решетниковым [323]. Респонденты могли указать несколько вариантов ответов на вопросы анкеты (Приложение Г).

Метод обработки полученных данных статистический.

Медико-социологическое исследование «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» включало

фокус-групповое исследование и анкетный опрос респондентов – врачей, страдающих хроническими заболеваниями. В фокус-групповом исследовании приняли участие 8 врачей, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области. Респонденты, участвующие в фокус-группе, страдали хроническими заболеваниями (более 10 лет), двоим респондентам установлена группа инвалидности.

В соответствии с гайдом фокус-группового исследования обсуждались следующие вопросы:

- анализ доступности медицинской помощи врачам с хроническими заболеваниями в медицинских организациях региона;
- направления повышения доступности медицинской помощи специалистам здравоохранения (Приложение Д).

В анкетном опросе социологического исследования «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» приняли участие 312 врачей, работающих в сельских медицинских организациях региона. Вопросы анкеты разработаны академиком РАН А.В. Решетниковым [323]. Респонденты могли указать несколько вариантов ответов на вопросы анкеты (Приложение Е).

Метод обработки полученных данных статистический.

Социологическое исследование «Анализ доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в период эпидемии Covid-19», в котором приняли участие 312 респондентов. Опросник для интервью составлен с использованием вопросов, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым [321, 323] и включал закрытые и открытые вопросы (Приложение Ж).

Метод обработки полученных данных статистический.

Социологическое исследование «Приоритетные направления улучшения деятельности сельского здравоохранения региона», в котором приняли участие 327 врачей из сельских медицинских организаций региона. Для исследования составлена анкета, некоторые вопросы которой предполагали альтернативные ответы (Приложение И).

Метод обработки полученных данных статистический.

Компаративное социологическое исследование «Анализ интеграционных процессов при оказании медицинской помощи в сельском здравоохранении региона», в котором приняли участие 319 врачей, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области. Анкетирование респондентов проводилось с использованием вопросов анкеты, разработанной С.В. Сажиной и соавт. [52] (Приложение К).

Метод обработки полученных данных статистический.

Медико-социологическое исследование «Социальный портрет профессиональной группы врачей, релевантный сельскому здравоохранению». Проведено анкетирование 327 респондентов с использованием анкеты, разработанной академиком РАН А.В. Решетниковым [323] (Приложение Л). Метод обработки полученных данных статистический.

Социологическое исследование (формализованное интервью) «Риски цифровизации в сельской медицине региона». Проведен опрос 87 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области. Для проведения исследования был разработан опросник с закрытыми вопросами, состоящий из общей и специальной частей. Некоторые вопросы предполагали несколько ответов (Приложение М).

Метод обработки полученных данных статистический.

Медико-социологическое исследование «Качество жизни врачей в сельском здравоохранении», в котором приняли участие 327 респондентов. Исследование проводилось с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 [98] (Приложение Н).

Метод обработки полученных данных статистический.

В исследовании проведен компаративный анализ¹ качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях региона (594 респондента) и районов Саратовской области (327 респондентов).

Метод обработки полученных данных статистический.

¹ Сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни

Статистическая обработка результатов анкетирования проводилась с помощью стандартных алгоритмов программы SPSS Statistics. Рассчитывались средние значения, медианы показателей качества жизни респондентов.

Статистическая достоверность различия средних значений определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни (КМУ). Различие считалось статистически значимым, если рассчитанный параметр p оказывался $< 0,05$.

Проверка соответствия распределений исследуемых величин нормальному распределению проводилась во время «начального анализа» данных с помощью алгоритмов, встроенных в частотный анализ программы SPSS Statistics. В большинстве случаев для «параметров» респондентов (возраст, стаж и т.п.) отклонения от нормального распределения оказались небольшими (удовлетворяющими одновыборочному критерию Колмогорова-Смирнова). В исследовании качества жизни респондентов распределение показателей качества жизни значительно отличалось от нормального, что инициировало использование методов непараметрической статистики.

При компаративном исследовании качества жизни выборочная совокупность разбивалась на группы по тому или иному критерию. При наличии (отсутствии) статистически значимого различия средних значений какого-либо показателя качества жизни в группах, делался вывод о зависимости (независимости) данного показателя от соответствующего критерия.

Медико-социологическое исследование «Оценка влияния эмоционального выгорания на качество жизни врачей», в котором приняли участие 327 врачей, работающих в сельских медицинских организациях Саратовской области. Исследование проводилось с использованием опросника «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, основанного на «динамической модели выгорания и описывающего 3 фазы развития синдрома выгорания и характерные для них симптомы» [199] (Приложение П).

Метод обработки полученных данных: ранжирование, статистический.

Социологическое исследование (формализованное интервью) «Самообразование в системе непрерывного медицинского образования».

Проведен опрос 87 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области. В интервью использована анкета по самообразованию, разработанная и апробированная в диссертационном исследовании Т.В. Кирюхиной [161]. Некоторые вопросы анкеты предполагали несколько альтернативных ответов (Приложение Р).

Метод обработки полученных данных статистический.

Компаративное социологическое исследование «Оценка удовлетворенности врачей медицинских организаций профессиональной деятельностью» с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым [323, 329] (Приложение С). В исследование участвовали 327 врачей, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области и 594 врача из медицинских организаций региона.

Метод обработки полученных данных статистический.

Критерии отбора респондентов: в исследования включены врачи, работающие в медицинских организациях районов Саратовской области. При генеральной совокупности, составляющей 1283 врачей, работающих в медицинских организациях районов Саратовской области, минимальный объем выборочной совокупности, определяющий ее репрезентативность, составляет 296 респондентов.

Расчет объема выборочной совокупности для проведения каждого исследования производился по формуле:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)N}{\Delta^2 N + z^2 p(1-p)}, \text{ где}$$

n – объем выборочной совокупности,

N – объем генеральной совокупности,

Δ – заданная погрешность (предельная ошибка выборки) (5%)

t – коэффициент Стьюдента ($t = 1,96$),

p – вероятность события (принята 0,5). Предельная ошибка выборочной совокупности $\Delta = 5\%$ считается приемлемой для большинства статистических

исследований в социологии медицины [285] с максимальным объемом выборочной совокупности.

Таким образом,

$$n = \frac{1,96^2 0,5(1 - 0,5)1283}{0,05^2 1283 + 1,96^2 0,5(1 - 0,5)} = 296$$

Качественный состав выборочной совокупности соответствует общей характеристике генеральной совокупности. Все выборочные совокупности для проведения исследований являются репрезентативными.

Программно-методическое обеспечение исследования представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Программно-методическое обеспечение исследования

| Задачи исследования | Эмпирические исследования | Методы исследования | Единицы наблюдения (объекты) и объем исследования | Источники информации | Методы обработки полученных данных |
|---|---------------------------|---------------------|---|---|---|
| 1. Представить медико-социологическую оценку состояния сельского здравоохранения Российской Федерации в современных социально-экономических условиях. | | Аналитический | 362 отечественных и 121 зарубежных литературных источника | Отечественная и зарубежная литература, нормативно-правовые акты | Аналитический |
| 2. Осуществить медико-социологический анализ здоровья сельского населения Саратовской области. | | Статистический | Более 5 тысяч показателей | Данные сайта официальной государственной статистики Российской Федерации Сборники статистических материалов «Сельское здравоохранение России» с 2012 по 2021 годы | Аналитический Методы математической статистики |

Продолжение Таблицы 3

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|----------------------------------|
| 3. Изучить сельского жителя в социальной роли потребителя медицинских услуг здравоохранения сельской территории. | «Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в сельском здравоохранении» | Социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (312) | Анкеты респондентов | Методы математической статистики |
| | «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» | Социологический (стандартизованное интервью фокус группы) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (8) | Карта проведения стандартизованного интервью | |
| | «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» | Социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (312) | Анкеты респондентов | Методы математической статистики |
| | «Анализ доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в период эпидемии Covid-19» | Социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (312) | Анкеты респондентов | Методы математической статистики |

Продолжение Таблицы 3

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| | «Приоритетные направления улучшения деятельности сельского здравоохранения региона» | Социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (327) | Анкеты респондентов | Методы математической статистики |
| 4. Рассмотреть современные тенденции развития сельского здравоохранения региона. | | Статистический Аналитический | Более 10000 статистических показателей | Годовой отчет медицинской организации – форма № 30 официальный сайт Минздрава Саратовской области данные сайта официальной государственной статистики РФ и Саратовской области | Методы математической статистики |
| | | Аналитический (анализ нормативно-правовых документов, ретроспективный анализ) | Нормативно-правовые акты (33 ед.) | Электронная справочная правовая информационная система «Консультант». | Аналитический Методы математической статистики |

Продолжение Таблицы 3

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|----------------------------------|
| | «Анализ интеграционных процессов при оказании медицинской помощи в сельском здравоохранении региона» | Социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций медицинских организаций районов Саратовской области (319) | Анкеты респондентов | Методы математической статистики |
| | «Социальный портрет профессиональной группы врачей, релевантный сельскому здравоохранению» | Социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (327) | Анкеты респондентов | Методы математической статистики |
| | «Риски цифровизации в сельской медицине региона» | Социологический (формализованное интервью) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (87) | Карта проведения формализованного интервью | Методы математической статистики |
| 5. Осуществить анализ качества жизни, статуса и удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей сельских медицинских организаций региона. | «Качество жизни врачей в сельском здравоохранении» | Медико-социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (327) | Анкеты респондентов | Методы математической статистики |

Продолжение Таблицы 3

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| | «Оценка влияния эмоционального выгорания на качество жизни врачей» | Медико-социологический (анкетный опрос) | Врачи медицинских организаций районов Саратовской области (327) | Анкеты респондентов | Ранжирование Методы математической статистики |
| | «Самообразование в системе непрерывного медицинского образования» | Социологический (формализованное интервью) | Врачи медицинских организаций медицинских организаций районов Саратовской области (87) | Карта проведения формализованного интервью | Методы математической статистики |
| 6. Разработать направления совершенствования здравоохранения в регионе. | направления сельского | Аналитический | | Результаты собственных исследований Электронная справочная правовая информационная система «Консультант». Данные официальной статистики здравоохранения по Саратовской области и Российской Федерации | |

2.2. Характеристика баз исследования

Базами исследования выступили 24 из 36 районных больниц (РБ) Саратовской области – государственные медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную и специализированную МП населению муниципальных районов Саратовской области. Нами проведена группировка районных больниц, выделено 4 группы в зависимости от количества обслуживаемого населения.

Типичным представителем районных больниц **1 группы** (численность обслуживаемого населения от 10 до 20 тыс. чел.) является **Озинская районная больница** Саратовской области. Озинский район расположен на юго-востоке области, в сухостепной зоне в пределах Сыртовой равнины. Озинская районная больница обслуживает 18 тысяч человек населения, проживающих в 37 сельских населённых пунктах. РБ имеет в своем составе стационар на 110 коек (6 профильных отделений), параклинические службы, поликлинику на 160 посещений в смену, офис врача общей практики, 21 ФАП. Всего в больнице работает 308 человек, медицинских персонал представляют 24 врача и 140 средних медицинских работников.

Новоузенская районная больница относится к **2 группе** РБ Саратовской области (численность обслуживаемого населения 21-40 тыс. чел.). Новоузенский район является одним из самых удаленных в Саратовской области. Он расположен в юго-восточной части области на северной окраине Прикаспийской низменности, на границе полупустыни и сухой степи и граничит с Северным Казахстаном. Новоузенская районная больница обслуживает 28 тысяч человек населения, проживающих в 82 сельских населённых пунктах, и имеет в своем составе стационар на 128 коек (6 профильных отделений), диагностические службы (клинико-биохимическая лаборатория, рентгенодиагностическое отделение, отделение функциональной диагностики, патологоанатомическое отделение), поликлинику, 3 врачебных амбулатории, 27 ФАП. Укомплектованность

врачами составила в 2019 г. 56,5%, средним медицинским персоналом – 79,3%. Квалификационные категории имеют 37% врачей и 49% средних медицинских работников.

Петровская районная больница Саратовской области является типичным представителем **РБ 3 группы** (численность обслуживаемого населения 41-100 тыс. чел.). Петровский район насчитывает 43 тыс. человек, проживающих в 65 сельских населенных пунктах. РБ представлена стационаром на 212 коек (10 профильных отделений и 7 параклинических подразделений), поликлиникой на 650 посещений в смену, дневным стационаром поликлиники на 33 койки, 2 врачебными амбулаториями с 5 койками дневного стационара в каждой, работающими в 2 смены, и 22 ФАП. На 01.01.2019 г. в РБ работало всего 600 сотрудников, в их числе 76 врачей и 290 средних медицинских работников. Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения составил 17,3 (средний областной – 21,6, целевой – 37,4). Показатель обеспеченности средними медработниками на 10 тыс. населения – 67,27 (средний областной – 89,5; целевой – 85,6). Укомплектованность врачебными кадрами составила 68%, средним медицинским персоналом – 89%. В больнице работают 10 медработников (7 врачей и 3 средних медработника), награждённых знаком «Отличник здравоохранения». Звание «Заслуженный работник здравоохранения» имеет 1 врач и 1 старшая медицинская сестра.

Энгельсская районная больница Саратовской области - представитель **4 группы** РБ (количество обслуживаемого населения – более 100 тыс. чел.). Энгельсский район расположен на левом берегу реки Волги (в степной зоне, напротив города Саратова, с которым город Энгельс соединен автомобильным мостом через р. Волгу протяженностью 3 км.). Население района составляет 309 тысяч человек, проживающих в 59 населенных пунктах, самым крупным из которых является г. Энгельс – 265 тысяч человек. РБ представлена стационаром на 212 коек (10 профильных отделений и 7 параклинических подразделений), поликлиникой на 650

посещений в смену, 10 врачебными амбулаториями, из них 4 – с дневными стационарами, отделением общеврачебной (семейной) практики и 29 ФАП.

В 2019 г. общая численность врачей в государственных (муниципальных) МО Саратовской области 9175 человек, из которых 74,6% – женщины (6844 чел.), 25,4% – мужчины (2331 чел.). Врачи клинических специальностей составляют 59%, лечебно-диагностическая группа – 35% и 6% – группа управления. Врачи сельского здравоохранения согласно официальным статистическим данным в регионе составили 351 чел.

Критерием включения врачей районных больниц в социологические исследования являлась принадлежность РБ к 1, 2 и 3 группам, в связи с тем, что большая часть населения этих муниципальных образований проживает в сельских населенных пунктах, в поселках городского типа и малых городах Саратовской области; в условиях монопольного здравоохранения (медицинские организации представлены только РБ) и связанной с этим отсутствием альтернативы и права на выбор МО; в силу территориальной отдаленности от крупных городов Саратовской области имеют ограниченную доступность к получению высококвалифицированной МП в государственных организациях областного и федерального уровней и в организациях негосударственной формы собственности. Критерий исключения – врачи, работающие в районных больницах 4 уровня.

ГЛАВА 3. Медико-социологический анализ здоровья сельского населения Саратовской области за период 2011-2021 гг.

3.1. Социально-экономическая и медико-демографическая характеристика сельского населения

На 31.12.2020 г. численность населения России составила 146,17 млн. чел., из которых 109,25 млн. чел. – городское население (74,8%), сельское население – 36,92 млн. чел. (25,2%). Начиная с 2010 года общая численность населения страны возросла на 3,2 млн. человек, но количество сельских жителей уменьшилось на 0,5 млн. человек, а городских – выросло на 3,8 млн. чел. (таблица 4).

Таблица 4 – Динамика численности городского и сельского населения Российской Федерации за период 2010–2020 гг. (тыс. человек)

| Численность населения/Годы | 2010 | 2015 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| все население | 142865 | 146545 | 146781 | 146749 | 146171 |
| городское | 105421 | 108658 | 109454 | 109563 | 109252 |
| сельское | 37444 | 37887 | 37327 | 37186 | 36919 |

В структуре населения в России преобладают женщины, как среди городского, так и среди сельского населения, на 1 января 2021 года в Российской Федерации женщин на 10,5 млн. чел. больше, чем мужчин.

В структуре сельских жителей женщины составляют 51,6% (19,05 млн. чел.), мужчины 48,4% (17,87 млн. чел.), в то же время структурные диспропорции среди городских жителей более выражены – женщины составляют 54,3%, мужчины – 45,7%.

Соотношение основных возрастных групп в общей численности населения Российской Федерации характеризует регрессивный тип популяционного здоровья, так как в структуре населения количество жителей младше трудоспособного возраста на 35% меньше, чем лиц старшей возрастной группы (таблица 5).

Таблица 5 – Возрастная структура населения Российской Федерации по данным на 01.01.2021 г. (в %)

| Возрастные группы (лет) | Доля в общей численности населения |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0 - 15 | 18,7% |
| Женщины 16 – 55, мужчины 16 - 60 | 56,0% |
| Женщины старше 55, мужчины старше 60 | 25,3%. |
| Всего | 100% |

При анализе возрастного состава населения Российской Федерации обращает на себя внимание соотношение мужского и женского населения в трех самых старших пятилетних возрастных группах, численность жителей в каждой из которых составляет меньше 1 млн. чел. (группа 100 лет и более – 26,7 тыс. чел., 95-99 лет – 124,2 тыс. чел., 90-94 года – 612,1 тыс. чел.). В структуре указанных возрастных групп женщины составляют 76,8%, мужчины – 23,2%. Анализ структуры указанных возрастных групп по месту проживания тоже меняется не в пользу села: только 17,8% составляют сельские долгожители, 72,2% – городские.

Среди возрастных групп трудоспособного возраста самую малочисленную группу составляет население в возрасте 20-24 лет (родившиеся в период 2000-2004 гг.), которая насчитывает 6,83 млн. чел., за ней следует вторая по численности населения группа лиц 15-19 лет (родившиеся в период 2005-2010 гг.), которая составляет 7,22 млн. чел.

Во всех возрастных пятилетних группах от 0 до 34 лет преобладает мужское население, с группы 35-39 лет превалирует и прогрессивно нарастает численность женского населения. Среди сельского населения – закономерность иная – мужское население по численности преобладает над женским, ситуация изменяется, начиная с группы 45-49 лет и старше, в то время как среди городского населения преобладание численности женщин над численностью мужчин начинается с группы 30-34 лет.

Самые многочисленные группы в структуре населения РФ составляют группы 30-34 лет (12,53 млн. чел.) и 35-39 лет (12,07 млн. чел.), более 10 млн.

Саратовская область на 01.01.2021 насчитывает 2395,1 тыс. чел. населения, из которых 1813,4 тыс. чел. составляет городское и 581,7 тыс. чел. – сельское население (75,7% и 24,3% соответственно). Из общей численности населения Саратовской области лица в трудоспособном возрасте составляют 1334,7 тыс. чел. (городское трудоспособное население – 1020,3 тыс. чел., сельское – 314,4 тыс. чел.).

В структуре населения Саратовской области преобладают женщины, как среди городского, так и среди сельского населения, на 1 января 2021 года в регионе женщин зафиксировано 1296 тыс. чел., мужчин – на 196 тыс. чел. меньше (1099 тыс. чел.). Структура сельских жителей Саратовской области по полу аналогична российской – женщины составляют 51,6% (300 тыс. чел.), мужчины 48,4% (282 тыс. чел.), а структурные диспропорции среди городских жителей более выражены – женщины составляют 54,9%, мужчины – 45,1%.

Среди лиц трудоспособного возраста самую малочисленную группу в Саратовской области, как и в России в целом, составляет население в возрасте 20-24 лет (родившиеся в период 2000-2004 гг.), которая насчитывает 111,8 тыс. чел., за ней следует вторая по невысокой численности населения группа лиц 15-19 лет (родившиеся в период 2005-2010 гг.), которая насчитывает 114,4 тыс. чел.

Во всех возрастных пятилетних группах от 0 до 34 лет преобладает мужское население, группа 35-39 лет имеет равное распределение мужчин и женщин, начиная с группы 40-44 лет, преобладает и прогрессивно нарастает численность женского населения. Среди сельского населения, как и в целом по РФ, – мужское население с момента рождения по численности преобладает над женским до 45-летнего возраста; в группе 45-49 лет и старше численность женского населения больше, чем мужского. Среди городского населения преобладание численности женщин начинается с группы 25-30 лет (на 5 лет раньше, чем по РФ).

Самые многочисленные в структуре населения Саратовской области группы в порядке убывания: 30-34 лет (196,3 тыс. чел.), 35-39 лет (186,8 тыс. чел.), 40-44 лет (174,3 тыс. чел.), 60-64 лет (172,2 тыс. чел.), 55-59 лет (172,0 тыс. чел.).

В структуре населения Саратовской области лица моложе трудоспособного возраста составляют 16,7%, трудоспособного возраста – 55,7% и старше трудоспособного возраста – 27,6% (в ПФО соответственно 18,7% – 55,1% и 26,2%) (таблица 7).

Таблица 7 – Численность населения Саратовской области по половозрастным группам на 01.01.2021 г. (тыс. чел.)

| Возраст (лет) | Население | | | Городское | | | Сельское | | |
|---------------|-----------|--------|--------|-----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | Всего | муж. | жен. | Всего | муж. | жен. | Всего | муж. | жен. |
| 0 – 4 | 110,6 | 57,1 | 53,5 | 86,3 | 44,5 | 41,8 | 24,3 | 12,6 | 11,7 |
| 5 - 9 | 139,1 | 71,8 | 67,3 | 103,1 | 53,3 | 49,8 | 35,9 | 18,4 | 17,5 |
| 10 - 14 | 126,9 | 65,0 | 61,9 | 94,1 | 48,0 | 46,1 | 32,8 | 16,9 | 15,9 |
| 15 - 19 | 114,4 | 58,6 | 55,8 | 86,2 | 44,4 | 41,8 | 28,2 | 14,1 | 14,1 |
| 20 - 24 | 111,8 | 57,6 | 54,2 | 81,4 | 41,6 | 39,8 | 30,5 | 16,1 | 14,4 |
| 25 - 29 | 142,6 | 73,3 | 69,3 | 110,7 | 55,2 | 55,5 | 31,9 | 18,1 | 13,8 |
| 30 - 34 | 196,3 | 99,1 | 97,2 | 156,8 | 76,5 | 80,3 | 39,5 | 22,5 | 17,0 |
| 35 - 39 | 186,8 | 93,4 | 93,4 | 148,2 | 72,6 | 75,6 | 38,6 | 20,8 | 17,8 |
| 40 - 44 | 174,3 | 83,6 | 90,7 | 135,7 | 63,9 | 71,8 | 38,6 | 19,7 | 18,9 |
| 45 - 49 | 165,7 | 77,8 | 87,9 | 126,1 | 58,3 | 67,8 | 39,6 | 19,5 | 20,1 |
| 50 - 54 | 154,7 | 72,3 | 82,4 | 113,8 | 52,1 | 61,7 | 40,9 | 20,1 | 20,8 |
| 55 - 59 | 172,0 | 76,9 | 95,1 | 123,9 | 53,6 | 70,3 | 48,1 | 23,3 | 24,8 |
| 60 - 64 | 172,2 | 72,5 | 99,7 | 124,7 | 50,6 | 74,1 | 47,5 | 21,9 | 25,6 |
| 65 - 69 | 147,4 | 56,1 | 91,3 | 109,7 | 40,1 | 69,6 | 37,7 | 16,0 | 21,7 |
| 70 - 74 | 116,2 | 40,1 | 76,1 | 89,8 | 30,0 | 59,8 | 26,4 | 10,1 | 16,3 |
| 75 - 79 | 56,0 | 16,3 | 39,7 | 42,6 | 12,3 | 30,3 | 13,4 | 4,1 | 9,3 |
| Более 80 | 108,2 | 28,0 | 80,2 | 80,4 | 20,6 | 59,8 | 27,9 | 7,5 | 20,4 |
| Более 85 | 35,7 | 8,9 | 26,8 | 26,4 | 6,6 | 19,8 | 9,3 | 2,3 | 7,0 |
| ИТОГО | 2395,1 | 1099,3 | 1295,8 | 1813,4 | 817,6 | 995,8 | 581,7 | 281,7 | 300,0 |

Продолжение Таблицы 7

| Возраст (лет) | Население | | | Городское | | | Сельское | | |
|---------------------------|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|----------|-------|-------|
| | Всего | муж. | жен. | Всего | муж. | жен. | Всего | муж. | жен. |
| моложе трудоспособного | 399,9 | 205,8 | 194,1 | 300,8 | 154,7 | 146,1 | 99,1 | 51,1 | 48,0 |
| трудоспособного | 1334,7 | 697,3 | 637,4 | 1020,3 | 521,3 | 499,0 | 314,4 | 176,0 | 138,4 |
| старше трудоспособного | 660,4 | 196,2 | 464,2 | 492,3 | 141,6 | 350,7 | 168,2 | 54,6 | 113,6 |

Таким образом, установлено прогнозное снижение численности трудоспособного населения страны в целом и Саратовской области, как типичного региона России, в перспективе ближайших 10-15 лет, в то время как потребность в медицинской помощи будет возрастать, что обусловлено демографическими показателями старших групп трудоспособного населения. Это является серьезным риском обеспечения системы здравоохранения России кадровым медицинским персоналом и поддержания определенного уровня доступности медицинской помощи населению и требует своевременной разработки превентивных мероприятий с целью решения проблем здравоохранения сельских территорий [50, 272].

3.2. Основные региональные векторы динамики заболеваемости, инвалидности, смертности сельского населения

Уровень рождаемости в России за 10 лет статистически достоверно снизился с $12,5 \pm 0,009$ на 1000 чел. населения в 2010 году до $9,8 \pm 0,008$ на 1000 – в 2020 г. При этом уровень общей смертности с $14,2 \pm 0,009$ на 1000 чел. населения в 2010 году вырос до $14,6 \pm 0,008$ на 1000 – в 2020 г., что вместе с падением рождаемости привело к росту естественной убыли населения с $-1,7 \pm 0,003$ до $-4,8 \pm 0,008$ на 1000 чел. за этот период. В течение 2018-2020 гг. отрицательные тенденции демографических показателей нарастают (таблица 8).

Таблица 8 – Динамика основных демографических показателей населения Российской Федерации за период 2010-2020 гг. (на 1000 человек населения)

| Показатель /годы | 2010* | 2015* | 2018* | 2019* | 2020* |
|--|-------------|------------|-------------|----------------|----------------|
| Рождаемость | 12,5±0,009 | 13,3±0,009 | 10,9±0,008 | 10,1±0,008 | 9,8±0,008 |
| Смертность | 14,2±0,009 | 13,0±0,009 | 12,5±0,009 | 12,3±0,009 | 14,6±0,009 |
| Младенческая смертность | 7,5±0,06 | 6,5±0,06 | 5,1±0,05 | 4,9±0,05 | 4,5±0,05 |
| Естественный прирост (убыль) населения | - 1,7±0,003 | 0,3±0,001 | - 1,6±0,003 | - 2,2±0,004 | - 4,8±0,008 |

* $p < 0,05$; $t > 2$

При сравнительном анализе установлено, что снижение показателей рождаемости более выражено в сельской местности – с 14,0±0,02 на 1000 чел. населения в 2010 году до 9,6±0,02 на 1000 чел. в 2020 г. Среди городского населения фиксируется снижение рождаемости с 12,0±0,01 на 1000 чел. – в 2010 г. до 9,9±0,009 на 1000 чел. – в 2020г. ($t > 2$). Наивысший показатель рождаемости в РФ был в 2015 году (13,3±0,009 на 1000 чел. населения), среди городского населения – также в 2015 г. (13,4 чел.±0,01 на 1000), среди сельского – в 2010 году (14,0±0,02 на 1000 чел. сельского населения).

Показатель общей смертности городского населения за 10 лет достоверно вырос с 13,5±0,01 на 1000 чел. населения до 14,3±0,009 на 1000 чел. – в 2020 г., в то же время отмечено статистически значимое снижение показателя смертности сельского населения за этот период с 16,1±0,02 на 1000 чел. до 15,4±0,02 на 1000 чел. населения. Наиболее низкие показатели смертности в РФ фиксировались в 2019 году (12,3±0,009 на 1000 чел. по РФ, среди городского населения – 11,9±0,01 на 1000 чел., сельского – 13,3±0,02 на 1000 чел.); смертность сельского населения на 12% выше, чем городского (таблица 9).

Таблица 9 – Динамика показателей воспроизводства городского и сельского населения Российской Федерации за период 2010-2020 гг. (абсолютные значения, на 1000 человек населения)

| Годы | Общая численность населения, чел. | | | на 1000 человек населения* | | |
|---------------------|-----------------------------------|---------|----------------------|----------------------------|------------|----------------------|
| | родившихся | умерших | естественный прирост | родившихся | умерших | естественный прирост |
| Городское население | | | | | | |
| 2010 | 1263893 | 1421734 | -157841 | 12,0±0,01 | 13,5±0,01 | -1,5±0,003 |
| 2015 | 1455283 | 1361891 | 93329 | 13,4±0,01 | 12,6±0,06 | 0,8±0,002 |
| 2018 | 1205231 | 1317703 | -112472 | 11,0±0,01 | 12,0±0,01 | -1,0±0,003 |
| 2019 | 1115537 | 1301650 | -186313 | 10,2±0,01 | 11,9±0,01 | -1,7±0,003 |
| 2020 | 1079887 | 1568773 | -488886 | 9,9±0,009 | 14,3±0,009 | -4,4±0,009 |
| Сельское население | | | | | | |
| 2010 | 525055 | 606782 | -81727 | 14,0±0,02 | 16,1±0,02 | -2,1±0,007 |
| 2015 | 485296 | 546650 | -61354 | 12,8±0,02 | 14,4±0,02 | -1,6±0,006 |
| 2018 | 399113 | 511207 | -112094 | 10,7±0,02 | 13,6±0,02 | -2,9±0,009 |
| 2019 | 365737 | 496657 | -130920 | 9,8±0,02 | 13,3±0,02 | -3,5±0,01 |
| 2020 | 356627 | 569813 | -213196 | 9,6±0,02 | 15,4±0,02 | -5,8±0,01 |

* $p < 0,05$; $t > 2$

Таким образом, при анализе демографической ситуации в Российской Федерации установлена отрицательная тенденция по показателям воспроизводства населения, более выраженная среди сельского населения.

Сравнительный анализ показателей воспроизводства городского и сельского населения Саратовской области выявил также снижение уровня рождаемости с $10,8 \pm 0,06$ на 1000 чел. населения в 2010 году до $8,3 \pm 0,06$ в 2019 году. Однако, в 2020 году этот показатель вырос до $8,5 \pm 0,06$ на 1000 чел. – в 2020 г. ($t > 2$). Отмечено статистически значимое снижение уровня общей смертности с $15,7 \pm 0,8$ на 1000 чел. населения в 2010 году до $13,7 \pm 0,07$ на 1000 чел. населения в 2019 г. В 2020 г. этот показатель увеличился до $16,7 \pm 0,08$ на 1000 чел. населения., что привело к двукратному росту естественной убыли населения региона с $-4,9 \pm 0,04$ в 2010 г. до $-9,1 \pm 0,06$ на 1000 чел. в 2020 г. – $t > 2$ (таблица 10).

Таблица 10 – Динамика основных демографических показателей населения Саратовской области за период 2010-2020 гг. (на 1000 человек населения)

| Показатель /годы | 2010* | 2015* | 2018* | 2019* | 2020* |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Рождаемость | 10,8±0,06 | 11,5±0,07 | 9,1±0,06 | 8,3±0,06 | 8,5±0,06 |
| Смертность | 15,7±0,8 | 14,2±0,07 | 13,9±0,08 | 13,7±0,07 | 16,7±0,08 |
| Младенческая смертность | 6,0±0,05 | 6,9±0,05 | 4,7±0,04 | 3,9±0,04 | 3,6±0,04 |
| Естественный прирост (убыль) населения | -4,9±0,04 | -2,7±0,03 | -4,8±0,04 | -5,4±0,05 | -9,1±0,06 |

* $p < 0,05$; $t > 2$

Снижение показателей рождаемости более выражено в сельской местности – на 44% (2010 г. – 12,4±0,13 на 1000 чел. населения, 2020 г. – 6,9±0,11 на 1000 чел.), в то время как среди городского населения фиксируется снижение рождаемости на 20% (2010 г. – 10,0±0,07 на 1000 чел. населения, 2020 г. – 8,0±0,07 на 1000 чел.). Наибольший уровень рождаемости в регионе зафиксирован в 2015 году (11,5±0,07 на 1000 чел. населения), среди городского населения – в 2015 г., среди сельского – в 2010 г. (11,7±0,08 и 12,4±0,13 на 1000 чел. населения соответственно).

Отмечается статистически достоверное снижение уровня общей смертности городского населения региона на 6,9% с 2010 г. по 2019 г. (2010 г. – 14,5±0,09, 2019 г. – 13,5±0,08 на 1000 чел. населения). В 2020 г. этот показатель вырос на 6,7% до 16,2±0,09 на 1000 чел. Также отмечено статистически значимое снижение показателя смертности сельского населения с 2010 г. по 2019 г. на 11,5 % (2010 г. – 16,5±0,15, 2019 г. – 14,6±0,16 на 1000 чел.) В 2020 г. уровень смертности вырос на 16,4% (17,0±0,17 на 1000 чел. населения). Самый низкий показатель общей смертности фиксировался в Саратовской области в 2019 году (13,7±0,07 на 1000 чел.), среди городского населения – в 2018 г. и 2019 г. (13,5±0,08 на 1000 чел.), среди сельского населения – в 2019 г. (14,6±0,16 на 1000 чел.); смертность сельского населения в 2020 году на 4,7% выше, чем городского (таблица 11).

Таблица 11 – Динамика показателей воспроизводства городского и сельского населения Саратовской области за период 2010-2020 гг. (абсолютные значения и на 1000 чел. населения)

| Годы | Всего, человек | | | на 1000 человек населения* | | |
|---------------------|----------------|---------|------------------------------|----------------------------|-----------|------------------------------|
| | родившихся | умерших | естественный прирост (убыль) | родившихся | умерших | естественный прирост (убыль) |
| Городское население | | | | | | |
| 2010 | 19122 | 27726 | -8604 | 10,0±0,07 | 14,5±0,09 | -4,5±0,05 |
| 2015 | 21997 | 25896 | -3899 | 11,7±0,08 | 13,8±0,09 | -2,1±0,03 |
| 2018 | 17273 | 25048 | -7775 | 9,2±0,07 | 13,5±0,08 | -4,2±0,05 |
| 2019 | 15826 | 24786 | -8960 | 8,6±0,06 | 13,5±0,08 | -4,9±0,05 |
| 2020 | 14612 | 29530 | -14918 | 8,0±0,07 | 16,2±0,09 | -7,3±0,06 |
| Сельское население | | | | | | |
| 2010 | 8322 | 10806 | -2484 | 12,4±0,13 | 16,5±0,15 | -4,1±0,08 |
| 2015 | 6650 | 9436 | -2786 | 10,8±0,13 | 15,3±0,15 | -4,5±0,08 |
| 2018 | 4993 | 9005 | -4012 | 8,4±0,12 | 15,2±0,16 | -6,8±0,11 |
| 2019 | 4321 | 8696 | -4275 | 7,3±0,11 | 14,6±0,16 | -7,3±0,11 |
| 2020 | 4031 | 9977 | -5946 | 6,9±0,11 | 17,0±0,17 | -10,1±0,13 |

* $p < 0,05$; $t > 2$

Анализ первичной заболеваемости сельского населения

Первичная заболеваемость сельского населения РФ за 10 лет снизилась с 59502,4 сл. на 100 тыс. чел. соответствующего населения в 2011 году до 55082,4 сл. – в 2020 году (8%). В СО показатели первичной заболеваемости ниже, чем в целом по РФ на 7,5% в 2020 году. В СО за 10 лет заболеваемость тоже снизилась с 56303,7 сл. на 100 тыс. чел. соответствующего населения в 2011 году до 51228,1 сл. – в 2020 году (10%) (таблица 12).

На первом ранговом месте в России и в Саратовской области на протяжении 10 лет – болезни органов дыхания, показатели заболеваемости в 2020 г. составили, соответственно, 28056,6 и 26137,8 случаев на 100 тысяч человек сельского населения, причем заболеваемость в СО ниже, чем в РФ, на 7%. За 10 лет прослеживается стойкая тенденция к увеличению первичной заболеваемости, рост медленный, составил как в РФ, так и в СО – 1% (таблица 13). В целом по Российской Федерации (городское и сельское население) показатель первичной заболеваемости по данному классу в 2020г. составил 37056,8 на 100 тысяч человек населения.

Таблица 12 – Первичная заболеваемость сельского населения Российской Федерации по основным классам заболеваний за период 2011-2020 гг. (на 100 тысяч человек сельского населения)

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Общая всего, РФ | 59502,4 | 58532,0 | 59954,4 | 59763,6 | 59713,5 | 59130,5 | 58444,9 | 58036,4 | 57937,3 | 55082,4 |
| некоторые инфекционные и паразитарные болезни | 1908,8 | 1892,0 | 1795,4 | 1889,7 | 1639,3 | 1580,9 | 1563,0 | 1537,2 | 1500,6 | 1187,0 |
| новообразования | 693,3 | 706,9 | 707,3 | 725,8 | 709,8 | 730,6 | 710,7 | 706,3 | 708,2 | 601,9 |
| болезни крови, кроветворных органов и отдел. наруш., вовлекающие иммун. механ. | 773,5 | 730,2 | 746,7 | 764,2 | 712,8 | 708,9 | 676,5 | 621,7 | 584,3 | 448,0 |
| болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 829,4 | 822,0 | 871,2 | 941,1 | 1125,3 | 1165,3 | 1157,8 | 1082,1 | 1220,6 | 895,5 |
| психические расстройства и расстройства поведения | 412,2 | 386,1 | 390,4 | 384,0 | 394,3 | 332,8 | 297,6 | 290,0 | 297,5 | 221,8 |
| болезни нервной системы | 1463,3 | 1421,0 | 1457,4 | 1374,4 | 1289,7 | 1269,8 | 1250,2 | 1235,1 | 1202,6 | 966,9 |
| болезни глаза и его придаточного аппарата | 2669,7 | 2815,3 | 2898,8 | 2852,6 | 2730,4 | 2689,1 | 2640,0 | 2534,8 | 2419,2 | 1887,8 |
| болезни уха и сосцевидного отростка | 1927,6 | 1917,8 | 2008,5 | 2025,1 | 1966,5 | 1960,1 | 1922,1 | 1896,6 | 1884,8 | 1524,9 |
| болезни системы кровообращения | 2758,2 | 2649,5 | 2973,8 | 2948,4 | 3134,3 | 3178,1 | 3160,8 | 3161,4 | 3381,5 | 2821,3 |

Продолжение Таблицы 12

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| болезни органов дыхания | 25500,7 | 24991,3 | 25995,2 | 25900,9 | 26992,0 | 27410,8 | 27724,0 | 27919,3 | 27856,2 | 28056,6 |
| болезни органов пищеварения | 3359,0 | 3323,8 | 3261,9 | 3463,0 | 3394,1 | 3317,7 | 3182,5 | 3156,1 | 3032,0 | 2404,6 |
| болезни кожи и подкожной клетчатки | 3113,7 | 3088,2 | 3037,9 | 3028,6 | 2774,6 | 2585,7 | 2420,0 | 2362,4 | 2331,1 | 1939,1 |
| болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 2794,5 | 2725,5 | 2681,5 | 2621,0 | 2441,7 | 2350,7 | 2293,0 | 2335,0 | 2382,7 | 1963,4 |
| болезни мочеполовой системы | 3512,0 | 3537,8 | 3548,3 | 3528,6 | 3431,7 | 3265,5 | 3186,0 | 3093,5 | 3119,5 | 2526,9 |
| беременность, роды и послеродовой период | 5480,6 | 5067,2 | 5007,8 | 5109,9 | 4810,6 | 4615,7 | 4357,3 | 4056,3 | 3799,3 | 3464,6 |
| врожденные аномалии (пороки развития), деформ.и хромосом. нарушения | 110,7 | 104,8 | 104,5 | 102,1 | 99,2 | 111,7 | 103,2 | 103,0 | 101,1 | 79,1 |
| симптомы, признаки и откл.от нормы, выявл.при клин.и лаб.исслед. | 567,3 | 550,1 | 668,4 | 357,7 | 116,2 | 83,2 | 99,1 | 83,0 | 81,1 | 78,3 |
| травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 5316,1 | 5235,9 | 5226,3 | 5318,7 | 5323,9 | 5026,1 | 4785,0 | 4752,6 | 4757,2 | 4359 |

* p<0,05; t>2

Таблица 13 – Первичная заболеваемость сельского населения Саратовской области по основным классам заболеваний за период 2011-2020 гг. (на 100 тысяч человек сельского населения)

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Общая заболеваемость | 56303,7 | 57959,1 | 55540,8 | 52771,5 | 53574,2 | 52363,8 | 50543,4 | 50554,8 | 50714,6 | 51228,1 |
| Некоторые инфекционные и паразитарные новообразования | 1512,3 | 1794,3 | 1717,6 | 1842,0 | 1610,5 | 1395,0 | 1329,7 | 1257,4 | 1259,4 | 1068,3 |
| болезни крови, кроветворных органов и отдел. нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 723,7 | 787,7 | 662,2 | 844,7 | 750,8 | 732,0 | 734,0 | 769,6 | 797,6 | 710,9 |
| болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 508,1 | 497,2 | 499,7 | 489,9 | 561,6 | 534,7 | 507,7 | 486,0 | 414,4 | 342,1 |
| психические расстройства и расстройства поведения | 826,8 | 849,6 | 890,2 | 842,5 | 1204,3 | 1271,7 | 1083,9 | 1068,6 | 1229,3 | 938,8 |
| болезни нервной системы | 391,1 | 354,7 | 359,8 | 352,9 | 361,5 | 325,3 | 307,1 | 297,9 | 283,4 | 235,2 |
| болезни глаза и его придаточного аппарата | 1578,8 | 1487,9 | 1187,7 | 1190,2 | 1181,8 | 1270,3 | 1105,5 | 1109,6 | 979,1 | 886 |
| болезни уха и сосцевидного отростка | 2415,6 | 2702,8 | 2706,9 | 2531,9 | 2374,3 | 2411,9 | 2373,8 | 2200,1 | 2255,9 | 2068,8 |
| болезни системы кровообращения | 1925,7 | 2164,1 | 2083,4 | 1892,3 | 1779,5 | 1827,7 | 1839,2 | 1717,7 | 1592,5 | 1558,9 |
| | 2669,9 | 2313,5 | 2431,9 | 2920,5 | 3761,5 | 4142,8 | 3639,1 | 3978,3 | 3986,8 | 3432,5 |

Продолжение Таблицы 13

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| болезни органов дыхания | 25202,0 | 24913,6 | 24564,0 | 22519,2 | 22875,2 | 22846,5 | 23224,4 | 23557,5 | 23499,9 | 26137,8 |
| болезни органов пищеварения | 2156,0 | 2237,4 | 2078,0 | 1981,4 | 2033,6 | 2178,5 | 1789,8 | 1821,8 | 1816,5 | 1634,4 |
| болезни кожи и подкожной клетчатки | 3413,4 | 3607,8 | 3403,3 | 3498,5 | 3292,4 | 2511,7 | 2122,2 | 2349,0 | 3360,3 | 2792,5 |
| болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 1941,1 | 2298,8 | 1904,0 | 1835,9 | 1481,4 | 1607,5 | 1507,3 | 1454,5 | 1400,8 | 1309,4 |
| болезни мочеполовой системы | 4276,1 | 4293,1 | 3841,7 | 3832,8 | 4178,6 | 3658,9 | 3512,1 | 3398,9 | 3112,0 | 2625,5 |
| беременность, роды и послеродовой период | 5289,5 | 4677,5 | 4641,2 | 4630,8 | 5401,7 | 4930,7 | 4141,9 | 3559,6 | 3372,2 | 3033,9 |
| врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения | 139,0 | 149,1 | 195,4 | 178,6 | 178,0 | 231,5 | 206,2 | 210,6 | 211,6 | 157 |
| симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях | 805,9 | 1560,8 | 1206,9 | 710,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 4171,1 | 4486,0 | 4362,0 | 3939,2 | 4399,9 | 3989,7 | 4068,0 | 3887,6 | 3531,3 | 3399,2 |

* p<0,05; t>2

На втором месте у сельского населения в РФ – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (2020 г. – 4359 сл. на 100 тыс.), в то время как в Саратовской области – болезни системы кровообращения (2020 г. – 3432,5 сл. на 100 тыс. населения). Десять лет назад, в 2011 году на втором месте в РФ и в СО был класс «беременность, роды и...». В Саратовской области БСК в 2011 году занимали в структуре первичной заболеваемости сельского населения 6 место, составляя 2669,9 сл. на 100 тыс. чел. сельского населения. За 10 лет заболеваемость выросла в 1,2 раз. По сравнению с данными по РФ, в СО в 2020 г. заболеваемость БСК выше в 1,2 раз. В целом по РФ (городское и сельское население) показатель первичной заболеваемости по классу «травмы, отравления...» в 2020 г. составил 8130,7 на 100 тыс. чел. населения.

Третье место в структуре первичной заболеваемости сельского населения России занимают беременность, роды и послеродовой период (3464,6 сл. на 100 тыс. чел.), а в СО – «травмы, отравления...» (3399,2 сл. на 100 тыс.). В 2011 г. в России третье место занимал класс «травмы отравления...», в СО – болезни мочеполовой системы. За 10 лет по классу «беременность, роды...» первичная заболеваемость сельского населения в РФ снизилась в 1,6 раз, в Саратовской области – в 1,7 раз. По РФ (городское и сельское население) показатель первичной заболеваемости по классу «беременность, роды...» в 2020 г. составил 5747,7 на 100 тыс. чел.

В РФ болезни системы кровообращения у сельского населения на 4 ранговом месте (2821,3 сл.), в СО – на 4 месте – беременность, роды (3033,9 сл.). С 2011 года, когда первичная заболеваемость БСК была на 8 месте в России, к 2019 г. она выросла в 1,2 раз и переместилась на 4 ранговое место. В 2020 г. по отношению к 2019 г. заболеваемость БСК снизилась в 1,2 раз, что связано, в частности, с уменьшением профилактической работы по причине пандемии новой коронавирусной инфекции, снижением мощности коечного фонда в связи с открытием «ковидных» госпиталей и отделений. По

РФ (городское и сельское население) показатель первичной заболеваемости по классу БСК в 2020 г. составил 2937,7 на 100 тыс. чел. населения.

Пятое место занимают в РФ болезни мочеполовой системы (в Саратовской области они на шестом месте), а в СО – на пятом месте болезни кожи и подкожной клетчатки.

В целом, за 10 лет в России и СО отмечен рост первичной заболеваемости сельского населения по классу болезней органов дыхания, БСК, и незначимый рост болезней эндокринной системы (как и среди населения России в целом). В Саратовской области, кроме роста первичной заболеваемости по указанным трем классам болезней, отмечен рост заболеваемости по классу врожденные аномалии, пороки развития на 10%.

При сравнении показателей первичной заболеваемости сельского населения в 2019 и 2020 году отмечено снижение уровня заболеваемости по всем основным классам болезней, кроме системы органов дыхания, где фиксируется рост заболеваемости на 10%. Так с 2011 г. по 2019 г. заболеваемость БСК выросла в 1,2 раз, а за один год с 2019 г. по 2020 г. – уменьшилась в 1,2 раз. По другим классам болезней – динамика темпов снижения заболеваемости аналогичная.

Анализ общей заболеваемости сельского населения

Общая заболеваемость сельского населения в РФ в 2020 году составила 117993,2 случаев на 100 тысяч человек сельского населения. По сравнению с 2011 годом отмечается рост на 1,4%, при сравнении данных 2019 и 2020 гг. фиксируется снижение заболеваемости, которое составило 5,4% (таблица 14).

В СО уровень общей заболеваемости сельского населения (2020 г. – 124814,3 сл. на 100 тыс.) на 5,8% выше, чем аналогичный показатель по РФ, за 10 лет прирост показателя по СО составил 5,5% (таблица 15).

Таблица 14 – Общая заболеваемость сельского населения Российской Федерации по основным классам заболеваний за период 2011-2020 гг. (на 100 тысяч человек сельского населения)

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Общая всего, РФ | 119683.0 | 118468.1 | 121021.5 | 121497,3 | 123175,6 | 123361,6 | 123917,1 | 123874,1 | 124775,2 | 117993,2 |
| некоторые инфекционные и паразитарные болезни | 2950.0 | 2948.1 | 2791.9 | 2849,9 | 2682,7 | 2636,6 | 2611,7 | 2538,9 | 2486,9 | 2104,8 |
| новообразования | 2681.9 | 2738.1 | 2811.9 | 2910,0 | 2993,8 | 3156,9 | 3225,4 | 3286,3 | 3379,1 | 3237,9 |
| болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 1635.5 | 1573.6 | 1614.6 | 1755,2 | 1632,2 | 1633,9 | 1670,6 | 1580,1 | 1520,7 | 1324,9 |
| болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 4802.8 | 4818.4 | 5143.1 | 5440,0 | 5890,5 | 6278,1 | 6525,1 | 6655,9 | 7053,8 | 6650,3 |
| психические расстройства и расстройства поведения | 4214.6 | 4092.3 | 4247.8 | 4034,3 | 4049,5 | 3850,8 | 3732,5 | 3632,2 | 3594,8 | 3333 |
| болезни нервной системы | 4790.6 | 4754.0 | 4917.5 | 4748,9 | 4862,0 | 4812,1 | 4770,8 | 4745,5 | 4653,8 | 4058,4 |
| болезни глаза и его придаточного аппарата | 7810.7 | 7870.6 | 8045.0 | 7905,1 | 7814,5 | 7696,8 | 7623,0 | 7468,2 | 7332,5 | 6146,1 |
| болезни уха и сосцевидного отростка | 2892.8 | 2859.0 | 2951.1 | 2922,8 | 2912,9 | 2911,0 | 2895,5 | 2813,2 | 2773,6 | 2343,5 |

Продолжение Таблицы 14

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| болезни системы кровообращения | 18053.4 | 17937.8 | 18405.5 | 19231,2 | 19871,3 | 20314,8 | 20909,3 | 21363,6 | 22209,6 | 21099,3 |
| болезни органов дыхания | 29817.9 | 29270.8 | 30093.9 | 29954,3 | 31173,5 | 31574,0 | 31984,5 | 32103,8 | 32048,6 | 32164,1 |
| болезни органов пищеварения | 9340.0 | 9286.4 | 9333.0 | 9561,9 | 9728,0 | 9686,5 | 9651,0 | 9655,1 | 9609,6 | 8557,7 |
| болезни кожи и подкожной клетчатки | 4155.7 | 4108.8 | 4104.4 | 4104,0 | 3959,2 | 3768,5 | 3593,1 | 3512,3 | 3485 | 2980,3 |
| болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 9527.4 | 9552.2 | 9611.0 | 9584,5 | 9556,8 | 9416,9 | 9411,9 | 9413,1 | 9606,8 | 8425,7 |
| болезни мочеполовой системы | 7979.1 | 8005.9 | 8230.9 | 8178,4 | 8138,9 | 8081,1 | 8106,2 | 8080,5 | 8107,5 | 7065,5 |
| беременность, роды и послеродовой период | 7122.5 | 6760.1 | 6745.8 | 6797,7 | 6574,6 | 6635,6 | 6376,5 | 6004,1 | 5623,6 | 5304,9 |
| врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосом. нарушения | 505.6 | 484.8 | 493.1 | 503,6 | 517,9 | 546,8 | 543,0 | 540,1 | 539,6 | 497,5 |
| симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях | 934.3 | 861.4 | 958.9 | 515,1 | 161,6 | 108,6 | 118,0 | 99,5 | 93,4 | 85,0 |
| травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 5368.2 | 5238.0 | 5246.2 | 5346,3 | 5360,1 | 5036,8 | 4786,9 | 4753,9 | 4767,3 | 4360,0 |

* p<0,05; t>2

Таблица 15 – Общая заболеваемость сельского населения Саратовской области по основным классам заболеваний за период 2011-2020 гг. (на 100 тысяч человек сельского населения)

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Общая заболеваемость | 118362.4 | 123882.9 | 118397.4 | 113933,3 | 116999,0 | 121610,4 | 119827,0 | 124842,3 | 124507,4 | 124814,3 |
| Некоторые инфекционные и паразитарные новообразования | 2295.9 | 2495.0 | 2458.2 | 2964,2 | 2583,8 | 2462,7 | 2461,6 | 2561,4 | 2763,3 | 2420,8 |
| болезни крови, кроветворных органов и отдел. нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 3862.0 | 3996.4 | 3930.1 | 4306,0 | 4388,0 | 4505,9 | 4357,0 | 4528,4 | 4645,8 | 4493,2 |
| болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 1153.9 | 1131.8 | 1138.9 | 1173,1 | 1283,8 | 1368,2 | 1401,0 | 1419,9 | 1462,7 | 1276,9 |
| психические расстройства и расстройства поведения | 6511.9 | 6740.1 | 6737.0 | 6914,0 | 7542,9 | 8382,5 | 8121,9 | 8155,4 | 8419,9 | 8847,4 |
| болезни нервной системы | 4345.2 | 4331.4 | 4347.0 | 4417,9 | 4524,6 | 4561,6 | 4257,5 | 4212,0 | 4183,9 | 4044 |
| болезни глаза и его придаточного аппарата | 4543.8 | 4491.1 | 4021.7 | 3996,4 | 3939,8 | 4170,3 | 4114,5 | 4134,2 | 3969,3 | 3856,5 |
| болезни уха и сосцевидного отростка | 7126.3 | 7388.8 | 7426.1 | 6704,5 | 6983,2 | 7379,4 | 7498,9 | 7451,2 | 7502,6 | 7162,3 |
| болезни системы кровообращения | 2802.7 | 3097.4 | 2950.3 | 2709,1 | 2629,5 | 2766,0 | 2812,9 | 2767,6 | 2669,7 | 2749,8 |
| | 19526.3 | 20137.2 | 19192.4 | 18799,4 | 20663,1 | 23140,9 | 21696,5 | 22660,3 | 23057,4 | 22432,4 |

Продолжение Таблицы 15

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| болезни органов дыхания | 29444.8 | 29112.3 | 28825.4 | 26446,6 | 26657,1 | 27349,4 | 27452,3 | 28013,9 | 28204,5 | 31287,8 |
| болезни органов пищеварения | 8661.1 | 10040.4 | 8376.8 | 8467,7 | 8486,9 | 9153,3 | 9101,7 | 9259,6 | 9453,2 | 9097,5 |
| болезни кожи и подкожной клетчатки | 4605.8 | 4818.6 | 4589.3 | 4655,2 | 4455,4 | 3759,5 | 3406,0 | 3869,4 | 5888,6 | 5149,8 |
| болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 6347.0 | 7197.1 | 6482.5 | 6167,9 | 5909,4 | 5879,2 | 5749,8 | 5885,3 | 6175,7 | 6044,8 |
| болезни мочеполовой системы | 9293.0 | 9838.1 | 9424.2 | 8952,7 | 9587,1 | 9757,8 | 10389,4 | 10419,7 | 10002,5 | 9138,4 |
| беременность, роды и послеродовой период | 7306.2 | 7918.0 | 7351.1 | 6418,0 | 7536,6 | 7238,5 | 7142,2 | 6459,7 | 5674,6 | 5019,4 |
| врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения | 666.3 | 732.0 | 798.3 | 808,3 | 898,9 | 1009,7 | 1039,9 | 1076,0 | 1079,9 | 1030,9 |
| симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях | 805.9 | 1560.8 | 1206.9 | 710,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 4195.7 | 4486.0 | 4362.0 | 3939,2 | 4399,9 | 3989,7 | 4068,0 | 3887,6 | 3521,8 | 3399,2 |

* p<0,05; t>2

На первом ранговом месте как в РФ, так и в СО на протяжении 10 лет – болезни органов дыхания, показатели общей заболеваемости в 2020 г. составили, соответственно, 32164,1 и 31287,8 случаев на 100 тысяч человек сельского населения, причем заболеваемость в СО ниже, чем в РФ (2,8%). За 10 лет отмечается стойкая тенденция увеличения общей заболеваемости, хотя и медленными темпами.

На втором ранговом месте – болезни системы кровообращения как в РФ (21099,3 сл. в 2020 г.), так и в СО (22432,4 сл. на 100 тыс.). Уровень заболеваемости по СО выше, чем по РФ, на 6,8%. За 10 лет заболеваемость БСК по России, как и по Саратовской области, выросла в 1,2 раз. Наивысший уровень заболеваемости по РФ регистрировался в 2019 году (22209,6 сл. на 100 тыс.), по СО – в 2016 году (23140,9 сл. на 100 тыс.). При этом в РФ с 2012 г. отмечался ежегодный рост общей заболеваемости по классу БСК, а в 2020 году – впервые фиксируется снижение по сравнению с 2019 г. на 5,3%. В СО – четкой ежегодной тенденции роста заболеваемости БСК не выявлено, но в 2020 году ее уровень снизился по сравнению с 2019 г. на 2,8%.

Третье место в РФ занимает класс болезней органов пищеварения (8557,7 сл. на 100 тыс. чел. в 2020 г.), хотя в десятилетней ретроспективе, уровень общей заболеваемости снижается. По СО на третьем месте – болезни мочеполовой системы (9139,4 сл. на 100 тыс.).

На четвертом месте в России, несмотря на отчетливую тенденцию снижения заболеваемости, – болезни костно-мышечной системы (8425,7 сл. в 2020 г.), в СО – болезни органов пищеварения (9097,5 сл.), по которым фиксируется рост заболеваемости на 5% за 10 лет, а в 2020г. по сравнению с 2019 г. – снижение на 4%.

Пятое место в РФ занимают болезни мочеполовой системы 7065,5 сл. на 100 тыс., хотя за 10 лет заболеваемость уменьшилась на 13%. В СО на пятом месте в структуре общей заболеваемости – болезни эндокринной системы (в РФ они занимают 6 место), которые демонстрируют выраженную тенденцию роста как в РФ (на 39% за 10 лет), так и в СО (на 36%). В Саратовской области показатели

заболеваемости эндокринной системы у сельского населения в 2020 году выше, чем в РФ на 25%; а в 2020 году по отношению к 2019 году в РФ уровень заболеваемости снизился на 6%, в то время как в СО – вырос на 5%.

В РФ за десятилетний период отмечается рост заболеваемости населения по следующим классам: болезни органов дыхания, системы кровообращения, эндокринной системы и новообразования. Такие же тенденции отмечены в состоянии общей заболеваемости сельского населения РФ. У сельского населения Саратовской области отмечен рост заболеваемости по 10 классам болезней, в перечень которых, помимо указанных выше, входят инфекционные болезни, заболевания крови, глаза, болезни органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки.

Анализ заболеваемости сельского населения социально значимыми заболеваниями

Проведен сравнительный анализ заболеваемости сельского населения РФ и Саратовской области социально значимыми заболеваниями (СЗЗ) за десять лет. Среди 14 заболеваний указанной группы на первом месте в РФ – злокачественные новообразования, единственный шифр МКБ, который демонстрируют стойкую тенденцию роста за рассматриваемый период. С 329,4 случаев на 100 тысяч человек сельского населения в 2011 году показатель заболеваемости к 2019 году вырос до 391,9 сл. на 100 тысяч (на 18,9%), а по итогам 2020 года заболеваемость снизилась по отношению к 2019г. на 12% и составила 345,7 сл. на 100 тысяч чел. сельского населения. Таким образом, общий рост заболеваемости за 10 лет составил 4,9%, такой же, как в 2020 г., уровень заболеваемости фиксировался в 2013 году (таблица 16).

Таблица 16 – Заболеваемость сельского населения Российской Федерации социально-значимыми заболеваниями за период 2011-2020 гг. (на 100 тысяч человек сельского населения)

| МКБ/ годы | 2011* | 2012* | 2013* | 2014* | 2015* | 2016* | 2017* | 2018* | 2019* | 2020* |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| туберкулез | 80,7 | 74,9 | 69,9 | 64,8 | 63,4 | 59,3 | 53,3 | 48,4 | 44,0 | 33,7 |
| злокачественные новообразования | 329,4 | 341,3 | 345,1 | 354,4 | 364,8 | 368,8 | 375,8 | 387,5 | 391,9 | 345,7 |
| ВИЧ - инфекция | 51,7 | 56,6 | 64,7 | 71,3 | 75,7 | 51,1 | 77,6 | 68,3 | 63,4 | 39,1 |
| психические расстройства | 234,2 | 223,3 | 219,7 | 221,2 | 220,5 | 217,6 | 208,8 | 213,3 | 217,7 | 170,9 |
| психозы и состояния слабоумия | 42,5 | 41,5 | 41,4 | 42,2 | 42,2 | 42,9 | 41,3 | 41,7 | 39,8 | 34,2 |
| психические расстройства непсихотического характера | 149,6 | 143,1 | 140,0 | 140,1 | 139,9 | 138,0 | 132,7 | 138,8 | 146,1 | 113,3 |
| умственная отсталость | 42,1 | 38,8 | 38,3 | 39,0 | 38,4 | 36,7 | 34,8 | 32,8 | 31,8 | 23,4 |
| психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ | 222,1 | 201,3 | 195,9 | 192,0 | 186,4 | 162,7 | 133,6 | 129,0 | 117,3 | 92,5 |
| алкогольные психозы и алкоголизм | 105,9 | 93,3 | 88,1 | 86,2 | 79,5 | 72,0 | 62,6 | 61,5 | 58,7 | 45,4 |
| наркомания | 8,5 | 7,4 | 6,3 | 7,5 | 7,4 | 6,2 | 6,7 | 6,4 | 6,0 | 5,3 |
| употребление ПАВ с вредными последствиями алкоголя | 86,3 | 78,5 | 75,8 | 68,8 | 66,4 | 58,0 | 40,4 | 38,6 | 32,1 | 24,4 |
| употребление ПАВ с вредными последствиями наркотиков | 19,6 | 20,1 | 23,6 | 26,9 | 31,0 | 25,1 | 22,2 | 21,0 | 19,2 | 16,6 |
| сифилис | 41,4 | 35,8 | 29,9 | 25,4 | 22,0 | 19,3 | 18,0 | 14,6 | 13,0 | 8,4 |
| гонококковая инфекция | 26,1 | 23,9 | 20,2 | 16,2 | 12,7 | 10,2 | 8,5 | 6,2 | 5,4 | 3,5 |

* $p < 0,05$; $t > 2$

В Саратовской области по классу злокачественных новообразований заболеваемость населения выше, чем в Российской Федерации на 6-8% в разные годы, максимальный уровень зарегистрирован в 2017 году – 411,7 на 100 тыс. чел. населения. Также, как и в России, отмечается тенденция роста заболеваемости, с 2011 г. до 2019 г. на 13%, и ее снижение в 2020 г. по отношению к 2019 г. на 9%.

Вероятнее всего, снижение заболеваемости сельского населения по рассматриваемым классам заболеваний в 2020 году обусловлено изменениями в работе системы здравоохранения (отсутствием профилактических осмотров, диспансеризации населения, развертывание инфекционных отделений на базе соматических), связанными с распространением новой коронавирусной инфекции.

На втором месте в РФ – заболеваемость сельского населения психическими расстройствами, которая демонстрирует стойкую тенденцию к снижению, ее уровень снизился с 234,2 случая на 100 тыс. человек населения в 2011 году до 170,9 сл. на 100 тыс. – в 2020 году (37%). В Саратовской области – тенденции аналогичные российским – с 205,7 сл. на 100 тыс. в 2011 году заболеваемость снизилась до 155,1 сл. в 2020 г. (32%). Общий уровень заболеваемости по данному классу в Саратовской области ниже среднего российского на 9%.

На третьем месте – заболеваемость психическими расстройствами непсихотического характера. В 2020 году уровень заболеваемости в РФ – 113,3 сл. на 100 тыс. человек сельского населения, в СО – 93,7 сл. на 100 тыс. (снижение за 10 лет составило 32%). В 2011 году – этот класс занимал четвертое ранговое место.

На четвертом месте по заболеваемости среди СЗЗ сельского населения в России (и в СО) отмечены психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ (РФ – 92,5 сл. на 100 тыс., СО – 80 сл. на 100 тыс. в 2020 г.), в 2011 году – этот класс занимал третье ранговое место, за 10 лет заболеваемость в России снизилась в 2,4 раз, в СО – в 2,3 раз.

Далее по убыванию следуют классы алкогольных психозов и алкоголизма, ВИЧ – инфекции, психозов и слабоумия, туберкулеза, употребления ПАВ с вредными последствиями алкоголя, умственной отсталости, употребление ПАВ с

вредными последствиями наркотиков, наркомания, сифилис и гонококковая инфекция.

Обращает на себя внимание тот факт, что в 2020 году темпы снижения заболеваемости СЗЗ по всем классам (кроме ЗНО) гораздо выше, чем все предыдущие годы десятилетнего периода, что также можно объяснить уменьшением возможностей для выявления СЗЗ в период пандемии. Кроме того, показатель заболеваемости сифилисом сельского населения Саратовской области, хоть и имеет тенденцию к снижению, в 3 раза выше, чем данные по Российской Федерации. Отметим, что если суммировать показатели психических расстройств в одну группу, то они выходят на первое ранговое место среди всех заболеваний социально значимыми заболеваниями в РФ (376,7 сл. на 100 тыс.).

При сравнении заболеваемости социально-значимыми заболеваниями городского и сельского населения за 10 лет отмечается более высокий уровень заболеваемости сельского населения туберкулезом и более низкий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями, сифилисом, гонококковой инфекцией по сравнению с городским населением в 2020 году (таблицы 17 и 18). Отметим, что за 10 лет темпы роста уровня заболеваемости ЗНО среди городских жителей (рост в 1,3 раз) ниже, чем среди сельских жителей (рост в 1,5 раз).

Анализ показателей инфекционной заболеваемости показал снижение ее уровня за 10 летний период, как в городской, так и в сельской местности по основным нозологическим формам, кроме острых инфекций верхних дыхательных путей, которые на протяжении 10 лет демонстрируют стойкую тенденцию роста, особенно выраженного в 2020 году, и гриппа, который до 2020 года имел стойкую тенденцию к росту, но в 2020 году заболеваемость гриппом снизилась по отношению к 2019 году [394].

Таблица 17 – Сравнительная характеристика заболеваемости социально-значимыми заболеваниями городского и сельского населения Российской Федерации за период 2010 – 2020 гг. (на 100 тысяч человек населения)

| ЗАБОЛЕВАНИЕ | 2010* | 2015* | 2018* | 2019* | 2020* |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Активный туберкулез с диагнозом, установленным впервые | | | | | |
| город | 73,4 | 55,7 | 43,1 | 40,3 | 31,9 |
| село | 86,8 | 63,4 | 48,4 | 44,1 | 33,8 |
| Злокачественные новообразования с диагнозом, установленным впервые | | | | | |
| город | 376,3 | 415,8 | 438,5 | 451,2 | 390,7 |
| село | 321,4 | 364,8 | 387,5 | 392,6 | 346,9 |
| Злокачественные новообразования (состоящие на учете в МО) | | | | | |
| город | 2114,7 | 2476,9 | 2721,9 | 2832,4 | 2875,9 |
| село | 1512,1 | 1881,7 | 2097,8 | 2218,8 | 2251,7 |
| Сифилис с диагнозом, установленным впервые | | | | | |
| город | 43,0 | 24,0 | 17,4 | 15,7 | 11,1 |
| село | 49,0 | 22,0 | 14,6 | 13,0 | 8,4 |
| Гонококковая инфекция (с диагнозом, установленным впервые) | | | | | |
| город | 46,7 | 20,5 | 9,6 | 8,4 | 7,7 |
| село | 30,4 | 12,7 | 6,2 | 5,4 | 3,5 |

* $p < 0,05$; $t > 2$

Таблица 18 – Сравнительная характеристика заболеваемости городских и сельских жителей отдельными инфекционными болезнями за период 2010 – 2020 гг. (на 100 тысяч человек населения)

| Заболевание | 2010* | 2015* | 2018* | 2019* | 2020* |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Брюшной тиф и паратифы А, В, С | | | | | |
| город | 0,1 | 0,03 | 0,01 | 0,005 | 0,003 |
| село | 0,01 | 0,003 | – | 0,005 | – |
| Сальмонеллезные инфекции | | | | | |
| город | 41,1 | 28,6 | 26,1 | 27,6 | 17,0 |
| село | 20,0 | 15,5 | 13,6 | 14,2 | 8,2 |
| Острые кишечные инфекции | | | | | |
| город | 647,9 | 586,2 | 608,4 | 577,3 | 314,6 |
| село | 348,8 | 328,7 | 312,0 | 302,7 | 158,3 |
| Из них бактериальная дизентерия | | | | | |
| город | 14,2 | 7,0 | 5,7 | 5,1 | 2,2 |
| село | 11,1 | 5,6 | 3,9 | 3,1 | 1,3 |
| Вирусные гепатиты | | | | | |
| город | 76,2 | 65,6 | 54,8 | 51,0 | 28,2 |
| село | 35,7 | 30,0 | 24,5 | 25,2 | 12,2 |

Продолжение Таблицы 18

| Заболевание | 2010 | 2015 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Дифтерия | | | | | |
| город | 0,01 | 0,002 | 0,003 | 0,005 | 0,001 |
| село | 0,01 | – | 0,003 | – | – |
| Острые инфекции верхних дыхательных путей | | | | | |
| город | 23073,4 | 23699,0 | 24512,9 | 23768,4 | 26432,1 |
| село | 10558,0 | 11169,7 | 10687,7 | 10358,0 | 11910,5 |
| Грипп | | | | | |
| город | 22,5 | 38,9 | 30,6 | 42,6 | 40,4 |
| село | 9,6 | 19,8 | 13,9 | 21,9 | 19,6 |

* p<0,05; t>2

Резюме

По результатам анализа демографических показателей за 2011-2021 годы установлено прогнозное снижение численности трудоспособного населения страны в целом и Саратовской области, как типичного региона России, нарастающее в перспективе ближайших 10-15 лет, при возрастающей потребности в медицинской помощи, обусловленной демографическими показателями старших групп трудоспособного населения. При этом обращает на себя внимание малочисленность населения детского возраста в рассматриваемых пятилетних группах, ни одна из которых в России не достигает десяти миллионов человек, что является прогностически неблагоприятным фактором формирования трудовых ресурсов системы здравоохранения. Это является серьезным риском обеспечения системы здравоохранения России кадровым медицинским персоналом и поддержания определенного уровня доступности медицинской помощи населению и требует разработки своевременных превентивных мероприятий с целью решения проблем здравоохранения сельских территорий, где риски выше, чем в городских условиях.

При анализе динамики показателей общественного здоровья населения Российской Федерации установлена отрицательная тенденция показателей, характеризующих воспроизводство населения, более выраженная среди сельского населения.

Характеристика сельского населения Саратовской области по полу, возрасту, уровню рождаемости, смертности, заболеваемости населения мало отличается от характеристики сельского населения России в целом, что подтверждает типичность региона.

В России отмечается снижение заболеваемости населения за 10 лет исследуемого периода, в том числе – заболеваемости сельского населения, темпы которого возросли в 2020 году, что, вероятнее всего, обусловлено изменениями в работе системы здравоохранения, связанными с распространением новой коронавирусной инфекции (снижением темпов

профилактической работы, – отсутствием профилактических осмотров, диспансеризации населения, развертыванием инфекционных отделений на базе соматических, мобилизацией врачей различных специальностей на борьбу с Covid–19, уменьшением объемов плановой медицинской помощи населению). При сравнительной характеристике заболеваемости городского и сельского населения некоторыми инфекционными заболеваниями обращает на себя внимание уровень заболеваемости сельского населения, который практически в два раза ниже, чем городского. Выявлено статистически достоверное превышение уровня смертности сельского населения по отношению к городскому, в связи с чем низкий уровень заболеваемости сельского населения скорее свидетельствует об ограничении доступности медицинской помощи населению сельских территорий, чем о его хорошем здоровье.

ГЛАВА 4. СЕЛЬСКИЙ ЖИТЕЛЬ КАК ПОТРЕБИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ ТЕРРИТОРИИ

4.1. Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях сельской местности

В качестве основной характеристики функционирования системы рассматривается эффективность системы здравоохранения, которая является обобщающей категорией, включающей социальный, медицинский и экономический аспекты. При этом социальная и медицинская эффективность являются определяющими при выборе той или иной медицинской технологии. Показатели экономической эффективности позволяют сделать выбор оптимальных вариантов финансирования, установить очередности проведения преобразований в условиях ограниченных финансовых ресурсов [90].

Социальная эффективность измеряется положительными экономическими результатами вследствие «предотвращенного социального ущерба (предупреждением преждевременной смертности, инвалидности и снижение заболеваемости)» [89]. Однако получение экономического эффекта не является определяющим при оценке социально-экономической эффективности здравоохранения [282].

Анализ работ, посвященных социально-экономической эффективности, указывает на различные способы оценки эффективности системы здравоохранения.

Остановимся на исследованиях социальной эффективности.

Социальная эффективность здравоохранения включает:

- оценку результатов деятельности системы здравоохранения,
- оценку качества медицинского обслуживания,

– удовлетворение потребностей населения [89].

В России перспективы исследований социальной эффективности здравоохранения связаны с именем академика РАН А.В. Решетникова [303, 322, 324, 331].

По мнению А.В. Решетникова [324, 330], социальная эффективность здравоохранения определяется следующими показателями:

– Удовлетворенность получателей государственных медицинских услуг оказанной помощью.

– Наличие «горячих» телефонных линий для связи с общественностью по проблемам здравоохранения и медицинского обслуживания населения.

– Наличие официальных интернет-порталов органов управления и организаций здравоохранения.

– Проведение опросов населения и пациентов медицинских организаций.

Одним из ведущих индикаторов социальной эффективности здравоохранения является оценка, мониторинг и анализ социальной удовлетворенности пациентов медицинской помощью [368], отражающий степень реализации персонифицированного подхода в оказании медицинской помощи [402]. Удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой относится к основным характеристикам качества медицинской помощи, установленным профессиональным сообществом [60, 147, 368, 406].

Анализ научных исследований, посвященных изучению различных аспектов удовлетворенности системой здравоохранения, позволил Г.В. Шнайдеру и соавт. [279] выделить и систематизировать основные факторы, достоверно и неоднозначно влияющие на уровень удовлетворенности пациентов (популяционные, медицинские и территориальные).

Типология факторов удовлетворенности пациентов в сельских медицинских организациях отражает степень соответствия реальных условий оказания медицинской помощи ожиданиям пациента [401]. Из определений

удовлетворенности медицинским сервисом следует, что степень удовлетворенности пациента означает не оценку его качества, а соответствия уровня ожиданиям пациента, которые субъективны и «зависят от социально-демографических параметров и опыта пациента» [401].

В литературе представлены противоречивые данные о степени влияния различных факторов на удовлетворенность пациентов медицинской помощью [422, 549, 550, 553, 582].

В настоящее время существует большое количество опросников для измерения уровня удовлетворенности медицинской помощью, однако отсутствует унифицируемый опросник удовлетворенности медицинской помощью, соответствующий критериям оценки качества исследовательских инструментов COSMIN (согласованные стандарты по выбору инструментов измерения в сфере здравоохранения) [456]. На результаты удовлетворенности оказывают влияние особенности национальных систем здравоохранения, предопределяющие различное значение факторов удовлетворенности, различные критерии оценки уровня удовлетворенности, многофакторность данного параметра, его зависимость от социокультурных особенностей исследуемой когорты. Кроме того, имеет значение способ проведения опроса респондентов [402].

В социологическом исследовании «Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в сельском здравоохранении» приняли участие 312 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области. Все респонденты страдали хроническими заболеваниями. Вопросы анкеты разработаны академиком РАН А.В. Решетниковым [323]. Респонденты могли указать несколько вариантов ответов на вопросы анкеты [84, 85, 86, 87, 119, 165, 400].

Большинство респондентов (73,4%), страдают хроническим заболеванием более 10 лет: 37,2% – от 10 до 19 лет, 17,0% – от 20 до 29 лет, 30 и больше лет страдают хроническим заболеванием 19,2% респондентов, 26,6% – страдают хроническим заболеванием менее 10 лет.

Средний (медианный) «стаж заболевания» – 10,5 лет; первый квартиль – 5,5 лет; четвёртый квартиль – 19 лет.

5,3% респондентов установлена группа инвалидности.

При решении проблем со здоровьем респонденты:

- обращаются в медицинскую организацию по месту жительства (35,2% ответов),
- обращаются к своим коллегам по работе (35,2% ответов),
- лечатся самостоятельно (29,6% ответов),
- обращаются в частную клинику (13,8% ответов),
- другое (5,7% ответов).

В качестве пациента респонденты обращались в течение года в

- поликлинику по месту жительства (71,9% ответов),
- частные медицинские организации (24,7% ответов),
- стационар медицинской организации (16,9% ответов),
- другое (7,9% ответов).

Медицинскую помощь в связи с заболеванием респондентам оказывали

- в поликлинике по месту жительства (73,6% ответов),
- стационаре медицинской организации (25,3% ответов),
- частных медицинских организациях (12,1% ответов),
- на дому (5,5% ответов),
- другое (0,0% ответов).

Респонденты констатировали негативные явления в деятельности медицинских организаций, в которых им оказывалась медицинская помощь:

- отсутствие нужных специалистов (67,1% ответов),
- очереди (9,6% ответов),
- невозможность попасть на приём в удобное время (8,5% ответов),
- невнимательное отношение сотрудников (8,5% ответов),
- плохая организация работы регистратуры (2,1% ответов),
- опоздания, нерегламентируемые перерывы в работе специалистов (2,1% ответов),

– хамство, неуважительное отношение сотрудников (2,1% ответов).

При оценке респондентами удовлетворенности медицинской помощью в сельских медицинских организациях региона большинство респондентов положительно оценили качество и доступность медицинской помощи в разных условиях оказания. Более высоко отмечена удовлетворенность респондентов качеством и доступностью медицинской помощи в частных медицинских организациях (таблица 19).

Таблица 19 – Удовлетворенность респондентов доступностью и качеством медицинской помощи в сельских медицинских организациях (абс. и %)

| | Поликлиника по месту жительства | Стационар | На дому | Частные медицинские организации | Другое |
|----------------------|--|------------------|----------------|--|---------------|
| очень плохо | 13 (4,3%) | 3(1,1%) | 10 (3,2%) | 0 (0,0%) | 3 (1,1%) |
| плохо | 53(17,0%) | 17 (5,3%) | 7 (2,1%) | 13 (4,3%) | 7 (2,1%) |
| удовлетворительно | 126 (40,4%) | 202 (64,9%) | 242(77,7%) | 30 (9,6%) | 279 (89,3%) |
| хорошо | 93 (29,8%) | 70 (22,3%) | 37 (11,7%) | 246 (78,7%) | 13 (4,3%) |
| очень хорошо | 17 (5,3%) | 20 (6,4%) | 7(2,1%) | 17 (5,3%) | 3 (1,1%) |
| затрудняюсь ответить | 10 (3,2%) | 0 (0,0%) | 10 (3,2%) | 7 (2,1%) | 7(2,1%) |

60,6% респондентов удовлетворены отношением лечащего врача в поликлинике по месту жительства, не удовлетворены и «не в полной мере» 39,4 % респондентов (таблица 20).

Таблица 20 – Удовлетворенность респондентов отношением лечащего врача (абс. и %)

| | Поликлиника по месту жительства | Стационар | На дому | Частные медицинские организации | Другое |
|------------------|--|------------------|----------------|--|---------------|
| да | 189 (60,6%) | 129 (41,5%) | 76 (24,4%) | 103 (33,0%) | 32 (10,2%) |
| нет | 23 (7,5%) | 17 (5,3%) | 13 (4,3%) | 7 (2,1%) | 2 (0,5%) |
| не в полной мере | 100 (31,9%) | 166 (53,2%) | 222 (71,3%) | 202 (64,9%) | 279 (89,3%) |

Респонденты определили проблемы, которые возникают у пациентов в ситуации хронического заболевания:

- недостаточное техническое оснащение медицинских организаций (67% ответов),
- высокая стоимость лекарств (60,0% ответов),
- большие очереди на приём к врачу (27,1% ответов),
- ограничение доступности бесплатной медицинской помощи (24,5% ответов),
- отсутствие социальной поддержки (16,1% ответов),
- плохое качество медицинского обслуживания (11,0% ответов),
- плохие условия пребывания в стационаре (13,5% ответов),
- недостаточная квалификация медицинского персонала (12,3% ответов),
- невнимательное отношение медицинского персонала (9,7% ответов),
- отсутствие психологической поддержки пациента и семьи (6,5% ответов).

Большинство пациентов положительно оценили качество и доступность медицинской помощи в медицинских организациях региона (68% респондентов в медицинских организациях г. Саратова и 64,9% – в медицинских организациях Саратовской области) (а 21).

Таблица 21 – Сравнительный анализ качества и доступности медицинской помощи в медицинских организациях региона (абс. и %)

| Качество и доступность медицинской помощи в медицинских организациях | г. Саратов | районов Саратовской области |
|---|-------------------|------------------------------------|
| хорошее | 96 (30,8%) | 50 (16,0%) |
| удовлетворительное | 116 (37,2%) | 152 (48,9%) |
| плохое | 40 (12,8%) | 40 (12,8%) |
| затрудняюсь ответить | 60 (19,2%) | 70 (22,3%) |

Социальная отзывчивость здравоохранения определяется факторами, релевантными условиям оказания медицинской помощи в медицинских организациях и факторами, релевантными социальным отношениям врач–пациент. Большинство респондентов указали высокие и средние оценки

социальной отзывчивости региональной системы здравоохранения (таблица 22).

Таблица 22 – Социальная отзывчивость здравоохранения региона по оценкам респондентов (абс. и %)

| | Высокая оценка | Средняя оценка | Низкая оценка |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Уважительное отношение сотрудников медицинской организации | 116 (37,2%) | 163 (52,2%) | 33 (10,6%) |
| Понимание объяснений врача. Достаточное время общения с врачом | 110 (35,1%) | 173 (55,3%) | 30 (9,6%) |
| Надлежащие условия. Достаточность пространства помещений. Чистота помещения | 110 (35,1%) | 146 (46,8%) | 56 (18,1%) |
| Желание сменить медицинскую организацию | 63 (20,2%) | 161 (51,1%) | 90 (28,7%) |
| Наличие объяснений результатов обследования | 73 (23,4%) | 199 (63,8%) | 40 (12,8%) |
| Доверие к лечащему врачу | 139 (44,7%) | 129 (41,5%) | 43 (13,8%) |
| Близость медицинской организации от места проживания | 100 (31,9%) | 133 (42,6%) | 80 (25,5%) |

Таким образом, большинство респондентов, имеющих проблемы со здоровьем, обращались в течение года в качестве пациента в поликлинику по месту жительства (71,9%), к своим коллегам по работе (35,2%), лечились самостоятельно (29,6%).

Из негативных явлений в деятельности медицинских организаций, в которых им оказывалась медицинская помощь, пациенты указали отсутствие нужных специалистов (67,1%), очереди (9,6%), невозможность попасть на приём в удобное время (8,5% ответов), невнимательное отношение сотрудников (8,5% ответов).

При оценке респондентами удовлетворенности медицинской помощью в сельских медицинских организациях региона большинство респондентов положительно оценили качество и доступность медицинской помощи в разных условиях оказания. Более высоко отмечена удовлетворенность

респондентов качеством и доступностью медицинской помощи в частных медицинских организациях.

К проблемам, возникающим у пациентов в ситуации хронического заболевания, респонденты отнесли недостаточное техническое оснащение медицинских организаций (67%), высокую стоимость лекарств (60,0%), большие очереди на приём к врачу (27,1%), ограничение доступности бесплатной медицинской помощи (24,5%), отсутствие социальной поддержки (16,1%).

Несмотря на ограничение доступности медицинской помощи для большинства респондентов (отсутствие нужных специалистов; недостаточное техническое оснащение медицинских организаций; высокую, не соответствующую финансовым возможностям пациентов, стоимость лекарственных препаратов) при оценке удовлетворенности медицинской помощью в сельских медицинских организациях региона большинство респондентов положительно оценили качество и доступность медицинской помощи в разных условиях оказания (68% респондентов в медицинских организациях г. Саратова и 64,9% – в медицинских организациях Саратовской области) и указали высокие и средние оценки социальной отзывчивости сельского здравоохранения.

Объяснение полученных результатов в проведенном нами исследовании возможно в ракурсе описанного академиком РАН А.В. Решетниковым феномена «парадоксальной» медицины, возникшего в российском здравоохранении в конце XX века, обозначенного термином антиномия – «логически взаимоисключающие и несочетаемые друг с другом, но фактически одновременно функционирующие явления» [326].

4.2. Медико-социологическая оценка потребителями медицинских услуг доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении

С целью изучения деятельности медицинского персонала в сельских медицинских организациях нами проведено исследование «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении», которое включало фокус-групповое исследование и анкетный опрос респондентов – врачей, страдающих хроническими заболеваниями.

Врач как субъект медицины чаще всего выступает объектом медико-социологических исследований в контексте своих медицинских (экспертных) знаний о представителях разных социальных групп пациентов [320, 325, 329]. Уникальность проведенного исследования определяется центрированием фокуса исследовательского интереса на социальной группе врачей в контексте их проблем здоровья – то есть изучении личного пациентского опыта врачей сельского здравоохранения.

Фокус-групповое исследование ««Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении»» было реализовано в мае 2019 г. на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Авторский гайд фокус-группового исследования включал два блока вопросов, направленных на изучение проблем доступности медицинской помощи специалистам сельского здравоохранения (Приложение Д).

В исследовании приняли участие 8 заведующих отделениями районных медицинских организаций Саратовской области. Критериями включения стали: факт работы в сельском здравоохранении не менее пяти лет, факт работы в должности заведующего отделением не менее трех лет, согласие на участие в исследовании. Ключевым показателем для анализа было наличие опыта работы в сельском здравоохранении. Пол, возраст, специализация

врача для целей данного исследования были не значимы, и не были учтены при анализе данных.

Анализ полученных данных был выполнен в соответствии со стандартными требованиями к анализу качественных данных с опорой на методологию дискурс-анализа [263].

Реализованное исследование позволило выделить несколько ключевых вопросов, отражающих проблемы доступности медицинской помощи специалистам сельского здравоохранения. Полученный глубокий эмпирический материал (массив мнений) позволил расширить предполагаемый на этапе планирования круг проблем и описать особенности получения медицинской помощи выбранной группой респондентов – врачей сельского здравоохранения.

Врач как пациент: особенности «совмещения» социальных ролей

Одной из актуальных проблем здравоохранения в России является влияния неблагоприятных условий профессиональной деятельности на здоровье врачей. Соответствующее российским и мировым тенденциям повышение профессиональных требований к врачам, чрезмерные нагрузки, формирующие профессиональный стресс, инициируют эмоциональное выгорание, соматические и психологические депривации.

Анализ массива мнений экспертов показал, что врачи сельского здравоохранения, даже «накопив» значительный спектр нарушений здоровья, не готовы признать необходимость обращения за медицинской помощью и «совмещения» своей профессиональной роли врача и социальной роли пациента. Прежде всего, отрицание респондентами очевидной потребности в медицинской помощи определялось распространенными стереотипами в отношении репутационных характеристик врача – «Как я пойду на больничный, если «я врач»? Мои пациенты ... они, знаете, не поймут. Если

ты себя не можешь полечить – как же ты меня-то лечишь?» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год).

Большинство респондентов ($n = 6$), участвующих в фокус-группе, страдали хроническими заболеваниями (более 10 лет), двоим из них установлена группа инвалидности. При этом респонденты указывали, что их роль врача ограничивает их «моральное право на болезнь» (заведующая терапевтическим отделением, 61 год), не позволяет своевременно обратиться за помощью «Ты заболел, но и пациенты болеют – и как ты их оставишь, и будешь себя лечить, беречь? Нет, позавтракал таблетками – и на работу. Пациентам хуже, они-то не знают, чем лечить себя» (заведующая кардиологическим отделением, 63 года).

Участники исследования отмечают, что в большинстве медицинских организаций существует корпоративная поддержка коллег в ситуации болезни: «... как правило, это совсем другая реакция, другое желание помочь, сделать все возможное ...» (заведующая кардиологическим отделением, 63 года), и «... на уровне корпоративной поддержки помощь оказывается максимально» (заведующий неврологическим отделением, 54 года).

При этом врачи отмечают, что могут получить моральную поддержку в ситуации заболевания также, преимущественно, от коллег – «. А если дома скажешь, что заболела – ну, ты же знаешь, к кому обратиться и чем полечиться? Пожалеют, да, конечно, но... давай уже лечись быстрее, домашние дела не ждут! А с коллегами мы так... с пониманием друг к другу. Мы все тут сапожники без сапог... Звоним друг другу или забегаем по ходу показаться – а лечимся... да толком и не лечимся» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год) и «Семья – у меня мама, она сразу: ты же врач, что же ты не можешь себя полечить? Или еще – как не стыдно, ты так себя запустила – что скажут соседи? Муж приедет (*с вахты – прим.*) – а ты болеешь...» (заведующая гинекологическим отделением, 34 года).

В целом, респонденты отмечают, что и пациенты и представители врачебного сообщества активно поддерживают «нездоровую» бравату врача, его пренебрежение состоянием собственного здоровья – «Все по классике – светя другим ты должен сгорать сам. И как бы ты себя не чувствовал, ты должен быть... ну, таким... бодрячком. Иначе и врач ты не очень, и человек плохой» (заведующая кардиологическим отделением, 63 года). При этом сами врачи указывают – «Мы и сами, в общем, провоцируем – вот утром пришли на работу... у меня 180/120, а у меня 187 – ага я победила.... Посмеялись – и за работу. А надо бы подумать (*о своем здоровье*)» (заведующая терапевтическим отделением, 61 год).

Отдельной веткой дискуссии стало обсуждение комплаентности специалистов сельского здравоохранения – соглашаясь, что уровень приверженности лечению у них низкий, респонденты объясняют это высоким уровнем профессиональной, семейной и бытовой нагрузки, дефицитом времени, необходимостью сохранения уровня дохода, привычкой переносить болезни на ногах. Так, участники исследования подчеркивают: «Я себе позволить «правильно» лечиться и выздоравливать не могу – работа, дом, семья. Да и привыкли мы, честно сказать, на себя внимания не обращать, на ногах все переносить» (заведующий урологическим отделением, 37 лет) и «Не могу себе позволить больничный – получу меньше (*зарплату*) – а у меня дочь учится, не могу ее оставить без денег» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год).

Одним из факторов, определяющих специфику самосохранительного поведения респондентов-врачей, выступает кадровый дефицит сельского здравоохранения и условия профессиональной деятельности: «Предпочтение отдается... поверхностному амбулаторному лечению, а не стационарному, преждевременному закрытию больничного листа при минимальной положительной динамике. А что делать – некому работать» (заведующая терапевтическим отделением, 61 год) и «... в большинстве случаев лечение происходит на ходу, ... без отрыва от основной работы, без больничного

листа. Это приводит к недостаточному лечению» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

Признавая, что такой подход может привести к осложнениям, отягощению и хронитизации патологического процесса – все респонденты приводят в качестве аргумента наличие обязательств перед коллегами и пациентами – «Здоровье – не на первом месте. Нужно работать, ... некому меня заменить. ... Как я могу уйти на больничный, ведь я незаменима в коллективе, не могу подвести коллег» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год).

Кроме того, все представители сельского здравоохранения указывают, что не могут представить себя в роли пациента: «Я, как врач, не могу представить себя в роли пациента. В том числе, я не еду на санаторно-курортное лечение, часто я не соглашаюсь на стационарное лечение, ограничиваясь минимальным, амбулаторным...» (заведующая эндокринологическим отделением, 57 лет) и «Сложно быть пациентом, если ты врач. Клиника объективно нарастает, а готова – против того, чтобы признать, что у тебя явно есть проблемы» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год).

Доступность медицинской помощи врачам с хроническими заболеваниями в медицинских организациях региона

В ситуации хронического заболевания наиболее важным аспектом выступает доступность регулярной медицинской помощи пациенту. Прежде всего, эксперты, принявшие участие в исследовании, отметили ограничение доступности медицинской помощи сельскому населению региона в связи с дефицитом врачебных кадров, недофинансированием и низким материально-техническим обеспечением медицинских организаций районов Саратовской области, концентрацией специализированной медицинской помощи в крупных городах.

Так, ключевой проблемой, определяющей уровень доступности медицинской помощи выступает кадровый «голод» в сельском здравоохранении. Все респонденты говорят о распространенной практике совмещения должностей и ставок: «Как я могу заняться своим здоровьем, если я работаю на 1,5 ставки – и еще с этим ковидом, когда все просто ушли в красную зону – и я закрываю собой «пулеметные» очереди пациентов. А ко мне, терапевту, в мое отделение идут при отсутствии узких специалистов – мы не узкие, но можем хоть как-то сделать назначение...» (заведующая терапевтическим отделением, 61 год). Респонденты подчеркивают «постарение» кадрового состава сельского здравоохранения – «... молодежь в село не хочет ехать, вытягиваем на старых кадрах... А врачи, да они опытные, но они люди – и им уже многим больше 60 (*лет*). Разумеется, они тоже болеют, и продолжают выходить на работу, вариантов других нет» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

В этой ситуации врачи, имеющие нарушения здоровья «не по своему профилю» сталкиваются в ограниченными возможностями получения консультации узкого специалиста («Я кардиолог, но у меня проблемы по ревматологии. Мне самой нужна консультация – а ревматологи у нас... даже не на вес золота – на вес платины! Я врач, а мне обратиться не к кому – парадокс. В город ехать только... Лечимся сами, как можем.» (заведующая кардиологическим отделением, 63 года)) – что, вкупе с отсутствием резервов времени из-за высокой трудовой нагрузки экспертов, повышает риск самолечения в указанной группе респондентов.

Вопросы профилактического и восстановительного лечения для специалистов здравоохранения региона также остаются открытыми – при высоком уровне потребности в такого рода поддержке, большинство респондентов ($n = 7$) указали, что не могут себе позволить длительное отсутствие на рабочем месте: «Санаторно-курортное лечение? Это сложно, тогда провиснет мой участок – и надолго... Кто же меня отпустит? Да и совесть моя, она мне не даст спокойно восстанавливаться, когда за меня кто-

то будет в две смены...» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год).

Одной из наиболее актуальных проблем специалистов сельского здравоохранения является низкий уровень оплаты труда, который, в том числе, обуславливает и особенности самосохранительного поведения представителей данной группы. Наиболее распространенными семантическими единицами в массиве мнений в этом тематическом ключе были «низкая зарплата» (37 упоминаний), «нехватка финансов» (33 упоминания), «не могу позволить» (19 упоминаний). Это также влияет на комплаентность и самосохранительную мотивацию респондентов – многие врачи не могут проходить лечение «на больничном листе»: «...врач получает совсем другой доход на период больничного, болеть не выгодно в финансовом плане» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год) и «...Нужно работать, нужно обеспечивать семью» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

Участники дискуссии также отметили финансовые ограничения доступности частной медицинской помощи для врачей, страдающих хроническим заболеванием. Для большинства врачей при отсутствии необходимых специалистов в государственных медицинских организациях «... лечение в частной клинике в большинстве случаев не по средствам» (заведующая эндокринологическим отделением, 57 лет) и «Если по каким-то причинам нет консультанта или возможности обследования в государственной медицинской организации ... возникает необходимость обращаться в частную, но это не по средствам нам...» (заведующая кардиологическим отделением, 63 года).

Во многом эта ситуация объясняется низким уровнем оплаты труда врачей сельского здравоохранения, что также подтверждается распространенностью практики совмещения ставок, дополнительной трудовой занятостью представителей врачебного сообщества в регионе. Так, все участники исследования указали, что не удовлетворены уровнем своего дохода – «... не хватает, конечно. Но у меня хозяйство, огород – это

помогает» (заведующий неврологическим отделением, 54 года) и «Муж у меня вахтовым методом работает, и моя зарплата... не основной доход семьи, я не чувствую какой-то нужды. Но... вот хочу чувствовать, что мой труд ценят, что он стоит чего-то. Мы же даем возможность новой жизни» (заведующая гинекологическим отделением, 34 года).

По мнению участников фокус-группы, врачам сельского здравоохранения как пациентам недоступна высокотехнологичная медицинская помощь – «Моему коллеге, например, надо было сделать ПЭТ-КТ... Вы смеетесь? Где? Ехать в город, а может сразу в Москву или Германию? (*саркастично*) Осень, дорог просто нет, зато пациентов – (*показывает выше головы*). Вот и обратился только зимой, и то тогда, когда уже приперло. Обошлось, конечно, слава Богу – но это же не норма?» (заведующий урологическим отделением, 37 лет). Респонденты отмечают, что нуждаются в технических специалистах, которые бы оперативно решали проблемы с медицинской техникой – «Например, забарахлила рентген-установка. Что такое рентген в травматологии? Это все! А мы неделю ждали ремонта» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

Врач как пациент: особенности восприятия пациентским сообществом

Интересным направлением дискуссии стало обсуждение восприятия пациентами ситуации нарушения здоровья врача. Прежде всего, врачи в ипостаси пациента сталкиваются с потерями репутационных профессиональных характеристик, что было описано выше. Одновременно с этим, респонденты описывают свой опыт «интеграции» в пациентское сообщество – «Не дай Бог в очереди к стоматологу даже... или как-то упомянуть, что ты врач – все, начинают подозревать, что ты «по знакомству», что тебя будут априори лучше лечить» (заведующий урологическим отделением, 37 лет) и «Да, был случай – у меня жена еще к врачу не попала, а уже жалобу написали, что лезем без очереди (*смеется*).

Соседка «любимая» узнала, тоже в коридоре была... Товарищи, идем по талону, по времени! Жене рожать уже, так что – или надо это было тоже самостоятельно делать? (смеется)» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

Респонденты отметили, что сталкиваются с недоверием к наличию заболевания у врача со стороны пациента – «... когда у нас чаще всего заболевают врачи? В свободное от работы время! (смеется) А если ты уходишь на больничный – могут и пойти пожаловаться, что хочешь просто отдохнуть, а не болеешь... Ага, я на Новый год в ковидарии отдохнула – страшно вспомнить» (заведующая эндокринологическим отделением, 57 лет) и «Я вот расскажу... Была проблема с зубами и челюстью, но все не мог никак – обезболивал и за работу. В итоге, челюсть уже плохо стала открываться. А я родился на нашем побережье, у меня там родители, мои тети-дяди, братья... И поехал в отпуске свои проблемы с зубами решить, ну и семья, конечно, со мной... В отпуске – подчеркиваю! Пока я там со своим делом, мои – на море, в горы, туда, сюда, родные, шашлыки, фрукты и прочее... Конечно, сын фотки выложил... Так его друзья своим родителям, конечно (показали – прим.), слово за слово – приезжаю, а тут... Я и обманул, что челюсть (болела – прим.), и непонятно, где денег взял – короче, много... И смешно, и объяснять не будешь» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

Мотивация самосохранительного поведения врачей сельского здравоохранения

Ключевой составляющей для сохранения здоровья специалистов сельского здравоохранения является самосохранительная мотивация и установки. Отмеченная в научной литературе низкая приверженность самосохранительному поведению и распространенность нездорового образа жизни (в части высокой нагрузки, нарушений режима отдыха и труда,

неправильной организации питания) в социальных группах врачей и студентов медицинских вузов [65, 273, 411] в полной мере применима к специалистам регионального здравоохранения.

Так, респонденты признают, что «привыкли» к нездоровому образу жизни: «Устаешь на работе, домой приползаешь и уже не до салатиков и правильного питания. И не до профессионального развития точно» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год) и «Питание и сон... мы же знаем, как это важно. А сами, признаем, это правда – и вредное, и жареное, и на ночь. А когда еще если ты ночью на дежурстве?» (заведующий неврологическим отделением, 54 года).

Отмечают участники исследования и распространенность вредных привычек в среде медицинских работников: «Многие курят. Многие, и уже не переучишь. И стресс так снимают...» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет) и «Согласен. И не только курят, мы ж понимаем» (заведующий урологическим отделением, 37 лет).

При этом особенности проживания в сельской местности способствуют сохранению высокого уровня физической активности респондентов – «Зато мы пешком ходим столько, сколько в городе и не снилось врачу» (заведующая гинекологическим отделением, 34 года). Даже в отсутствии спортивной активности, уровень бытовой нагрузки сельского жителя позволяет сохранить форму: «Как можно растолстеть сельскому жителю? Ну, можно, конечно – но... снег почистить перед работой, если хозяйство, огород – это круглыми сутками нужно шевелиться!» (заведующая кардиологическим отделением, 63 года) и «У меня «огородный» фитнес. Я летом прихожу в форму (смеется)» (заведующая эндокринологическим отделением, 57 лет).

Одновременно анализ массива мнений показал низкую мотивированность респондентов к профилактическому лечению: большинство участников исследования ($n = 6$) признали, что «экономят» время на сон, не склонны выделять время и на профилактическое укрепление здоровья – «Всегда все «на потом» откладываем. А когда это «потом»

наступает – утешаем, что можем и знаем, как себя полечить» (заведующая терапевтическим отделением, 61 год) и «Нет, я не готов пока себя поберечь» (заведующий урологическим отделением, 37 лет). Это наблюдение подтверждается также склонностью врачей-пациентов к самолечению, описанную выше.

Направления повышения доступности медицинской помощи специалистам здравоохранения региона

В ходе дискуссии было отмечено, что проблемы доступности медицинской помощи должны рассматриваться в контексте социальной защищенности врачей на государственном уровне: «Если мы говорим о системе, то проблема защищенности врача решается на государственном уровне. Пока пациенту не запрещено хамить врачу, пока у врачей нет законодательных мер поддержки – проблему решить нельзя» (заведующий неврологическим отделением, 54 года) и «Если бы у нас была возможность законодательно какие-то услуги получать отдельно от общего потока пациентов – многие проблемы были бы решены. Сейчас мы конкурируем, по сути, за получение внимание врача со своими же пациентами. Это нас ставит ... в неудобное, что ли положение. Ну, и пациентов ... подталкивает к конфликту» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

Одним из направлений повышения доступности медицинской помощи специалистам здравоохранения, по мнению участников исследования, являются законодательно установленные социальные гарантии «на охрану труда и охрану здоровья врачей. Ни в одной государственной медицинской организации такой статьи расходов не предусмотрено» (заведующая терапевтическим отделением, 51 год). Необходимым шагом респондентам представляется «... выделение дополнительной статьи расходов организации на поддержку врачей на период болезни. Это невозможно при текущих

тарифах ОМС, при текущем финансировании здравоохранения» (заведующий урологическим отделением, 37 лет). Одним из вариантов решения этого вопроса эксперты считают внедрение в российскую практику существующей в мире системы страховок различного уровня для врачей, позволяющих «... обеспечить себя медицинской помощью высочайшего уровня» (заведующая эндокринологическим отделением, 57 лет).

Повышение доступности медицинской помощи «на местах» респонденты рассматривают в связи с решением существующих в сельском здравоохранении инфраструктурных и институциональных проблем, включая «...создание условий, направленных на закрепление медицинских кадров в сельских районных медицинских организациях. Нужно, чтобы молодежи было интересно, и была возможность развития» (заведующая терапевтическим отделением, 61 год), «...создание привлекательной профессиональной среды. Молодежь у нас бежит из села, и это понятно – ни условий, ни нормальной оплаты» (заведующий неврологическим отделением, 54 года), дополнительным «...оснащением медицинских организаций современным оборудованием» (заведующая кардиологическим отделением, 63 года).

Кроме того, участники исследования подчеркивают, что повышение доступности медицинской помощи для специалистов системы сельского здравоохранения возможно при устранении финансовых деприваций врачей: «... не нужны никакие льготы, нужно врачей обеспечить такой зарплатой, чтобы они могли позволить себе получить медицинскую помощь в ... где угодно! ...любой уровень медицины» (заведующий хирургическим отделением, 45 лет).

Анализ массива мнений респондентов фокус-группового исследования позволил сформировать ряд выводов:

1. Профессиональная роль врача детерминирует особенности пациентского поведения специалистов сельского здравоохранения, негативно

вливая на установки самосохранительного поведения и затрудняя «совмещение» социальных ролей врача и пациента.

2. Наблюдаемый конфликт социальных ролей врача и пациента также ограничивает возможности получения медицинской помощи респондентами в силу нежелания репутационных профессиональных потерь, высокого уровня ответственности перед коллективом и пациентами, опасениями конфликта с пациентами.

3. Обращение врачей сельского здравоохранения за медицинской помощью в ситуации нарушения здоровья «не по специальности» затруднено в силу кадрового дефицита «узких» специалистов в сельском здравоохранении, ограничено высоким уровнем трудовой, семейной, бытовой нагрузки и дефицитом времени, отсутствием финансовых резервов для поддержания и укрепления здоровья, и сопряжено с логистическими сложностями транспортной связи в регионе.

4. Кадровый дефицит и отмеченное «постарение» кадрового состава системы сельского здравоохранения усугубляется отсутствием мотивации молодых специалистов работать в селе (недостаточный уровень оплаты труда, отсутствие условий, невозможность профессионального развития).

5. Низкий уровень дохода специалистов сельского здравоохранения негативно влияет на их уровень приверженности лечебным и реабилитационным мероприятиям, здоровому образу жизни и специфике самосохранительного поведения.

6. Повышение доступности медицинской помощи специалистам сельского здравоохранения связывается, прежде всего, с повышением уровня оплаты их труда, укреплением материально-технической базы медицинских организаций в селе, развитием транспортной инфраструктуры региона, внедрением системы страховой защиты врачей и совершенствованием системы социальной защиты медицинских работников.

Таким образом, в условиях сельского здравоохранения доступность медицинской помощи врачам имеет не только организационный, но и

социальный и географический контекст – барьерами выступают кадровый дефицит сельского здравоохранения, отсутствие необходимой инфраструктуры и материально-технологическое отставание сельского здравоохранения, сложности транспортного обеспечения региона, особенности менталитета жителей сельской местности. В ситуации, когда в помощи нуждаются врачи, имеющие хроническое нарушение здоровья, приведенный перечень барьеров дополняется высоким уровнем нагрузки и спецификой самосохранительного поведения представителей данной группы.

В анкетном опросе социологического исследования «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» приняли участие 312 врачей, работающих в сельских медицинских организациях региона. Вопросы анкеты разработаны академиком РАН А.В. Решетниковым [323]. Респонденты могли указать несколько вариантов ответов на вопросы анкеты.

Большинство, 247 (79,2%), респондентов тратят на дорогу в медицинскую организацию менее 30 минут (134 (43,0%) респондента – менее 15 минут, 113 (36,2%) респондентов – менее получаса). Для 55 (17,6%) респондентов дорога в медицинскую организацию занимает от 30 минут до 2 часов. Более 2 часов тратят на дорогу 10 (3,2%) респондентов (рисунок 1).

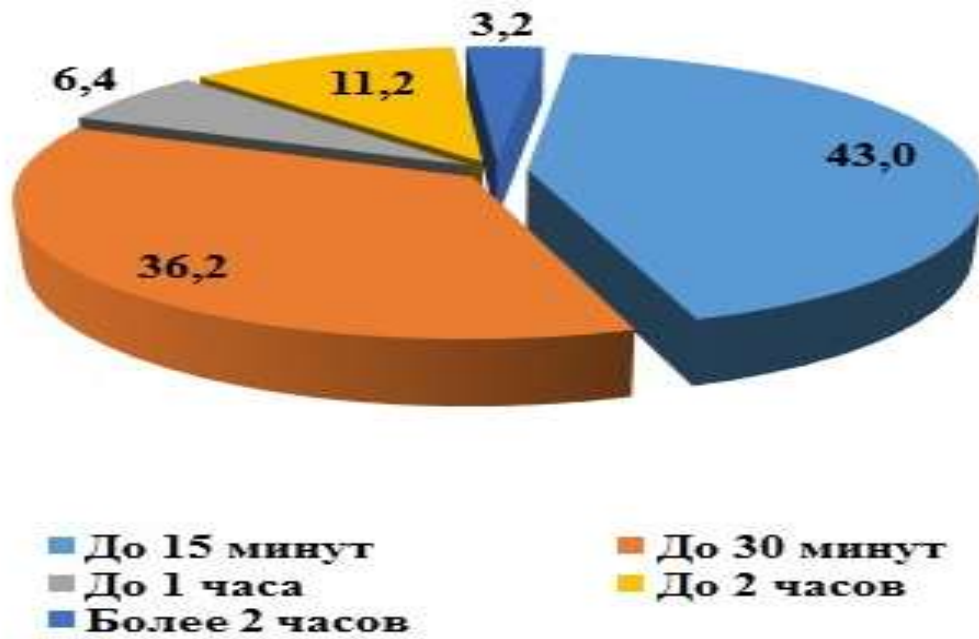


Рисунок 1 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Сколько времени Вам приходится тратить на дорогу в медицинскую организацию» (%)

Для 156 (50%) респондентов медицинская помощь недоступна, если необходимо потратить 2 часа до медицинской организации, для 27 (8,5%) респондентов – более 2 часов. Для 129 (41,5%) респондентов недоступность медицинской организации составляет менее 1 часа (рисунок 2).

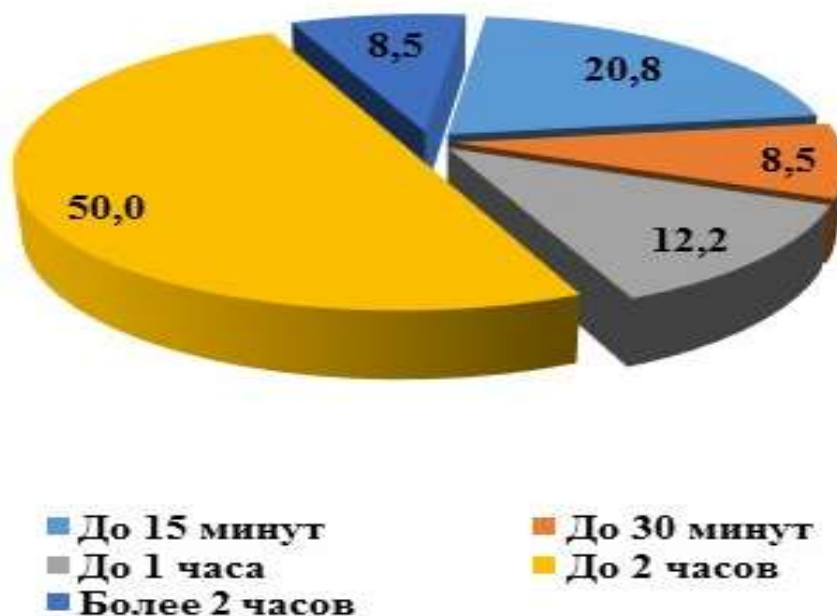


Рисунок 2 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Какое время до медицинской организации предполагает, что медицинская помощь в данной организации для Вас недоступна» (%)

Большинству, 246 (78,7%), респондентам приходилось ожидать консультации специалиста менее 30 минут, от получаса до 2 часов – 63 (20,2%) респондентам и более 2 часов – 3 (1,1%) респондентам (рисунок 3).

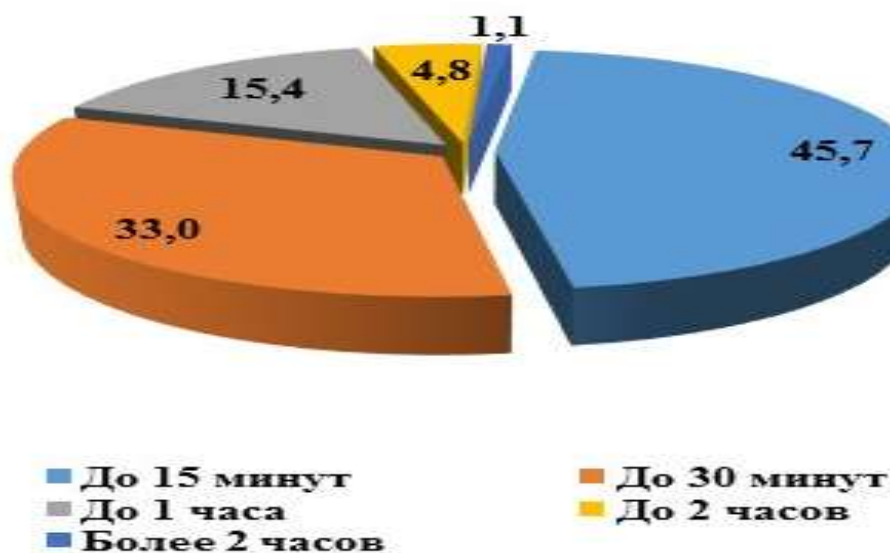


Рисунок 3– Распределение ответов респондентов на вопрос «Сколько времени Вам приходится тратить на ожидание приёма специалиста» (%)

Для 227 (72,9%) респондентов платные медицинские услуги недоступны.

По мнению 174 (55,7%) респондентов платные и бесплатные услуги равноценны по качеству. 134 (43,1%) респондентов полагают, что платные услуги более высокого качества и 4 (1,2%) респондентов – платные услуги более низкого качества.

При оценке качества оказываемых платных медицинских услуг по сравнению с бесплатными большинство, 174 (55,7%), респондентов полагают, что платные и бесплатные услуги равноценны по качеству. На более высокое качество платных услуг указывают 135 (43,2%) респондентов. По мнению 3 (1,1%) респондентов, платные услуги более низкого качества.

186 (59,6%) респондентов приходилось отказываться от приема необходимых лекарственных препаратов из-за отсутствия финансовых средств. 105 (33,5%) респондентов могли оплачивать терапию и не считали нужным принимать лекарственные препараты 21 (6,9%) респондентов.

206 (65,9%) респондентов выполняют назначения лечащего врача, «когда как» – 103 (33,0%) респондентов. Не выполняют назначения лечащего врача 3 (1,1%) респондентов.

Регулярно принимают лекарственные препараты при необходимости постоянного приема 159 (51,1%) респондентов, эпизодически – 98 (31,4%). Не принимают – 55 (17,5%) респондентов.

Монотерапия у 136 (43,6%) респондентов, 176 (56,4%) респондентов принимают два и более препаратов (рисунок 4).

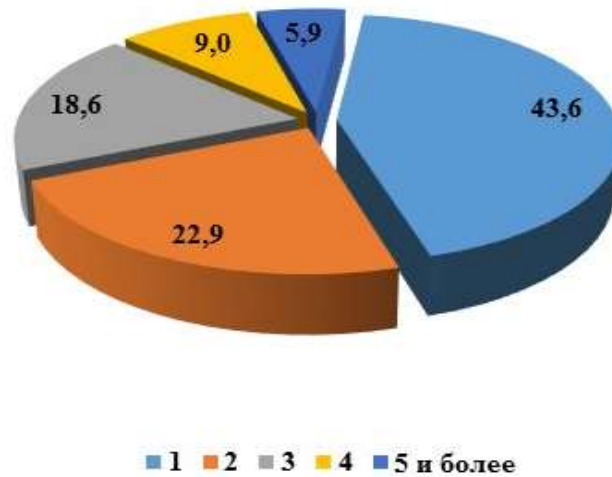


Рисунок 4 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Укажите, сколько лекарственных препаратов Вы принимаете» (%)

Менее 500 рублей готовы потратить на покупку лекарственных препаратов 35 (11,2%) респондентов, от 500 до 1000 рублей – 70 (22,3%) респондентов. 204 (65,4%) респондентов готовы потратить на покупку лекарственных препаратов больше 1000 рублей (63 (20,2%) респондентов – более 3000 рублей). Не считают нужным тратиться 3 (1,1%) респондентов (рисунок 5).

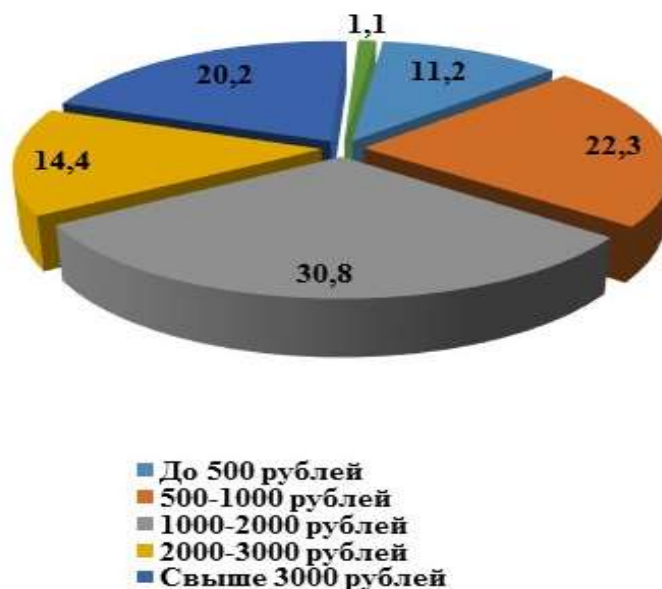


Рисунок 5 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Какую сумму Вы готовы тратить на покупку лекарственных препаратов» (%)

Далее респонденты ответили на вопросы, предполагающие возможность нескольких ответов.

Причины, по которым респонденты обратились за платными медицинскими услугами:

- диапазон видов исследования (55,8% ответов),
- наличие врачей узкой специализации и высокая квалификация врачей (48,1% ответов),
- отсутствие очередей, близость к дому, удобный график работы (11,7% ответов),
- индивидуальный подход, доброжелательный персонал (9,1% ответов),
- доверие к результатам обследования и лечения (6,5% ответов).

Респонденты оплачивали из личных средств:

- инструментальные исследования (55,1% ответов),
- консультации узких специалистов (51,0% ответов),
- лабораторные исследования (44,9% ответов),
- медицинские процедуры (10,2% ответов),
- консультации врача-терапевта (4,1% ответов).

Респонденты не выполняют предписания врача, касающиеся терапии, по причинам:

- не хватает средств на лекарства (59,6% ответов),
- не согласен с методами и лекарствами, выбранными для лечения (36,7% ответов),
- не люблю пить лекарства (23,3% ответов),
- не верю в возможность выздоровления (10,0% ответов),
- из-за собственной лени (6,7% ответов),
- не доверяю врачу (0,0% ответов),
- не доверяю официальной медицине (0,0% ответов),
- другое (6,7% ответов),
- затрудняюсь ответить (0,0% ответов).

Таким образом, респонденты отмечают транспортную доступность медицинских организаций в сельском здравоохранении. Большинство респондентов склонны к комплаенсу (65,9% респондентов выполняют назначения лечащего врача. Регулярно принимают лекарственные препараты при необходимости постоянного приема 51,1% респондентов).

Однако, большинство респондентов не выполняют назначения врача, касающиеся терапии, из-за недостаточности средств на лекарственные препараты (59,6%) и в случае несогласия с методами и лекарствами, выбранными для лечения (36,7%).

Большинство, 65,4% респондентов, готовы потратить на покупку лекарственных препаратов от 1000 до 3000 рублей. 59,6% респондентов приходилось отказываться от приема необходимых лекарственных препаратов из-за отсутствия финансовых средств.

К причинам, по которым респонденты обратились за платными медицинскими услугами, относятся необходимые виды исследований (55,8%), наличие врачей узкой специализации и высокая квалификация врачей (48,1%), качество медицинского сервиса. Респонденты оплачивали из личных средств инструментальные исследования (55,1%), консультации узких специалистов (51,0%), лабораторные исследования (44,9%).

Для 72,9% респондентов платные медицинские услуги недоступны.

С 2020 г. в ситуации эпидемии Covid-19 возникли дополнительные условия ограничений доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в медицинских организациях региона.

С целью анализа доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в сельском здравоохранении проведено социологическое исследование «Анализ доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в период эпидемии Covid-19», в котором приняли участие 312 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области. Анкета составлена с использованием вопросов,

разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым [321, 323]. Часть вопросов анкеты предполагает возможность нескольких альтернативных и свободных ответов.

При оценке реальности для себя угрозы заражения коронавирусом респонденты указали:

- опасности заражения нет (0% ответов),
- вероятность заражения существует, но незначительная (5% ответов),
- вероятность заражения высокая (47% ответов),
- я уже переболел(а) этой инфекцией (48% ответов),
- затрудняюсь ответить (0% ответов).

Более всего в сложившейся ситуации, связанной с распространением коронавируса, респондентов тревожит:

- широкий спектр осложнений (100% ответов),
- страх за здоровье близких (100% ответов),
- высокие показатели смертности (96% ответов),
- быстрое распространение инфекции (82% ответов),
- неясный прогноз развития пандемии (58% ответов),
- отсутствие эффективного лечения (43% ответов),
- возможные панические настроения у населения (24% ответов).

Респонденты отметили изменение профессиональной деятельности в период эпидемии:

- значительное увеличение профессиональной нагрузки (100% ответов).
- увеличение количества стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности (100% ответов).

На свободных полях анкеты респонденты прокомментировали увеличение профессиональной нагрузки в период пандемии Covid-19: «Объем работы увеличился вдвое, практически нет выходных, круглосуточно на связи с медицинской организацией» (терапевт Р., стаж 24 года). «Увеличение профессиональной нагрузки в связи с болезнью сотрудников и

дополнительным объемом отчетной документации» (терапевт О., стаж 12 лет).

Респонденты, наблюдая «панический страх пациентов» и работая в ситуации «психологического дискомфорта и крайне нервной обстановки» отметили тенденцию «... увеличения числа обращений для прохождения обследования «на всякий случай» (терапевт М. стаж 16 лет). «Возникает необходимость не только медицинского, но и психологического сопровождения пациентов» (гинеколог Т., стаж 17 лет).

Основной проблемой в оказании помощи больным с хроническими заболеваниями респонденты считают ограничение доступности плановой медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями, возможности госпитализации пациентов с хроническими заболеваниями только при декомпенсации:

«Нет возможности в полном объеме оказывать помощь пациентам с хроническими заболеваниями, т.к. перепрофилированы многие стационары. Скрининг предопухолевого патологического процесса в этом году не проведен в полном объеме. Приостановлена работа дневного стационара и отделения реабилитации» (терапевт И., стаж 6 лет). «Работа первичного звена в период эпидемии практически полностью посвящена работе с больными Covid и контактными. Плановые больные обращаются в более поздние сроки болезни, с большим количеством осложнений» (хирург А., стаж 21 год).

Респонденты отметили ограничение оказания паллиативной помощи терминальным больным.

Причинами снижения качества и доступности медицинской помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, респонденты считают:

- загруженность медицинского персонала больными Covid-19 (100% ответов),
- дефицит кадров в связи с их перераспределением и высоким уровнем заболеваемости ковидной инфекцией самих врачей (100% ответов),

- снижением коечного фонда специализированных стационаров в связи с перепрофилированием в Covid-отделения (100% ответов),
- отказ пациентов вне urgentных ситуаций от посещения медицинских организаций (31% ответов),
- невозможность организовать стационары на дому, закрытие дневных стационаров в поликлиниках в период эпидемии (23% ответов).

Таким образом, нами фиксируется «фактическое снижение доступности медицинской помощи населению» [326]. С 2020 г. в ситуации эпидемии Covid-19 возникли дополнительные условия ограничений доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в медицинских организациях региона. Основной проблемой в оказании помощи больным с хроническими заболеваниями респонденты считают ограничение доступности плановой медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями. Причинами снижения качества и доступности медицинской помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, 100% респондентов считают загруженность медицинского персонала больными Covid, дефицит кадров в связи с их перераспределением и высоким уровнем заболеваемости ковидной инфекцией самих врачей, снижением коечного фонда специализированных стационаров в связи с перепрофилированием в Covid-отделения.

Ограничение доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении обсуждается нами в ракурсе дисфункциональных практик социального института медицины. По мнению А.В. Лаврентьевой [186], «поверхностное понимание институтов в позитивно-функциональном аспекте существенно упрощает их реальную сложность, игнорируя постоянное возникновение институциональных аномалий». Академик РАН А.В. Решетников отмечает, что «в настоящее время наблюдаются явные (ожидаемые издержки переходного периода) и латентные (непредвиденные процессы, практики) дисфункции социального института медицины» и называет среди «явных проявлений дисфункциональности – формирование

парадоксального (декларативного) здравоохранения», одной из характеристик которого является «фактическое снижение доступности медицинской помощи населению» [326]. Концептуализация дисфункций связана с работами Р. Мертна [212]: «Исследовать дисфункциональные аспекты социальной деятельности – значит анализировать те стороны социальной жизни, которые являются вызовом существующему порядку вещей». Прогрессирование дисфункциональных практик социального института может инициировать институциональный кризис.

С целью изучения мнения сельских жителей о приоритетных направлениях повышения эффективности сельского здравоохранения нами проведено социологическое исследование «Приоритетные направления улучшения деятельности сельского здравоохранения региона», в котором приняли участие 327 врачей из сельских медицинских организаций региона. Некоторые вопросы анкеты предполагали альтернативные ответы [7, 116, 305].

Большинство респондентов (95,0%) констатирует наличие кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения. Противоположного мнения придерживаются всего 3,3% респондентов и 1,7% респондентов не ответили на вопрос.

Из предложенного в анкете перечня признаков кадрового кризиса на первом месте, по мнению респондентов, дефицит врачебных кадров, который отметили почти все (95% ответов) опрошенные. На втором – низкий уровень оплаты труда врачей (78,3%), на третьем – отсутствие притока молодых специалистов (75%). Далее следует профессиональное выгорание специалистов (68,3%), плохое отношение к врачам со стороны общества (61,7%), снижение престижа профессии (55%). Эти причины кризиса являются основными, потому что более 55% респондентов выбрали все шесть указанных признаков. Менее значимыми причинами кризиса респонденты посчитали низкую квалификацию врачей (11,7% ответов),

высокую стоимость медицинской помощи (13,3%) и низкую доступность гарантированной медицинской помощи для населения (23,3%).

Среди наиболее эффективных мероприятий, направленных на повышение уровня жизни врачей, респонденты назвали следующие:

- повышение базовых окладов (86,7% ответов),
- совершенствование системы оплаты труда (76,7% ответов),
- научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки (50,0% ответов).

Эти направления повышения качества жизни мы рассматриваем как приоритетные, в связи с тем, что их отметили более 50% опрошенных.

Менее значимыми с точки зрения врачей являются:

- формирование гибкого механизма регулирования стимулирующих выплат (35,0% ответов),
- увеличение количества медработников (1,7% ответов).

Для формирования привлекательной для врачей профессиональной среды респонденты включили следующие мероприятия:

- оснащение медицинских организаций современным оборудованием (87,7% ответов),
- оснащение рабочего места скоростным интернетом, справочными медицинскими программами (61,4% ответов),
- организация наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов (45,6% ответов),
- формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (45,6% ответов).

Менее значимыми с точки зрения врачей являются:

- психологическое консультирование и сопровождение врачей с целью профилактики профессионального стресса и выгорания (31,6% ответов),
- развитие телемедицинских технологий (29,8% ответов),

– своевременное предоставление очередного и дополнительного отпусков (28,1% ответов).

Из перечня мероприятий, направленных на минимизацию рисков профессиональной деятельности врачей, респонденты как наиболее значимые, отметили:

– юридическое сопровождение профессиональной деятельности (65,0% ответов),

– повышение квалификации (60,0% ответов).

Менее значимыми, с их точки зрения, являются:

– психологическое консультирование (26,7% ответов),

– вовлечение врачей в профессиональные ассоциации (20,0% ответов).

Из предложенного перечня мероприятий, направленных на преодоление кадрового кризиса в сельском здравоохранении, респонденты отметили наиболее эффективные:

– повышение уровня оплаты труда в зависимости от роста квалификации врача (78,3% ответов),

– целевая подготовка специалистов для сельского здравоохранения (76,7% ответов),

– формирование привлекательной для врачей профессиональной среды (55,0% ответов).

Менее значимыми направлениями преодоления кадрового кризиса респонденты считают:

– научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки (46,7% ответов),

– преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении (33,3% ответов),

– формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (28,3% ответов),

– внедрение наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов (26,7% ответов),

– профориентационная работа с будущими врачами, начиная со школьной скамьи (26,7% ответов),

– внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков (23,3% ответов).

Респондентам, работающим в медицинских организациях муниципальных районов Саратовской области было предложено обозначить преимущества и недостатки проживания в районе. 70% респондентов считают, что преимуществ проживания в районе они не видят, но при этом отметили, что в районе:

– экологическая обстановка лучше, чем в городе (23,2% ответов),

– жизнь размеренная, более спокойная, чем в городе (21,6% ответов),

– красивая природа (7,4% ответов),

– родственники живут рядом (6,7% ответов),

– другие ответы (3,4% ответов),

Следует отметить, что 21,7% выбрали ответ – «затрудняюсь ответить».

Основным недостатком проживания в районе Саратовской области респонденты назвали отсутствие развитой инфраструктуры (73,3% ответов).

Менее значимыми недостатками являются:

– отсутствие нормальной работы для членов семьи (45,8% ответов),

– недостаток квалифицированных кадров (35,8% ответов),

– удалённость от центра (35,8% ответов),

– низкая заработная плата (27,5% ответов),

– плохие дороги (19,8% ответов),

8% респондентов не видят никаких недостатков проживания в районе области, а 4,0% – не смогли ответить на вопрос.

Оценивая преимущества работы в медицинских организациях района Саратовской области (по сравнению с медицинскими организациями г.

Саратова), большинство респондентов ответили, что преимуществ нет (70,3% ответов). Все же некоторые преимущества есть, хотя и немногочисленные:

- малочисленный коллектив, всех знаю, контакт с пациентами (11,0% ответов),
- близость к дому (8,9% ответов),
- меньшая нагрузка (8,9% ответов),
- уникальный опыт (8,6% ответов),
- самостоятельность в работе, принятии решений (6,4% ответов),
- социальные льготы (4,3% ответов),
- другое (8,6% ответов),
- затрудняюсь ответить (13,0% ответов).

Респонденты указали на низкую заработную плату, как на основной недостаток работы в медицинской организации района Саратовской области (79,5% ответов). Среди прочих недостатков:

- кадровый дефицит (48,6% ответов),
- недостаточное финансирование медицинской организации (45,8% ответов),
- недостаточная оснащённость оборудованием (40,8% ответов),
- нет недостатков (9,5% ответов),
- другое (5,8% ответов).

Большинство респондентов (85,0 %) предполагают продолжать работу в медицинской организации района Саратовской области. Из тех респондентов, которые намереваются уехать, 62,5% респондентов предполагают переехать в г. Саратов, 37,5% респондентов – в другой регион.

Основной мотивацией к продолжению работы финансовая («пенсия маленькая» – 77,3% ответов).

Кроме указанного, на решение респондентов продолжить работу в медицинской организации района Саратовской области повлияли следующие факторы:

- постоянное место жительства (47,1% ответов),

- есть работа (34,7% ответов),
- привычка (29,8% ответов),
- желание семьи (14,7% ответов),
- патриотизм (12,2% ответов),
- хороший коллектив (7,3% ответов),
- другое (14,7% ответов),
- затрудняюсь ответить (2,2% ответов).

95,0% респондентов констатируют наличие кадрового кризиса в региональной системе здравоохранения. Признаками кадрового кризиса, по мнению большинства респондентов, являются дефицит врачей (95,0%), низкий уровень оплаты труда (78,3%), отсутствие притока молодых специалистов (75,0%), профессиональное выгорание специалистов (68,3%), плохое отношение общества к врачам (61,7%), снижение престижа профессии (55,0%).

Респонденты определили эффективные направления повышения уровня жизни врачей: совершенствование системы оплаты труда (76,7%), повышение базовых окладов (86,7%), научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки (50,0%).

По мнению респондентов, формирование привлекательной для врачей профессиональной среды включает оснащение медицинских организаций современным оборудованием (87,7%) и скоростным интернетом (61,4%), организацию наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов (45,6%) и формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (45,6%).

Предложения респондентов по минимизации рисков профессиональной деятельности включают юридическое сопровождение профессиональной деятельности (65,0%), повышение квалификации (60,0%) и психологическое консультирование специалистов (26,7%).

Респонденты рассмотрели наиболее эффективные решения для преодоления кадрового кризиса в сельском здравоохранении: целевая подготовка специалистов для сельского здравоохранения (76,7%), повышение уровня оплаты труда в зависимости от роста квалификации врача (78,3%), формирование привлекательной для врачей профессиональной среды (55,0%).

Резюме

Оценка и мониторинг социальной удовлетворенности пациентов медицинской помощью является одним из ведущих индикаторов социальной эффективности системы здравоохранения. Выявленная при анализе удовлетворенности медицинской помощью положительная оценка 65% респондентов качества и доступности медицинской помощи в разных условиях оказания, несмотря на ограничение доступности медицинской помощи в сельских медицинских организациях региона (отсутствие нужных специалистов; недостаточное техническое оснащение медицинских организаций; высокую, не соответствующую финансовым возможностям пациентов, стоимость лекарственных препаратов), может рассматриваться в ракурсе описанного академиком РАН А.В. Решетниковым феномена «парадоксальной» медицины, возникшего в российском здравоохранении в конце XX века.

В условиях сельского здравоохранения доступность медицинской помощи врачам имеет не только организационный, но и социальный и географический контекст – и барьерами выступают кадровый дефицит сельского здравоохранения, отсутствие необходимой инфраструктуры и материально-технологическое отставание сельского здравоохранения, сложности транспортного обеспечения региона, особенности менталитета жителей сельской местности. В ситуации, когда в помощи нуждаются врачи, имеющие хроническое нарушение здоровья, приведенный перечень барьеров дополняется высоким уровнем нагрузки и спецификой самосохранительного поведения представителей данной группы.

С 2020 г. в ситуации эпидемии Covid-19 возникли дополнительные условия ограничений доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в сельских медицинских организациях региона. Причинами снижения доступности медицинской помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, 100% респондентов считают загруженность медицинского персонала больными Covid, дефицит кадров в связи с их перераспределением и высоким уровнем заболеваемости ковидной инфекцией самих врачей, снижением коечного фонда специализированных стационаров в связи с перепрофилированием в Covid-отделения.

Перспективы развития сельского здравоохранения региона, по мнению потребителей медицинских услуг, определяет повышение уровня жизни и минимизация рисков профессиональной деятельности врачей, формирование привлекательной профессиональной среды в сельском здравоохранении.

ГЛАВА 5. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5.1. Формирование рынка медицинских услуг и особенности организации медицинской помощи сельским жителям (за период 2011– 2021 гг.)

В данной главе на основании официальных статистических данных представлена динамика и анализ обеспеченности сельского населения амбулаторными медицинскими организациями, коечным фондом, врачебными и сестринскими медицинскими кадрами. Дана характеристика основных показателей деятельности сельского здравоохранения.

За последние 15 лет произошли значительные изменения в организации медицинской помощи сельскому населению: количество медицинских организаций в сельском здравоохранении уменьшилось с 7418 ед. в 2005 году до 1011 ед. – в 2020 г. (в 7,3 раз), уменьшился коечный фонд сельского здравоохранения – с 187,9 тысяч коек в 2005 году до 141,2 тысяч коек – в 2020 г. (на 33%). При этом более чем на 100 тыс. уменьшилось число коек в РБ (ЦРБ), более чем на 60 тыс. коек – в участковых больницах. Произошла реорганизация в системе диспансеров, которые утратили статус районных и стали филиалами областных МО. Число районных больниц (РБ и ЦРБ) уменьшилось за указанный период с 2001 ед. в 2005 году до 1121 ед. – в 2020 г. Количество ФАП (ФП) уменьшилось на 18% – с 42164 ед. в 2005 году до 35887 ед. – в 2020 г. (с учетом передвижных ФАП). Количество учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь сельскому населению, также уменьшилось с 7404 ед. в 2005 году до 852 ед. – в 2020 году (таблица 23).

Таблица 23 – Характеристика сельского здравоохранения РФ за период 2005-2020 гг.

| Наименование | 2005 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| Всего МО | 7418 | 1894 | 1804 | 1692 | 1530 | 1392 | 1220 | 1169 | 1181 | 1145 | 1109 | 1080 | 1028 | 1011 |
| Из них больничных | 3637 | 1378 | 1354 | 1321 | 1212 | 1148 | 1121 | 1009 | 986 | 946 | 939 | 925 | 887 | 876 |
| В них коек | 18792 2 | 17991 2 | 17219 0 | 14974 0 | 15548 9 | 13511 7 | 129048 | 133980 | 153866 | 150697 | 147926 | 145888 | 141473 | 14115 3 |
| Число ЦРБ (и РБ) | 2001 | 1980 | 1961 | 1945 | 2001 | 1914 | 1896 | 1840 | нет данных | нет данных | 1342 | 1296 | 1211 | 1121 |
| В них коек | 37590 1 | 37054 8 | 36608 7 | 36172 2 | 34605 7 | 30198 2 | 289982 | 278987 | нет данных | нет данных | нет данных | нет данных | нет данных | нет данн ых |
| Число участковых больниц (УБ) | 2631 | 481 | 438 | 400 | 301 | 237 | 124 | 97 | нет данных | нет данных | нет данных | нет данных | нет данных | нет данн ых |
| Кочный фонд УБ | 62325 | 14099 | 12411 | 11160 | 8252 | 5388 | 3332 | 2841 | нет данных | нет данных | нет данных | нет данных | нет данных | нет данн ых |
| Обеспеченност ь койками на 10 тыс. соответствующ его населения | 49,6 | 42,9 | 40,9 | 40,0 | 37,4 | 36,3 | 34,8 | 35,3 | 40,5 | 39,9 | 39,2 | 39,1 | 37,9 | 38 |
| Средняя занятость койки | 312 | 329 | 314 | 308 | 315 | 318 | 317 | 324 | 319 | 317 | 314 | 310 | 311 | 286 |
| Средняя длительность пребывания на койке | нет данн ых | нет данн ых | нет данн ых | нет данн ых | нет данн ых | нет данн ых | нет данн ых | 14,0 | 14,9 | 14,9 | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 15,4 |

Продолжение Таблицы 23

| Наименование | 2005 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|
| Уровень госпитализации на 1000 сельского населения | нет данн х | нет данн х | нет данн х | нет данн х | нет данн х | нет данн х | нет данн х | 8,1 | 8,6 | 7,2 | 6,8 | 6,7 | 6,4 | 5,3 |
| Учреждения, оказывающие АП помощь | 7404 | 2740 | 2626 | 2859 | 2812 | 2587 | 2562 | 2722 | 4527 | 1029 | 1005 | 908 | 864 | 852 |
| Из них самостоятельн ые | 3811 | 524 | 450 | 371 | 318 | 244 | 82 | 60 | 51 | 44 | 46 | 37 | 33 | 32 |
| Плановая мощность по числу посещений в смену | 48618 6 | 42580 5 | 41574 4 | 42800 0 | 43065 1 | 40826 3 | 430174 | 394463 | 545536 | 556770 | 564355 | 577376 | 577833 | 5746 87 |
| Число врачей в тыс. чел. | 45,0 | 46,2 | 47,4 | 46,7 | 44,8 | 48,9 | 51,7 | 52,4 | 54,4 | 55,8 | 55,9 | 54,4 | 53,1 | 52,0 |
| Обеспеченност ь врачами на 10 тысяч сельского населения | 11,9 | 12,1 | 12,4 | 12,5 | 12,0 | 13,1 | 13,9 | 13,8 | 14,3 | 14,8 | 14,8 | 14,6 | 14,3 | 14,0 |
| Число среднего медперсонала | 218,4 | 208,0 | 210,0 | 207,5 | 200,3 | 202,4 | 208,2 | 168,5 | 208,1 | 206,4 | 201,8 | 196,5 | 192,2 | 187,2 |

Продолжение Таблицы 23

| Наименование | 2005 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Обеспеченность средним персоналом на 10 тыс. сельского населения | 57,6 | 54,4 | 54,9 | 55,4 | 53,7 | 54,4 | 56,1 | 53,6 | 54,8 | 54,6 | 53,4 | 52,7 | 51,5 | 50,3 |
| Число ФАП | 42164 | 39179 | 38332 | 37591 | 34919 | 34733 | 34689 | 34860 | 35876 | 35616 | 35526 | 35602 | 35780 | 35887 |
| Число физ лиц среднего медперсонала, работ на ФАП | 55904 | 45097 | 45848 | 44017 | 42609 | 41275 | 38580 | 38401 | 37446 | 36218 | 35066 | 34534 | 33664 | 32722 |
| В т.ч. фельдшеры | 29947 | 26725 | 27053 | 26182 | 25563 | 24510 | 23322 | 23706 | 22894 | 22106 | 21862 | 21663 | 21220 | 20962 |
| Число посещений к врачам на 1 жителя в год | 3,4 | 3,5 | 3,5 | 3,7 | 3,6 | 3,6 | 3,8 | 7,0 | 4,6 | 6,9 | 6,9 | 7,0 | 7,0 | 5,7 |

Отметим, что количество медицинских организаций, как величина, характеризующая количество именно юридических лиц, не имеет существенного значения – такое резкое уменьшение числа юридических лиц связано не столько с ликвидацией, сколько с реорганизацией МО путем слияния, присоединения, целью которого было повышение эффективности деятельности МО, доступности МП сельскому населению за счет сокращения управленческого и хозяйственного персонала, концентрации кадровых и материальных ресурсов. Большее значение имеют такие показатели как обеспеченность сельского населения койками, работа койки, уровень госпитализации, средняя длительность пребывания на койке, число посещений врача на 1 пациента в год, обеспеченность врачебными и средним медицинским персоналом и др.

Учитывая принятую в российском здравоохранении трехэтапную модель организации МП населению сельских территорий, представим характеристику изменений, произошедших в организации МП на сельском врачебном участке (первый этап), в районной больнице (РБ/ЦРБ – 2 этап) и областных медицинских организациях (3 этап). Сельский врачебный участок включает в себя фельдшерско-акушерские пункты (ФАП и ФП), врачебные амбулатории (ВА) и участковые больницы (УБ). Этот участок аналогичен терапевтическому участку городской поликлиники, с тем отличием, что в связи с большой площадью сельских территорий в небольших сельских населенных пунктах нет врача, но имеются ФАП, основным медицинским работником которых является фельдшер, который имеет практически те же права и обязанности, что и участковый врач в условиях городской поликлиники. При необходимости фельдшер направляет пациента на врачебный прием, который реализуется во ВА.

При показанной госпитализации пациент направляется в участковую больницу, где обследуется и лечится под контролем врача. Таким образом, изначально, врачебная медицинская помощь сельскому населению менее доступна, чем городскому, где практически нет фельдшерских участков в первичном звене (в штатном расписании городских поликлиник – участковый

врач). Кроме того, на сельском врачебном участке при оказании МП, в отличие от городского населения, практически недоступна специализированная ПМСМ.

Из всех видов специализированной доврачебной ПМСП на ФАП имеются в штате акушерка и зубной врач. Число фельдшеров, работающих на ФАП России, за 15 лет уменьшилось на 43%. Начиная с 2005 года многие участковые больницы, которые фактически выполняли социальную функцию, были переданы в ведение министерства соцзащиты населения, на их базе организовывались дома по уходу за одинокими, престарелыми людьми: если в 2005 году в стране было 2631 ед., то уже в 2014 году их число уменьшилось до 97 ед. (в 27 раз).

Второй этап оказания медицинской помощи сельскому населению – районные больницы (РБ, ЦРБ), районные поликлиники (РП), районные диспансеры (РД). Специализированную ПМСП жители сельских территорий получают на этом этапе, но в ограниченном объеме, так как в районных поликлиниках спектр «узких» специалистов, как правило, ограничен в связи с малочисленностью населения в муниципальных районах. В России за 15 лет, несмотря на принимаемые на государственном уровне меры, снизилась доступность медицинской помощи второго этапа, о чем свидетельствуют статистические данные обеспеченности сельского населения койками (с 49,6 на 10 тыс. сельского населения в 2005 г. до 38,0 – в 2020 г.). За указанный период времени родовспоможение было переведено на уровень межрайонных центров (при наличии перинатального центра) или в организации третьего этапа оказания медицинской помощи сельскому населению; реорганизовывались районные диспансеры, которые были либо сокращены, либо стали филиалами областных организаций.

При этом такой положительный факт, как приток врачебных кадров в сельское здравоохранение, который произошел благодаря реализации государственных программ, направленных на кадровое обеспечение сельских территорий (обеспеченность выросла с 11,9 на 10 тыс. чел. сельского населения в 2005 г. до 14,0 – в 2020 г.), не привел к повышению эффективности использования сельского коечного фонда – средняя занятость койки в году снизилась с 311 дней

в 2005 г. до 286 дней – в 2020 г., средняя длительность госпитализации возросла с 14,0 дней в 2014 году до 15,4 дней – в 2020 г., а уровень госпитализации снизился с 8,1 до 5,3 человек на 1000 чел. сельского населения. В 2005 году число посещений врача на 1 сельского жителя составляло 3,4 раз в году, с увеличением обеспеченности врачами к 2014 г. показатель достиг максимального значения, которое фиксировалось вплоть до 2019 года (6,7 на 1000 чел.), но в 2020 г. число посещений уменьшилось до 5,0 раз в год, что объяснимо противоэпидемическими ограничительными мероприятиями в отношении профилактических осмотров, диспансеризации населения и пр. в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции. Обеспеченность сельского населения средними медицинскими работниками, напротив, за этот период уменьшилась практически на 9% – с 57,6 на 1000 человек сельского населения в 2005 году до 50,3 на 1000 чел. – в 2020 году.

За это время в соответствии с направлениями развития здравоохранения, изложенными в НПА в области здравоохранения был серьезно усилен третий этап МП (областные организации) жителям села за счет переоснащения родильных домов, строительства новых перинатальных центров с первым и вторым этапом выхаживания новорожденных, что оказало позитивное влияние на состояние младенческой и материнской смертности. В рамках национального проекта «Здравоохранение» были организованы межрайонные центры оказания медицинской помощи на базе крупных районных больниц с целью приближения специализированной (в т.ч. высокотехнологичной помощи к сельскому населению). В них были организованы первичные сосудистые отделения, кабинеты для оказания специализированной помощи пациентам онкологического профиля.

Нами проведен анализ региональных особенностей организации медицинской помощи сельскому населению в динамике за 10 лет на примере Саратовской области – типичного представителя российских регионов.

В СО сельское здравоохранение представлено на 2020 год 8 медицинскими организациями, как было и в 2011 году, из 8 МО стационарного типа – 7

организаций и 1 – амбулаторного, но сельский коечный фонд за 10 лет уменьшился на 50% (1062 койки – 2011 г., 524 койки – 2020 г.). Число участковых больниц тоже уменьшилось практически в 2 раза – с 23 ед. в 2013 году до 12 ед. в 2020 году (таблица 24). Обеспеченность сельского населения койками снизилась за 10 лет почти в 2 раза – с 16,8 на 10 тысяч человек населения в 2011 году до 8,9 на 10 тысяч – в 2020 году. Несмотря на снижение обеспеченности койками, работа койки оставалась неэффективной – средняя занятость койки в году уменьшилась с 339 дней в 2011 г. до 280 дней в 2020 году. Это можно было бы объяснить организационными изменениями, связанными с новой коронавирусной инфекцией, но в 2018 году, до ковида, занятость койки составила 300 дней, максимальное значение показателя фиксировалось в 2012 году (343 дня). Средняя продолжительность госпитализации снизилась за 10 лет с 31,4 дней в 2011 г. до 10,7 дней в 2020 году, но с 2013 года, когда средняя продолжительность длительность пребывания на койке составила 9,2 дней, она ежегодно возрастала к 2020 году. В то же время уровень госпитализации на 1000 человек сельского населения, постепенно снижаясь, с 2,8 сл. в 2011 году достиг значения 2,3 сл. – в 2020 году.

Амбулаторные организации сельского здравоохранения региона практически были стабильными за эти годы, увеличилась их плановая мощность по числу посещений в смену с 1505 сл. в 2011 году до 2709 сл. – в 2020 году, соответственно возросло число посещений к врачам на 1 жителя в год – с 1,0 до 5,2 сл. В период 2013-2019 гг. этот показатель был в пределах 6,1-6,7 посещений в год.

Динамика численности врачебных кадров за этот период менялась, откликаясь на федеральные и региональные программы повышения кадровой обеспеченности системы здравоохранения: так, в 2011 г. в сельском здравоохранении региона работало 332 врача (обеспеченность на 10 тыс. чел. сельского населения – 5,2), в 2016 году – 373 врача, это максимальное количество за 10 лет (обеспеченность – 6,1 на 10 тыс.), но уже в 2019 году появилась отрицательная динамика – 351 чел., в 2020 – 341 чел. (обеспеченность – 5,8 чел.).

Таблица 24 – Характеристика сельского здравоохранения Саратовской области за период 2011-2020 гг.

| Наименование | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Всего ЦРБ (РБ) | 8 | 8 | 7 | 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Общее число коек | 1062 | 1052 | 356 | 358 | 605 | 590 | 582 | 547 | 534 | 524 |
| Количество участковых больниц | нет данных | нет данных | 23 | 20 | 13 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Обеспеченность койками на 10 тысяч | 16,8 | 16,6 | 5,7 | 5,8 | 9,8 | 9,7 | 9,6 | 9,3 | 9,0 | 8,9 |
| Занятость койки | 339 | 343 | 337 | 323 | 268 | 306 | 304 | 300 | 306 | 280 |
| Длительность пребывания на койке | 31,4 | 21,6 | 9,2 | 9,4 | 10,9 | 10,5 | 10,5 | 10,6 | 10,9 | 10,7 |
| Уровень госпитализации на 1000 чел. соответствующего населения | 2,8 | 2,9 | 2,8 | 2,6 | 2,4 | 2,8 | 2,8 | 2,7 | 2,5 | 2,3 |
| Учреждения, оказывающие АП помощь (юр. лица) | 7 | 13 | 13 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Плановая мощность по числу посещений в смену | 1505 | 1455 | 1447 | 1637 | 2709 | 2709 | 2709 | 2709 | 2709 | 2709 |
| Общее количество врачей | 332 | 334 | 328 | 336 | 350 | 373 | 369 | 358 | 351 | 341 |
| Обеспеченность врачами на 10 тыс. соответствующего населения | 5,2 | 5,3 | 5,3 | 5,4 | 5,7 | 6,1 | 6,1 | 6,1 | 5,9 | 5,8 |
| Общее количество средних медработников | 2516 | 2394 | 2351 | 2282 | 2228 | 2199 | 2166 | 2131 | 2061 | 2014 |
| Обеспеченность средним медперсоналом на 10 тыс. соответствующего населения | 39,8 | 37,9 | 37,7 | 36,9 | 36,3 | 35,8 | 36,0 | 36,2 | 35,1 | 34,1 |
| Число ФАП | 858 | 829 | 826 | 823 | 821 | 822 | 822 | 814 | 809 | 800 |
| Число физ лиц среднего медперсонала на ФАП | нет данных | нет данных | 976 | 945 | 921 | 890 | 858 | 798 | 781 | 773 |

Продолжение Таблицы 24

| Наименование | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| В т.ч. фельдшеры | нет данных | нет данных | 427 | 580 | 397 | 414 | 405 | 341 | 337 | 331 |
| Число посещений к врачам на 1 жителя в год | 1,0 | 1,0 | 6,2 | 6,1 | 6,4 | 6,6 | 6,5 | 6,6 | 6,7 | 5,2 |

Показатели обеспеченности средним медперсоналом в 2011 г. – 39,8; в 2020 г. – 34,1 на 10 тысяч сельского населения. Общая численность среднего медперсонала за 10 лет уменьшилась на 25%. Число ФАП уменьшилось на 58 ед. за 10 лет (7%). Количество фельдшеров – на 96 чел. (25%).

Несмотря на проводимые в стране реформы, не преодолены негативные тенденции сельского здравоохранения: концентрация специализированной медицинской помощи в районных центрах, низкая доступность медицинской помощи, неэффективное использование коечного фонда, снижение показателей обеспеченности койками и средним медицинским персоналом [66, 297].

Нами проведена группировка 38 районов Саратовской области по количеству проживающего населения, количеству государственных (муниципальных) организаций здравоохранения, наличию организаций частных негосударственного сектора здравоохранения, обеспеченности врачебными кадрами на 01.01.2020 г. с целью определения групп районов с наибольшим риском ограничения доступности медицинской помощи сельскому населению (таблица 25).

Таблица 25 – Характеристика районов Саратовской области по численности населения, наличию медицинских организаций и обеспеченности врачебными кадрами на 01.01.2020 г.

| Группировка районов | Количество районов абс. | Численность населения тыс. чел. | Количество негосударственных МО абс. | Количество государственных МО абс. | Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения |
|----------------------------|--------------------------------|--|---|---|---|
| 1 группа | 17 | 10-20 | отсутствует | 1 | 8,5-20,2 |
| 2 группа | 11 | 21-40 | 0-1 | 1-2 | 8,5-15,0 |
| 3 группа | 7 | 41-99 | 2-10 | 3-5 | 8,7-15,1 |
| 4 группа | 3 | 100 и более | 10 и более | 6 и более | 10,7-49,8 |
| Всего по региону | 38 | 2440,8 | более 500 | 162 | 37,2 |

Обеспеченность врачебными кадрами в среднем по Саратовской области составляет на 01.01.2019 г. 37,2 на 10 тыс. чел. населения. Из 38 районов области в 30 районах обеспеченность врачами составляет от 10 до 20 врачей на 10 тыс. чел. населения, что существенно ограничивает доступность медицинской помощи сельскому населению, особенно периферийных районов области.

1 группа. 17 районов Саратовской области с населением от 10 до 20 тыс. человек имеют на территории района единственную организацию государственной системы здравоохранения – районную больницу со штатной численностью врачебных должностей от 25,5 до 55,75 и с количеством физических лиц от 11 до 26 врачей. Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения составляет от 8,5 до 20,2. Укомплектованность по занятым должностям составляет от 60% до 80%; по физическим лицам – от 31% до 62%. Отсутствуют медицинские организации негосударственного сектора здравоохранения. Это определяет низкую степень доступности медицинской помощи населению.

Типичным представителем группы районов с низкой численностью населения является Ивантеевский район Саратовской области с административным центром в с. Ивантеевка, расположен на границе с Самарской областью в 350 км от г. Саратова. Население района на 01.01.2020 г. составило 13,2 тыс. чел. (2019 г. – 13,7), из которых 5,6 тыс. – районный центр с. Ивантеевка. Из 26 населенных пунктов района – 4 крупных, где проживают от 1,0 до 2,0 тыс. чел., 9 – малочисленных, в которых проживает менее 100 человек, в 12 населенных пунктах население составляет от 100 чел. до 1000 чел. По данным администрации района (доклад главы районной администрации на встрече с губернатором области 20.04.2019 г.), около 3 тыс. чел., зарегистрированных в Ивантеевском районе, являясь трудовыми мигрантами, фактически не проживают на указанной муниципальной территории. Постоянно проживают и являются потребителями медицинской помощи около 10 тыс. чел. Здравоохранение

района представлено центральной районной больницей на 126 коек, в структуре которой имеются хирургическое, инфекционное, терапевтическое отделения, отделение сестринского ухода и отделение скорой медицинской помощи. Имеется дневной стационар, стоматологический кабинет.

Участковая служба представлена 5 терапевтическими участками, 1 – участок врача общей практики, 3 педиатрических участка, имеется 17 ФАП. На 35,75 врачебных штатных должностях в больнице работают 21 физ. лиц, занимающих 24,25 штатных единиц. Обеспеченность врачами – 15,6 на 10 тыс. населения. Из них участковых терапевтов – 4 шт. ед., занято – 4, физ. лиц – 4, обеспеченность на 10 тыс. населения – 3, укомплектованность 100%.

В поликлинике работают 2 врача хирурга, врач офтальмолог, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, эндокринолог, фтизиатр, инфекционист, психиатр-нарколог, врач УЗД, рентгенолог.

2 группа районов с населением от 21 до 40 тыс. чел. включила в себя 11 районов Саратовской области. В половине из этих районах, помимо районной больницы, имеется ведомственная или негосударственная МО. Обеспеченность медицинскими кадрами низкая, показатели обеспеченности кадрами аналогичны показателям первой группы РБ.

Таким образом, в первые две малонаселенные группы входят 74% районов области (28 ед. из 38), в которых, как правило, имеется одна государственная (муниципальная) медицинская организация, отсутствует альтернативная медицинская помощь в виде негосударственных или ведомственных медицинских организаций, соответственно, не реализовано право выбора пациентом медицинской организации, право выбора врача реализовано частично – по тем специальностям, где в организации работают 2 и более физических лица. В основном, это терапевты, педиатры, хирурги. По остальным профилям деятельности возможность выбора специалиста в принципе отсутствует, соответственно, нет конкуренции, что негативно влияет на мотивацию к повышению квалификации врачебного персонала и опосредованно – на качество оказываемой медицинской помощи.

3 группа. В эту группу вошли 7 районов Саратовской области с населением от 41 до 100 тыс. чел. В трех районах имеется по 2 государственных медицинских организации (психиатрического профиля и ЦРБ), в двух – одна государственная (РБ) и одна ведомственная (системы РЖД). Частные медицинские организации не превышают 5 организаций на один район. Укомплектованность по занятым должностям составляет от 49% до 74%; по физическим лицам – от 31% до 50%. Обеспеченность врачебными кадрами на 10 тыс. чел. населения также низкая – составляет от 8,7 в Красноармейском районе до 15,1 – в Пугачевском.

4 группа. Эту группу составляют 3 района Саратовской области, в каждом из которых проживает более 100 тыс. чел. Характерной особенностью является наличие города с развитой сетью государственных и негосударственных медицинских организаций. Обеспеченность врачебными кадрами составляет от 10,7 на 10 тыс. населения в Балашовском районе до 45 на 10 тыс. чел. населения – в Энгельском районе. Для этой группы характерна наибольшая доступность населению медицинской помощи.

Из более чем 160 государственных и муниципальных медицинских организаций, функционирующих в Саратовской области, в указанных трех районах и г. Саратове сосредоточено 75% всех МО государственной (муниципальной) системы здравоохранения, в которых медицинскую помощь получают более 1400 тыс. граждан, проживающих на указанных территориях, и граждане из муниципальных районов Саратовской области (третий этап оказания медицинской помощи сельскому населению, а также лица, которые не имеют возможность получения специализированной медицинской помощи непосредственно в районе проживания). В г. Саратове имеется Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Минздрава России – медицинский университет имени В.И. Разумовского, имеющий собственную клиническую базу – Клинический центр мощностью на 1750 коек, включающую многопрофильную Клиническую больницу им. С.Р. Разумовского на 915 коек, в которой

оказывается высококвалифицированная медицинская помощь по 38 профилям; Клинику глазных болезней на 260 коек; Клинику кожных и венерических болезней на 160 коек, Клинику профпатологии и гематологии на 240 коек, НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии на 250 коек. Более 50% пациентов, получающих медицинскую помощь в клиниках университета – жители Саратовского региона. Из более чем 500 медицинских организаций негосударственной системы здравоохранения (включая стоматологические), 75% сосредоточены в городах и районах, входящих в 4 группу по нашей классификации. Укомплектованность по занятым должностям и по физическим лицам наиболее высокая и составляет от 44 до 80%. Обеспеченность медицинскими кадрами на 10 тыс. населения указанных районов наиболее высокая.

Таким образом, доступность медицинской помощи наиболее высокая в районах 4 группы, в медицинских организациях которых представлен весь спектр профилей и специалистов, оказывающих медицинскую помощь населению Саратовской области. В связи с наличием большого количества медицинских организаций различной формы собственности и медицинских направлений, имеется развитая конкурентная среда, что повышает ценность труда медицинских работников, обеспечивает их право на выбор места работы и достойные условия труда. Врачи имеют лучший доступ к образовательным услугам; возможность выбора места работы, наиболее соответствующего по уровню заработной платы, условиям труда, возможность совмещения в государственных, ведомственных и негосударственных медицинских организациях, имеют возможность при необходимости обращаться за помощью коллег посредством консультаций и консилиумов, то есть существенную профессиональную поддержку и защиту.

Представитель четвертой группы муниципальных районов Саратовской области – Балаковский район области с административным центром в г. Балаково. Население района на 01.01.2019 г. составило 208 тыс. чел, из

которых 190 тыс. – г. Балаково, в двух сельских поселениях проживает соответственно 13,0 и 7,0 тыс. чел., из 48 населенных пунктов района – 6 крупных, где проживают от 1,0 до 2,0 тыс. чел., 10 – малочисленных, в которых проживает менее 100 человек, в 32 населенных пунктах население составляет от 100 чел. до 1000 чел.

Здравоохранение района представлено 8 медицинскими организациями: городская клиническая больница, районная поликлиника, Городская поликлиника №1, Городская поликлиника №2, Детская городская поликлиника, кожно-венерологический диспансер, противотуберкулезный диспансер, психоневрологический диспансер. В городе Балаково имеются негосударственные медицинские организации различного профиля, что обеспечивает конкуренцию МО, права пациента на выбор врача и медицинской организации, обеспечивает доступность медицинской помощи населению.

Таким образом, установлено, что в районах 1 и 2 группы (в 75% муниципальных районов), в которых проживает более 30% населения Саратовской области (638 тысяч человек), имеется ограничение доступности медицинской помощи, обусловленное следующими причинами:

1. Особенности административно-территориального деления муниципальных районов области. Во всех районах только в 12-17% населенных пунктов численность населения превышает тысячу человек. Около 10% сельских поселений – численностью до 100 чел., 73-78% населенных пунктов – численностью менее 1000 человек, то есть практически 80% населенных пунктов по численности жителей меньше, чем численность одного терапевтического участка (1700 чел.).

2. Большая площадь региона, территориальная отдаленность населенных пунктов от районных больниц и крупных областных центров, сокращение числа участковых больниц, централизация медицинской помощи.

3. Низкая обеспеченность населения большинства муниципальных районов медицинскими кадрами.

Постоянно происходящий процесс совершенствования здравоохранения в России затрагивает, по мнению Д.И. Кича и соавт. [162] «отдельные виды, структуры или функции здравоохранения». Хронические заболевания, формирующие соматические и социальные депривации пациентов, предполагают оказание интегрированной медико-социальной помощи [523, 540, 545]. По данным L. Davidson et al. [480], интегрированная помощь и опыт пациентов играют центральную роль в координации и предоставлении высококачественной медицинской и социальной помощи.

Недостаточную интеграцию медицинской помощи испытывают пациенты со сложными потребностями. Интегрированная модель медицинской помощи, учитывающая комплексную оценку потребностей пациентов, разработана для обеспечения непрерывного сопровождения и улучшения качества медицинской помощи пациентам с хронической патологией [460, 511, 521, 590].

Интегративное перепроектирование системы оказания медицинской помощи определяется сильной внутренней, а не внешней мотивацией системы здравоохранения [459].

Интегрированная помощь – дефиниция, которая используется для описания взаимосвязанного набора клинических, организационных и политических изменений, направленных на повышение эффективности медицинской помощи и результатов. Интеграцию, по мнению G. Shaw et al. [515], следует понимать как возникающую как из конкретных, так и из общих контекстов.

F. Toth [583] рассматривает организационную и клиническую интеграцию междисциплинарной помощи. Организационная интеграция касается официальных договорных соглашений, которые связывают поставщиков медицинских услуг. Клиническая интеграция оценивает, в

какой степени разные поставщики, лечащие одного и того же пациента, координируют свои усилия. Таким образом, организационная интеграция применима к теоретической структуре системы оказания медицинской помощи. Клиническая интеграция относится к фактическому взаимодействию отдельных специалистов, к операционному методу, используемому на практике для оказания медицинской помощи пациентам.

Одна из первых моделей междисциплинарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями, предложенная ВОЗ [61] на основе модели, разработанной E. Wagner et al. [590] в 1999 г. (Chronic Care Model, CCM), предполагает оказание помощи при хронических заболеваниях на микроуровне – комплаенс больного, его семьи и междисциплинарной группы специалистов, мезоуровне – сопровождение пациента междисциплинарной группой специалистов «с акцентом на преемственность и координацию» действий специалистов, макроуровне – принятие политических решений и финансирование.

В 1999 году W.N. Leutz [535] сформулировал законы интеграции медицинских и социальных услуг, предполагая три уровня интеграции – связь, координация и полная интеграция.

Связь предназначена для пациентов с относительно умеренными или умеренными потребностями, которые могут быть решены в системах, обслуживающих все население. Она основана на рекомендациях и последующем наблюдении, таких как переход из больницы в квалифицированный медицинский центр или на домашний уход или направление от врача первичной медицинской помощи к специалисту.

При координации пациенты получают необходимые им услуги в двух или более системах помощи: из системы медицинского обслуживания и из сектора социальных услуг.

Полная интеграция включает в себя объединение ресурсов с множеством подразделений и систем помощи. Это необходимо пациентам с

потребностями, которые включают различные сектора медицинской помощи с использованием междисциплинарных групп.

Использованию трех уровней интеграции предполагает стратификацию пациентов на основе их потребностей и необходимости устанавливать приоритеты [571].

Интеграция услуг может быть дорогостоящей. Это может потребовать дополнительного персонала, переподготовки существующего персонала, расходы на инфраструктуру.

Формированию интегрированной помощи способствуют технологии цифрового здравоохранения (например, телемедицины).

В исследовании T. Czurionka et al. [580] предпринята попытка определения важнейших элементов в процессе комплексного оказания помощи пациентам «со сложными потребностями». Авторы обсуждают четыре категории, возникшие в результате всеобъемлющего анализа:

- целостный взгляд на пациента, учитывающий, как физическое и психологическое здоровье, так и социальную ситуацию,
- непрерывность оказания медицинской помощи, согласование услуг и комплаентность,
- отношения между профессионалами, основанные на доверии и поддерживаемые непрерывным общением,
- участие пациентов в постановке целей и принятии решений, позволяющее пациентам адаптироваться к реорганизованному предоставлению услуг.

До настоящего времени, по мнению G.H. Reesye et al. [560], существуют большие различия и неопределенность в понимании контента комплексной помощи.

1. Формирование комплексной модели в рамках интерфейса первичной и вторичной медицинской помощи [539]. Преодоление фрагментарности в оказании МП и формирование интегративного контента системы здравоохранения предполагает формирование устойчивых связей и

взаимовыгодного сотрудничества медицинских организаций и структурных единиц медицинской организации, что позволит повысить эффективность оказания медицинской помощи. Согласование экономических интересов медицинских организаций-участников интеграции нацелено на дальнейшее развитие и получение синергетического эффекта [317].

Интеграция в здравоохранении предполагает системное и комплексное объединение всех структур лечебно-профилактической помощи с целью «достижения максимального эффекта при минимальных финансовых затратах» [162].

2. При лечении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями необходим переход на оказание медицинской помощи, психологической и социальной поддержки [526]. Предполагается увеличение в популяции доли пациентов в ситуации хронического заболевания не способных обслуживать себя самостоятельно [495, 559]. Удовлетворение социальных потребностей пациентов может снизить частоту повторных госпитализаций, особенно среди пациентов с низким социально-экономическим статусом, проживающих в одиночестве, имеющих проблемы самообслуживания [512].

Эффективное сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями – интегративный междисциплинарный сервис – включает, по определению E. Nolte et al. [543], «стабильное финансирование, квалифицированные и мотивированные специалисты здравоохранения, информационные системы поддержки».

А.А. Третьяков и соавт. [395] рассматривают два основных направления организации современной системы здравоохранения, основанных на интеграционных процессах:

- ориентация на хронического больного,
- ориентация на семью.

В национальных системах здравоохранения активно идут процессы, направленные на преодоление фрагментации оказания медицинской помощи и формирование модели интегрированной МП [137].

В российских исследованиях здоровье населения интерпретируется как междисциплинарная проблема [33, 34, 35], что формирует «понимание системы здравоохранения как совокупности различных медицинских и немедицинских структур» [137], и перспектив интеграции их деятельности [265].

С целью анализа взаимодействия медицинских организаций и преемственности в лечении пациентов в сельском здравоохранении Саратовской области нами проведено компаративное социологическое исследование «Анализ интеграционных процессов при оказании медицинской помощи в сельском здравоохранении региона», в котором приняли участие 319 врачей, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области. Анкетирование респондентов проводилось с использованием вопросов анкеты, разработанной С.В. Сажиной и соавт. [47]. Оценке результатов проведенного нами социологического исследования предшествовал вторичный социологический анализ исследования «Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей» [47].

В исследовании участвовали 319 респондентов: 287 (90,0%) респондентов – женщины, 32 (10,0%) – мужчины.

Самую многочисленную возрастную группу врачей составили респонденты в возрасте от 50 до 59 лет (34,8%), группа от 60 лет и старше – 26,3%, далее 30-39 лет – 17,2%, менее 30 лет – 13,1% и 40-49 лет – 8,6% респондентов (рисунок 6).



Рисунок 6 – Возрастная структура респондентов (%)

Менее 10 лет в районе Саратовской области проживают 21,6% респондентов, 10-19 лет – 8,6%, 20-29 лет – 13,1%, 30-39 лет – 21,8%), 40-49 лет – 8,6% респондентов и 50 лет и более – 26,3% респондентов (рисунок 7).

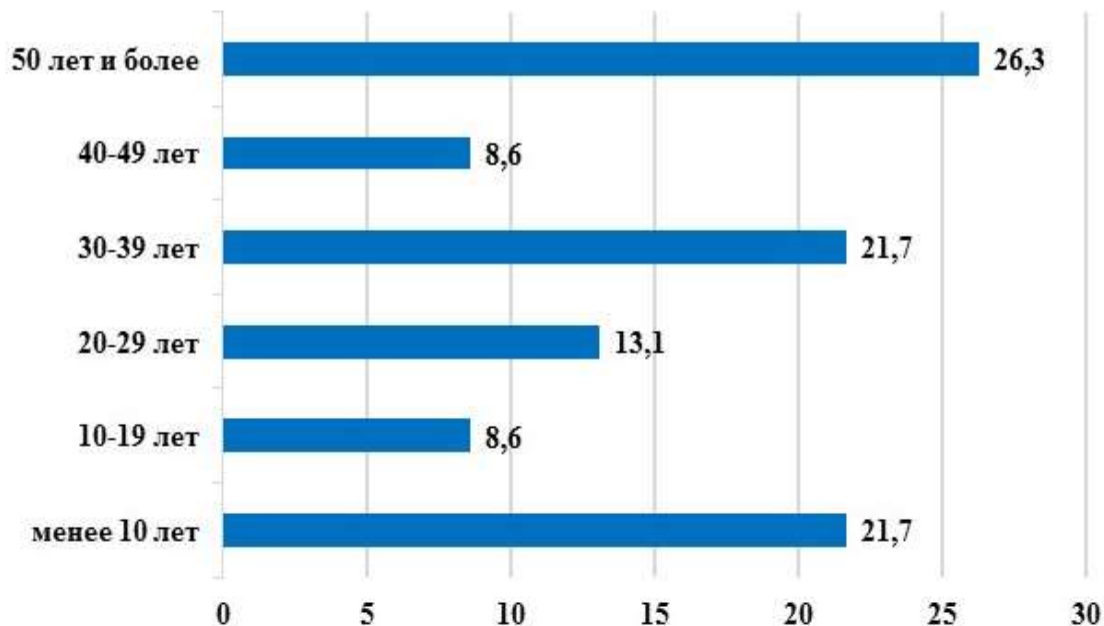


Рисунок 7 – Распределение респондентов по длительности проживания в Саратовской области (%)

Работают в медицинской организации района Саратовской области менее 10 лет 30,3% опрошенных врачей, 10-19 лет – 21,7%, 20-29 лет – 13,1%, 30 и более лет – 34,9% респондентов (рисунок 8).

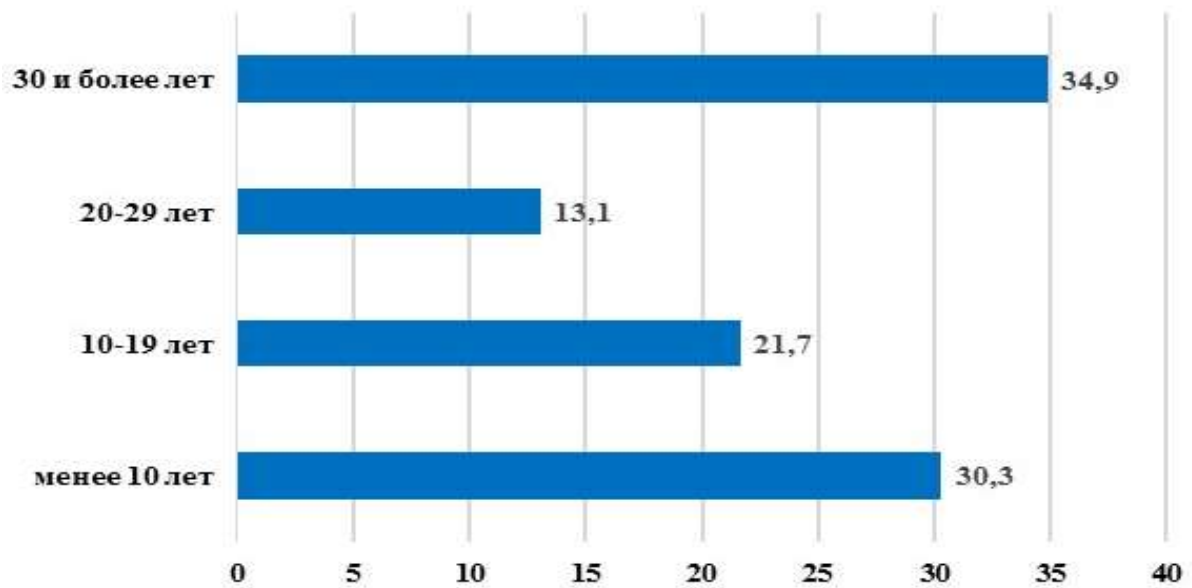


Рисунок 8 – Распределение респондентов по стажу работы в медицинской организации (%)

Терапевты составили 40,4% респондентов, педиатры – 16,2% респондентов, хирурги – 8,6% респондентов, акушеры-гинекологи – 4,5%, врачи других клинических специальностей составили 30,3% – менее трех процентов по каждой из специальностей (рисунок 9).

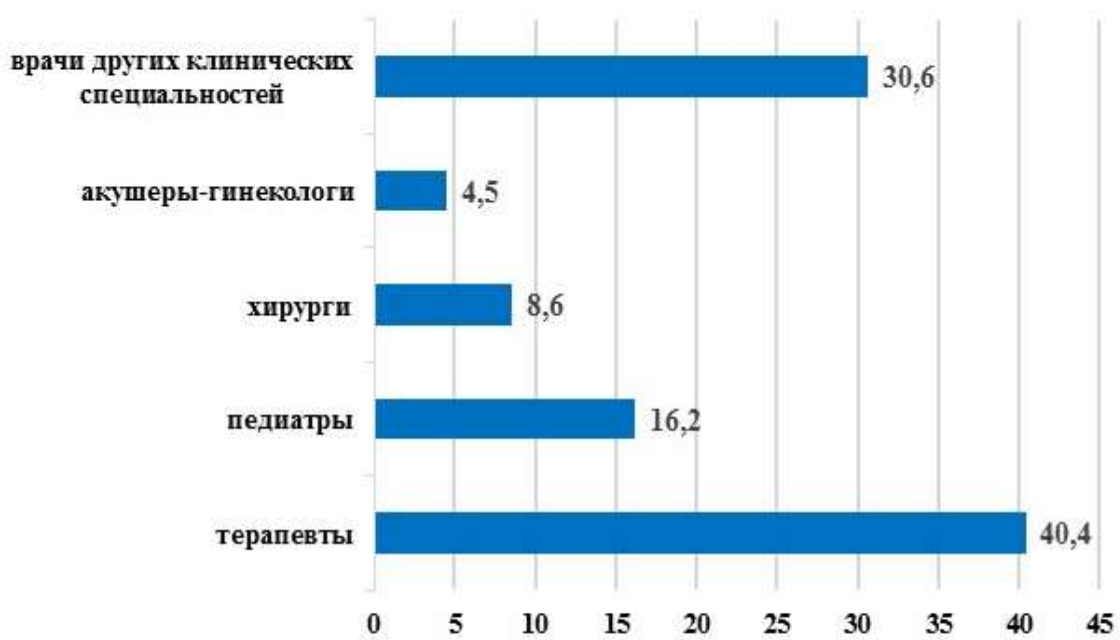


Рисунок 9 – Распределение респондентов по клиническим специальностям (%)

Менее 10 лет работают по специальности 21,1% респондента, стаж от 10 до 19 лет, от 20 до 29 лет и более 30 лет имеют по 26,3% респондентов (рисунок 10).

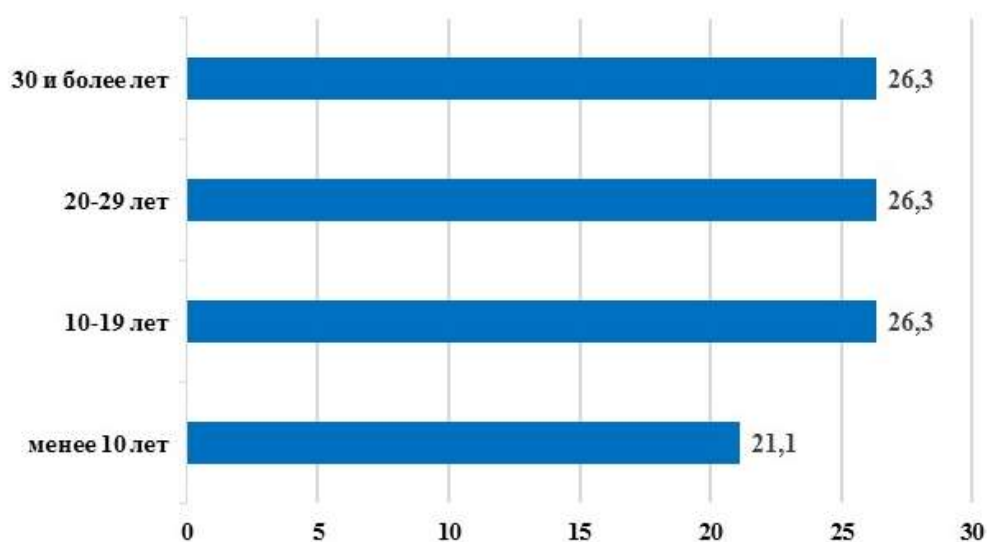


Рисунок 10 – Распределение респондентов по стажу работы по медицинской специальности (%)

Большинство респондентов (82,8%) одновременно работают в стационарах и поликлиниках районных медицинских организаций, 17,2% – в поликлинических отделениях районных больниц.

По мнению 26,3% респондентов в районных медицинских организациях практикуется совместная разработка планов ведения пациентов врачами участковой службы и «узкими» специалистами. Столько же респондентов рассматривают указанную практику как «скорее частую», 38,9% респондентов указывают совместную разработку планов ведения пациентов как «скорее редкую», и «никогда» не осуществляют совместную разработку планов ведения пациентов 8,5% респондентов (рисунок 11).

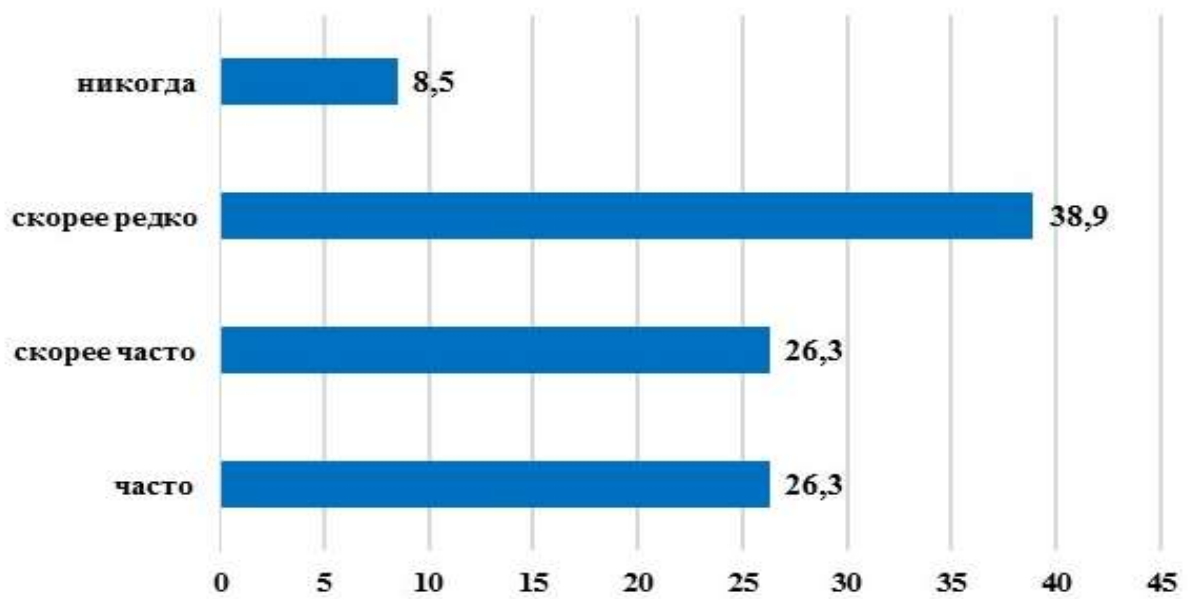


Рисунок 11 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Насколько часто в Вашей поликлинике практикуется совместная разработка планов ведения пациента врачами участковой службы и узкими специалистами?» (%)

30,3% респондентов считают, что пациенты участковой службы получают направление к «узкому» специалисту менее чем в 5% случаев, 26,3% опрошенных – в 5-10% случаев, 17,4% – в 11-25% случаев. В 26-50% случаев и в 51% и более случаев – 13% респондентов отмечают направление пациентов участковой службы к узкому специалисту (рисунок 12).

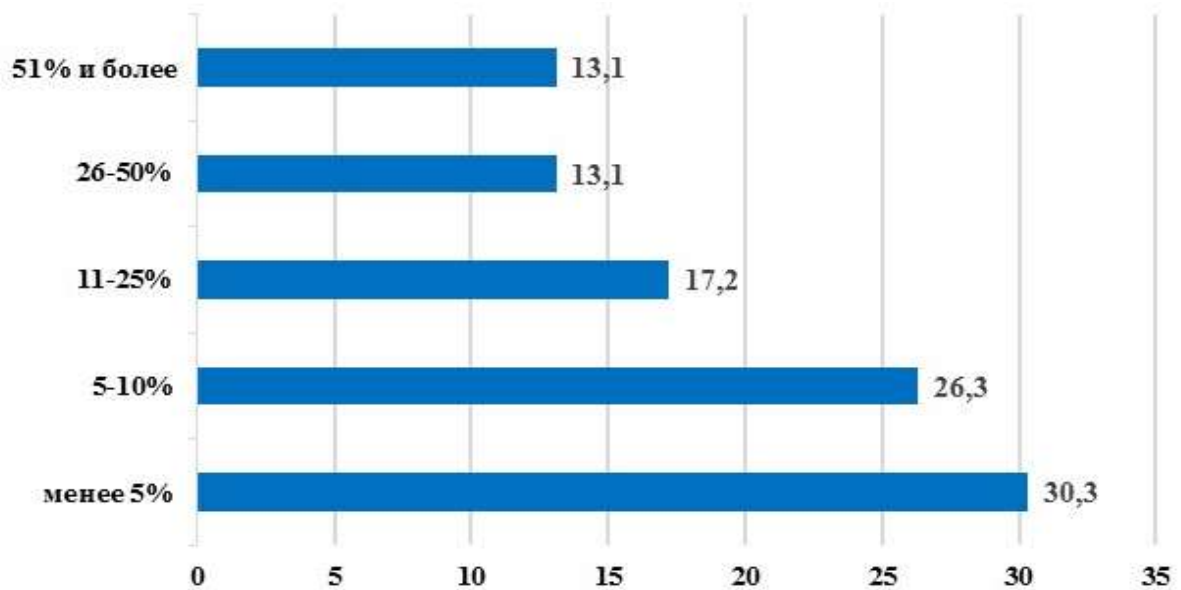


Рисунок 12 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Какая часть первичных приемов пациентов участковой службы, по Вашей оценке, заканчивается направлением к «узкому» специалисту» (%)

Школы для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, организованы в 52,1% медицинских организаций районов Саратовской области: из них 26,1% – школы для больных артериальной гипертензией, 13,0% – школы для больных сахарным диабетом и 13,0% – школы для больных с другими хроническими заболеваниями. В 47,9% медицинских организаций отсутствуют школы для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (рисунок 13).



Рисунок 13 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Организованы ли в Вашей медицинской организации школы для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями» (%)

При оказании пациентам неотложной медицинской помощи информация об этом передается врачам в 43,5% случаев, «скорее часто» – в 30,4%, «скорее редко» – в 21,7% случаев. Информация об оказании неотложной медицинской помощи пациентам не передается участковым врачам в 4,4% случаев (рисунок 14).

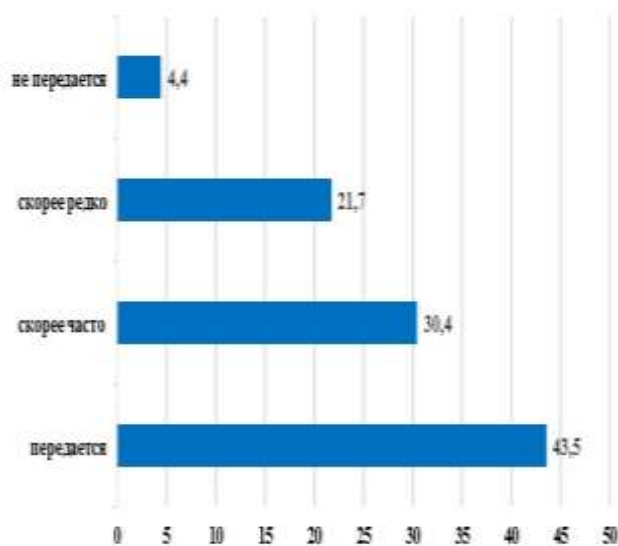


Рисунок 14 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Насколько часто передается участковым врачам информация о вызовах неотложной медицинской помощи?» (%)

При госпитализации пациентов 26,3% опрошенных врачей получают информацию о всех случаях госпитализации. Менее чем в 10% случаях информацию получают 22,1% респондента, в 11-20% и 21-30% – по 17,2% респондентов, более чем в 51% случаев – 8,6% респондентов. Столько же респондентов не получают информации о госпитализации пациентов (рисунок 15).

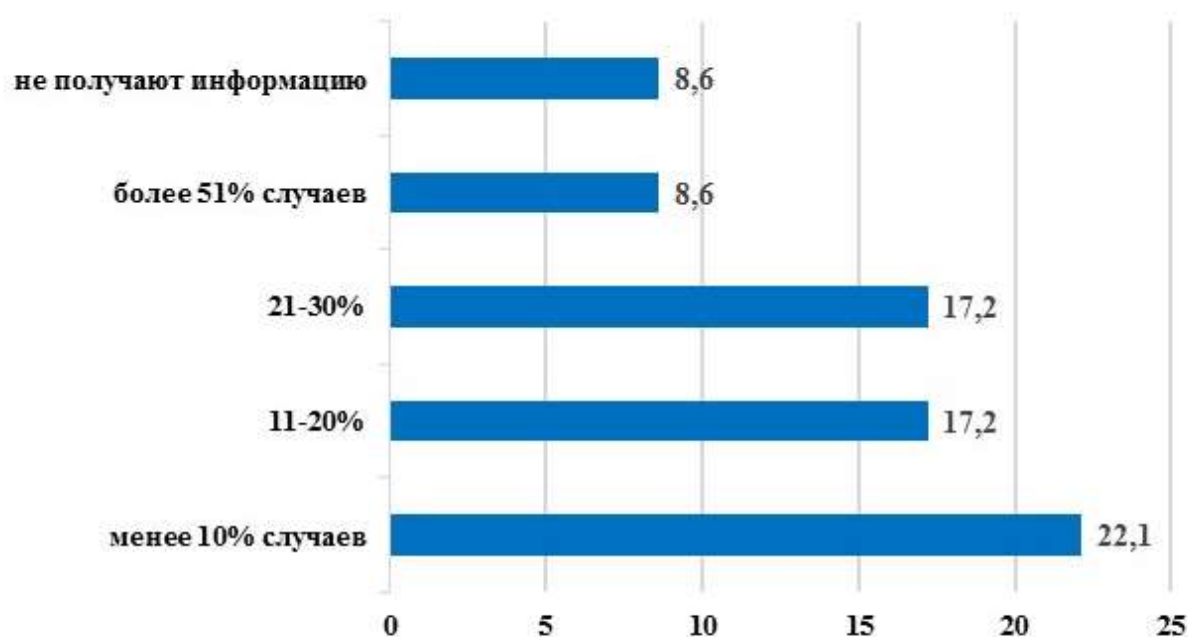


Рисунок 15 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Как часто врачи поликлиники получают информацию о госпитализации состоящих на учете пациентов» (%)

Далее в вопросах анкеты обсуждаются существующие до марта 2020 г. практики взаимодействия врачей стационарных и поликлинических отделений районных больниц «в условиях обычной работы». С марта 2020 г. медицинские организации региона функционируют в условиях эпидемии Covid-19.

В более чем половине (52,2%) медицинских организаций до марта 2020 года существовала и существует до настоящего времени практика активного посещения пациентов в первые дни после завершения ими стационарного лечения по поводу инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового

кровообращения. В 17,4% медицинских организаций такая практика существовала, но в настоящее время не практикуется. В 30,4% медицинских организаций подобной практики не было (рисунок 16).

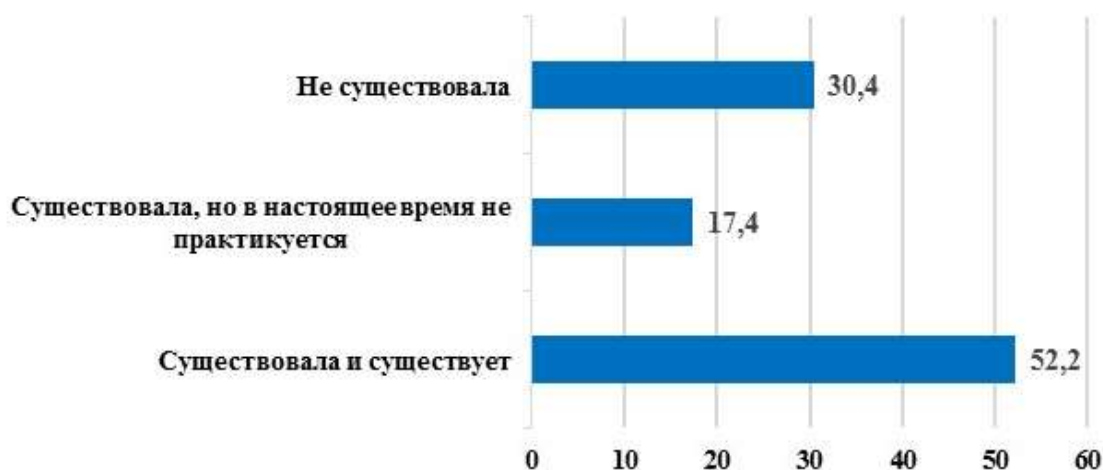


Рисунок 16 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Существует или существовала ли в условиях обычной работы до марта 2020 г. в Вашей поликлинике практика посещения на дому пациентов в первые дни после завершения ими стационарного лечения по поводу инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения?» (%)

По мнению 4,0% респондентов пациенты «всегда» возвращались в стационар после стационарного лечения в связи с неудовлетворительным оказанием им помощи на амбулаторном этапе, по мнению 8,6% респондентов – «часто». 26,3% респондентов убеждены, что пациенты редко возвращались в стационар после стационарного лечения в связи с неудовлетворительным оказанием им помощи на амбулаторном этапе, иногда возвращались – 48,0% респондентов. 13,1% респондентов считают, что пациенты никогда не возвращались в стационар в связи с неудовлетворительным оказанием им помощи на амбулаторном этапе (рисунок 17).

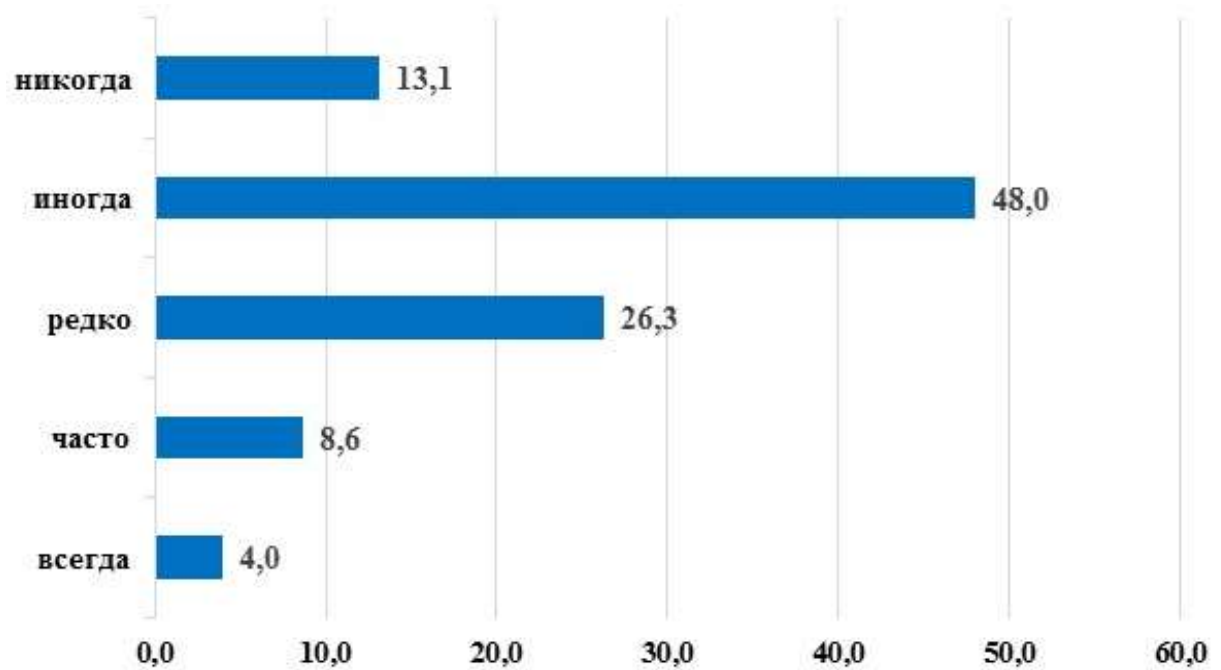


Рисунок 17 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Как часто в условиях обычной работы до марта 2020 г. к Вам возвращались пациенты, которые ранее находились на лечении в Вашей медицинской организации, из-за неудовлетворительного оказания им помощи на амбулаторном этапе?» (%)

Ни у кого из респондентов нет доступа ко всей электронной медицинской документации пациента в медицинских организациях Саратовской области. В 69,6% случаях доступны медицинские записи медицинской организации респондента и (или) другой медицинской организации. Не имеют доступа к электронным медицинским записям пациентов в медицинской организации 13% респондентов. 17,4% респондентов не ведут записи в электронной форме (рисунок 18).

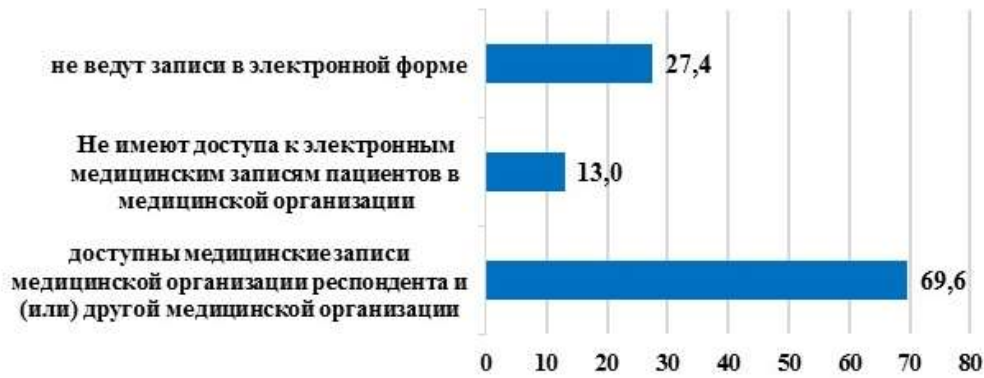


Рисунок 18 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Имеете ли Вы доступ ко всем электронным медицинским записям пациента (результаты проведенных обследований и консультаций, информация об обращениях и лечении пациента), если они были внесены врачами Вашей или других медицинских организаций Саратовской области?» (%)

Всегда получают информацию о результатах санаторно-курортного лечения пациентов, которым оформляли санаторно-курортную карту, 17,7% респондентов, «часто» – 26,3%, «редко» – 34,8%, «иногда» – 13,1%. «Никогда» не получают информацию о результатах санаторно-курортного лечения пациентов 8,1% респондентов (рисунок 19).

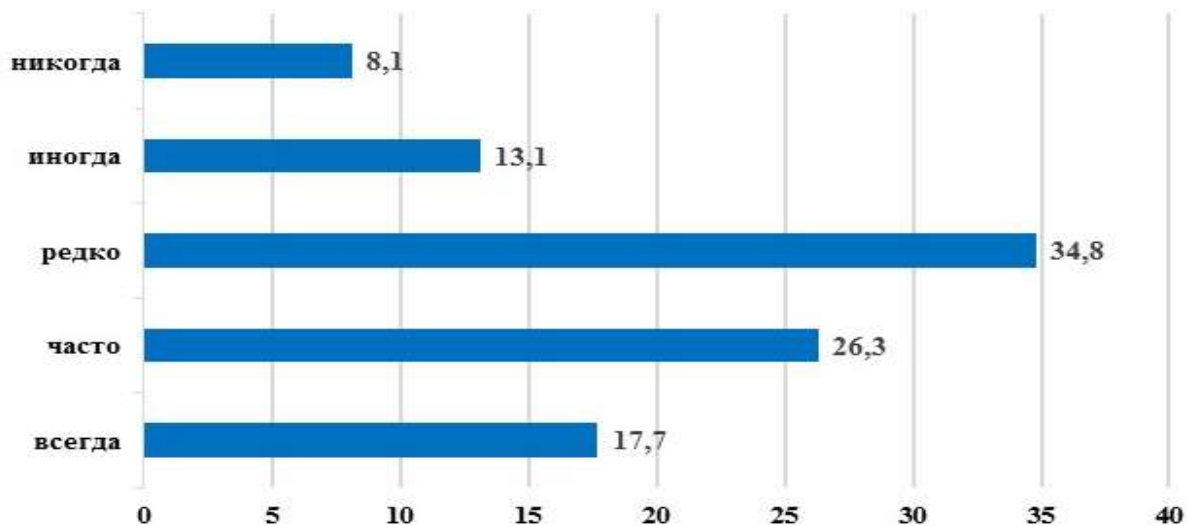


Рисунок 19 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Как часто Вы получаете информацию о результатах санаторно-курортного лечения пациентов, которым Вы оформляли санаторно-курортную карту?» (%)

В 21,7% случаев пациенты стационара при наличии показаний всегда переводились для долечивания в специализированные учреждения (отделения) восстановительного лечения, «часто» – в 21,7% случаев, «редко» – в 30,6% случаев, «иногда» – в 21,7% случаев. В 4,3% случаев пациенты стационара при наличии показаний «никогда» не переводились для долечивания в специализированные учреждения (отделения) восстановительного лечения (рисунок 20).

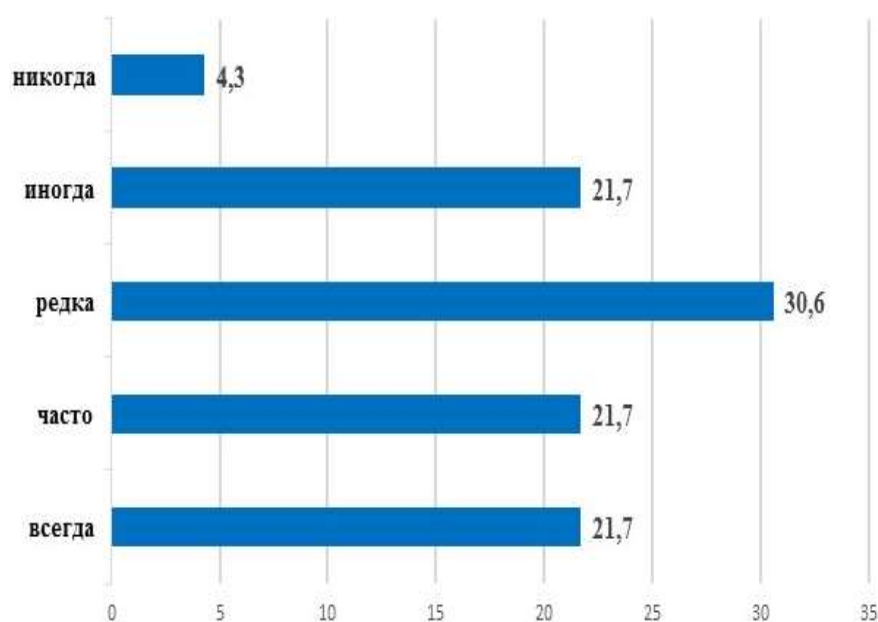


Рисунок 20 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Как часто пациенты Вашего стационара при наличии показаний переводились для долечивания в специализированные учреждения (отделения) восстановительного лечения?» (%)

По мнению 61,1% респондентов нуждаются в переводе в учреждения (отделения) восстановительного лечения или учреждения социальной помощи менее 10% пациентов стационара, 26,3% опрошенных считают нуждающимися 11-20% пациентов, 4,0% респондентов – 21-30% пациентов. По мнению 8,6% респондентов 41-50% пациентов нуждаются в переводе в учреждения (отделения) восстановительного лечения или учреждения социальной помощи (рисунок 21).

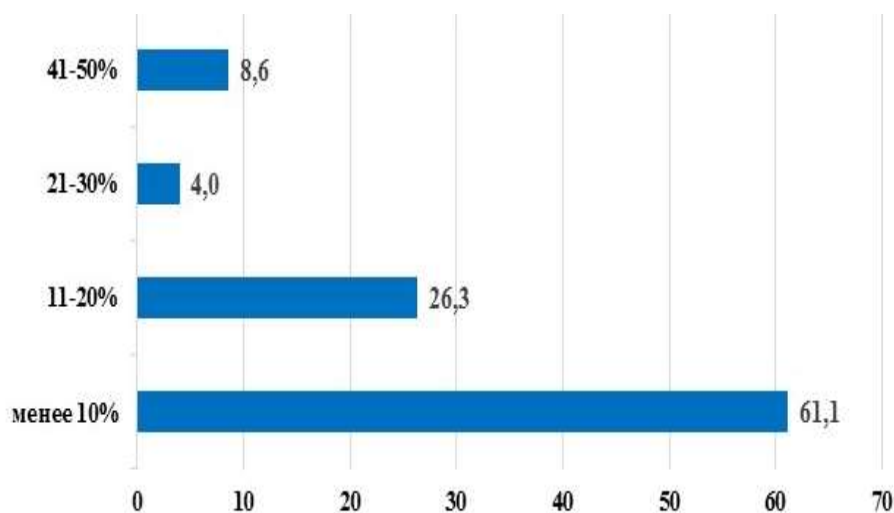


Рисунок 21 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Укажите, какая часть конечного фонда Вашего стационара была занята пациентами, нуждавшимися в переводе в учреждения (отделения) восстановительного лечения или учреждения социальной помощи?» (%)

61,1% респондентов до марта 2020 г. взаимодействовали с работниками отдела социальной защиты, обслуживающего население, проживающее на прикреплённой территории, 8,6% респондентов взаимодействовали с работниками стационарных учреждений социального обслуживания. 30,3% респондентов не взаимодействовали с работниками социальных служб (рисунок 22).



Рисунок 22 – Распределение ответов респондентов на вопрос «С работниками каких социальных служб Вы взаимодействовали в своей работе в условиях обычной работы до марта 2020 г.?» (%)

До марта 2020 г. 21,6% респондентов «всегда» инициировали обращение в службы социальной защиты в тех случаях, когда считали, что пациентам необходима помощь этих служб, 17,7% респондентов – «часто», 8,6% – «редко», 21,8% респондентов – «иногда». 30,3% респондентов «никогда» не обращались в службы социальной защиты в тех случаях, когда считали, что пациентам необходима помощь этих служб (рисунок 23).

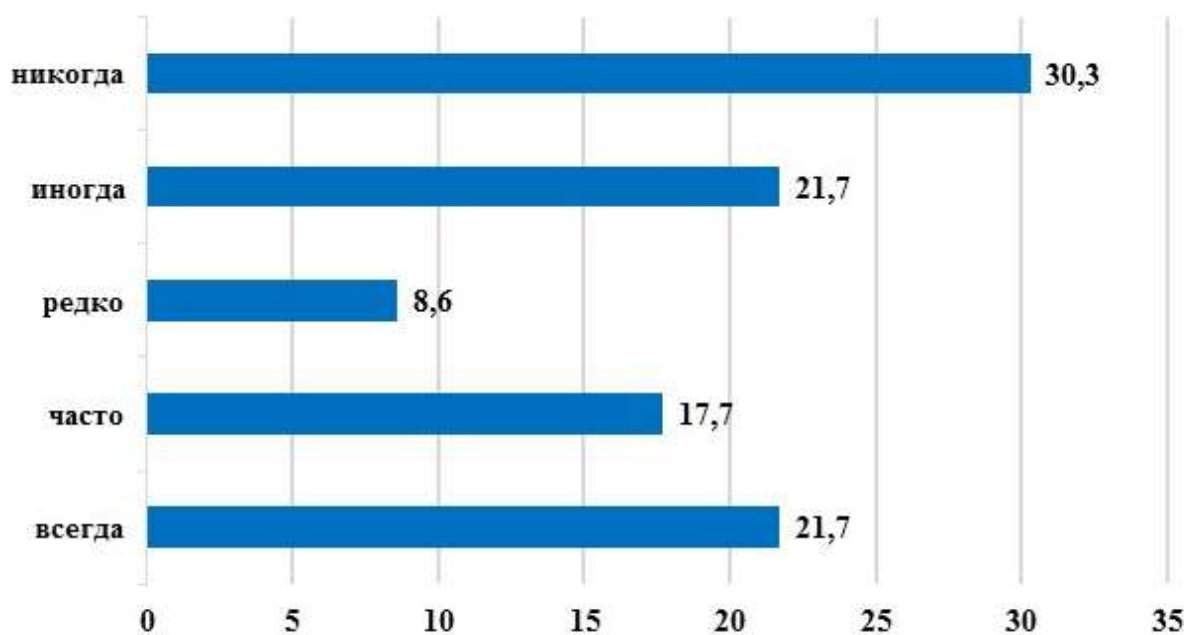


Рисунок 23 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Обращались ли Вы по собственной инициативе в службы социальной защиты в тех случаях, когда считали, что Вашим пациентам необходима помощь этих служб, в условиях обычной работы до марта 2020 г.?» (%)

В 8,7% случаев пациенты стационара при наличии показаний всегда переводятся в стационарные учреждения социальной помощи и в 8,7% случаев – часто, в 26,1% случаев – редко, в 30,4% случаев – иногда. В 26,1% случаев пациенты стационара при наличии показаний никогда не переводятся в стационарные учреждения социальной помощи (рисунок 24).

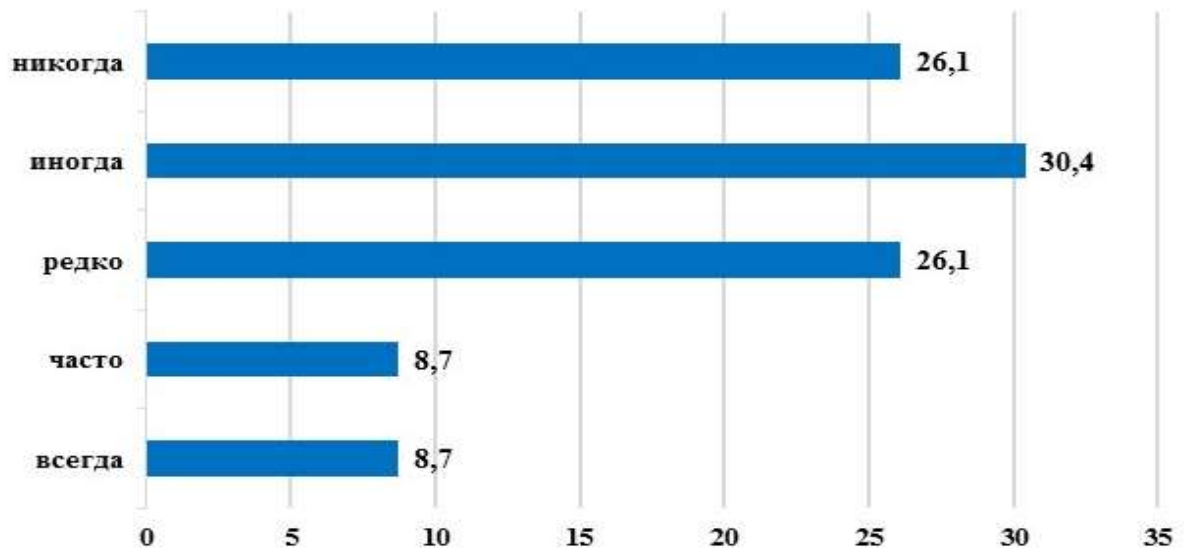


Рисунок 24 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Как часто пациенты Вашего стационара при наличии показаний переводятся в стационарные учреждения социальной помощи?» (%)

Большинство (73,7%) респондентов оценили степень преимущества ведения пациентов между стационарными и амбулаторными учреждениями в районе области как среднюю. По мнению 17,9% респондентов – низкая степень преимущества, 8,4% респондентов отметили высокую степень преимущества ведения пациентов между стационарными и амбулаторными учреждениями в районе области (рисунок 25).

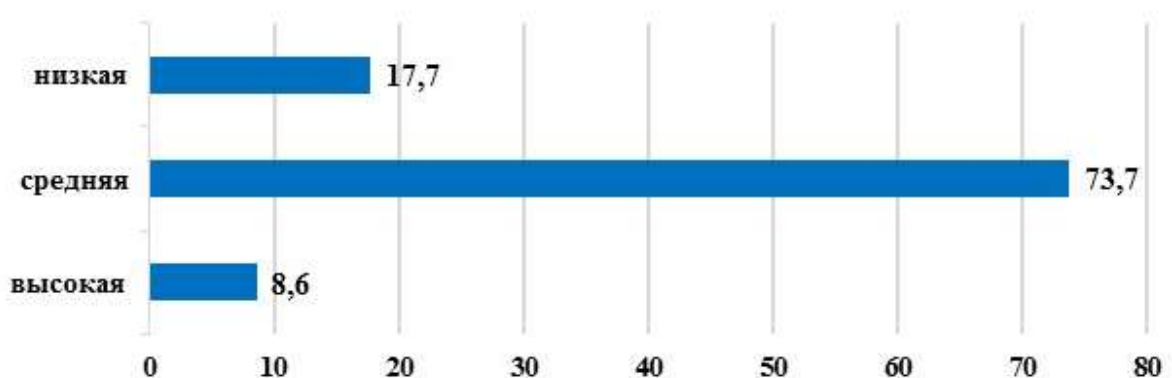


Рисунок 25 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Как бы Вы оценили степень преимущества ведения пациентов между стационарными и амбулаторными учреждениями в Вашем регионе» (%)

Половозрастная характеристика респондентов – врачей медицинских организаций районов Саратовской области соответствует общей характеристике этой профессиональной группы в регионе – 90% врачей составляют женщины, 61% – врачи старше 50 лет.

52,6% респондентов указали как «частую» или «скорее частую» практику совместной разработки планов ведения пациента врачами участковой службы и узкими специалистами. В исследовании С.В. Сажинной и соавт., проведенном также в 2020 году, 38% респондентов указали на такую практику совместной работы, но указанное исследование проводилось в целом по трем регионам РФ, в то время как в нашем исследовании принимали участие врачи муниципальных районов Саратовской области, и мы рассматриваем такой результат как особенность сельского здравоохранения, когда в условиях пандемии, дефицита врачей, связанных как с особенностями сельской медицины и эпидемиологическими условиями, врачи больше придают значение коллективной работе специалистов. В то же время, как и в исследовании С.В. Сажинной и соавт., получены данные, свидетельствующие о том, что «примерно половина врачей отмечает отсутствие или низкую распространенность такой практики».

Смысл вопроса о частоте направлений врачами участковой службы первичных пациентов к врачам-специалистам поликлиник, по мнению С.В. Сажинной и соавт. «заключается в том, чтобы выяснить способность врачей участковой службы самим диагностировать заболевания и лечить пациентов». Авторы ссылаются на данные европейских исследователей, согласно которым «средний процент первичных пациентов, направляемых врачами общей практики к врачам-специалистам в западноевропейских странах, составляет 5-10%». В нашем исследовании более половины (56,5%) респондентов направляют до 10% пациентов к узким специалистам. В исследовании С.В. Сажинной и соавт. «60,6% опрошенных врачей такие направления практикуют намного чаще», причем в течение времени (2012-2020 гг.) доля участковых врачей, направляющих своих пациентов к узким

специалистам, увеличилась. Более низкая степень зависимости от «узких» специалистов в европейских государствах может быть связана с преимущественной организацией работы первичного звена по принципу врача общей практики, а не терапевтического и педиатрического направления, как в нашей стране. Следует отметить высокую дифференциацию специальностей в номенклатуре работников с высшим медицинским образованием в России, по сравнению с западными перечнями врачебных специальностей. Врачи общей практики в ходе подготовки по данной специальности изучают значительный спектр заболеваний, входящих в компетенцию 18 «узких» специалистов, таких как невролог, офтальмолог, оториноларинголог, эндокинолог, кардиолог, акушер-гинеколог и др. Соответственно, частота направлений к «узким» специалистам в практике ВОП ниже, чем в практике терапевта.

Как и в исследовании «Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей» доля медицинских организаций, в которых открыты школы для пациентов с хроническими заболеваниями, «составляет не более половины от их общего числа, что, учитывая распространенность хронической патологии, явно недостаточно».

Почти половина (48,2%) врачей поликлиник в исследовании С.В. Сажинной и соавт. «сказали о том, что в их учреждениях информация о вызовах неотложной медицинской помощи передается участковым врачам «всегда» (31,3%) и «часто» (16,9%)» при выраженной тенденции усиления взаимодействия между врачами участковой службы и неотложной помощи в течение 2012-2020 гг. В нашем исследовании в большинстве (73,9%) случаев при оказании пациентам неотложной медицинской помощи информация передается или «скорее часто» передается участковым врачам, что по нашему мнению, отражает особенности организации медицинской помощи в сельских территориях.

«Для оценки уровня взаимодействия стационара и поликлиники важно иметь представление о частоте, источниках и способах получения

информации врачами поликлиники о госпитализации их пациентов и полученной ими в стационаре медицинской помощи» [47]. В нашем исследовании, значительно реже, чем в исследовании С.В. Сажиной и соавт., информация о госпитализации пациентов передается в поликлинику (только 26,1% респондентов получают информацию о всех случаях госпитализации, менее чем в 10% случаев информацию получают 21,7% респондентов и 8,7% респондентов вообще не получают информации о госпитализации пациентов), что свидетельствует о «неприемлемом уровне информирования врачей поликлиник» [47]. «Недостаточная информированность врачей о госпитализациях их пациентов снижает преемственность лечения в амбулаторных условиях» [47]. О взаимодействии врачей стационарных и поликлинических отделений районных медицинских организаций региона можно судить по практике активного посещения пациентов в первые дни после завершения стационарного лечения по поводу инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения, которая существовала до марта 2020 г. и существует в настоящее время лишь в 52,2% районных медицинских организациях (в исследовании С.В. Сажиной и соавт. – 45,5%). В большинстве (82,6%) случаев врачи поликлиники обращались (и «иногда» обращались) к лечащим врачам стационаров за необходимыми уточнениями по ведению пациентов после стационарного лечения. Лишь в 47,8% случаев врачи стационара консультировали врачей поликлиник в отношении тактики ведения пациента после стационарного лечения.

Как и в исследовании С.В. Сажиной, «врачи стационаров поддерживают крайне слабую связь с участковыми врачами» в процессе лечения пациентов в поликлинике перед госпитализацией, в процессе лечения пациентов в стационаре и после выписки из стационара.

Лишь 13,0% респондентов считают, что пациенты «никогда» не возвращались в стационар в связи с неудовлетворительным оказанием им помощи на амбулаторном этапе. Однако, как и в исследовании С.В. Сажиной и соавт., большинство респондентов убеждены, что пациенты «сталкивались

со случаями повторной госпитализации из-за неудовлетворительного уровня амбулаторной помощи».

Обращает на себя внимание, что у 100% респондентов отсутствует доступ к электронной медицинской документации пациента в медицинских организациях Саратовской области (в исследовании С.В. Сажиной и соавт. 28,5% опрошенных врачей имеют доступ ко всем электронным медицинским записям их пациентов). 13% респондентов не имеют доступа к электронным медицинским записям пациентов в своей медицинской организации и 17,4% респондентов не ведут записи в электронной форме. Менее половины респондентов (43,5%) «всегда» или «часто» получали информацию о результатах санаторно-курортного лечения пациентов. Одной из причин слабой преемственности в работе медицинских организаций являются барьеры цифровизации, которые более выражены в сельской местности.

В 43,4% случаев для пациентов стационара при наличии показаний «всегда» или «часто» был доступен перевод для долечивания в специализированные учреждения (отделения) восстановительного лечения (в исследовании С.В. Сажиной и соавт. 20,6% врачей стационаров сказали, что «их пациенты при наличии показаний «всегда» или «часто» переводятся для долечивания в специализированные учреждения/отделения восстановительного лечения»).

Большинство респондентов (69,6%) из поликлиник и стационаров районных медицинских организаций в своей профессиональной деятельности взаимодействовали с работниками социальных служб. Однако 30,4% респондентов «никогда» не обращались в службы социальной защиты в тех случаях, когда считали, что пациентам необходима помощь этих служб. Лишь в 17,4% случаев пациенты «всегда» или «часто» при наличии показаний переводятся в стационарные учреждения социальной помощи.

Таким образом, выявлены особенности организации медицинской помощи сельскому населению, которые заключаются в ограниченной реализации принципов преемственности в ведении пациентов, наличии

барьеров цифровизации, ограничивающих доступ врачей к медицинской документации других медицинских организаций, где пациент получал медицинскую помощь, включая областные медицинские учреждения. Анализ степени взаимодействия врачей при оказании медицинской помощи сельскому населению в стационарных и поликлинических условиях свидетельствует о фрагментации сельской и региональной систем здравоохранения. В то же время в сельском здравоохранении более выражена приверженность к совместной работе врачей первичного звена и врачей-специалистов при оказании медицинской помощи пациентам, имеющим хронические заболевания.

5.2. Нормативно-правовое обеспечение оказания медицинской помощи сельскому населению и направления развития сельского здравоохранения

Медицинская помощь (МП) жителям, проживающим в сельской местности, оказывается в соответствии с нормативной документацией, утвержденной законодательными органами власти РФ. Основные принципы, виды, формы, условия ее оказания изложены в ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». «Доступность и качество медицинской помощи сельским жителям обеспечивается принципом приближенности ее к месту жительства (работы, учебы); соблюдение МО гарантированного объема МП в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП; транспортной доступностью, применением телемедицинских технологий. Населению, проживающему в сельских районах, гарантировано оказание всех видов МП (первичная медико-санитарная, специализированная, в том числе высокотехнологичная, скорая и паллиативная медицинская помощь) в амбулаторных, стационарных

условиях (в т.ч. в дневных стационарах) и экстренной, неотложной и плановой форме ее оказания» [247].

ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ регламентирует оказание МП этой категории населения в рамках обязательного медицинского страхования.

Нормативными актами МЗРФ утверждены Порядки оказания МП, которые регламентируют в том числе и организацию МП сельскому населению. Основой системы оказания МП населению является **первичная медико-санитарная помощь – ПМСП** (приказ МЗиСР РФ от 15.05.2012 г. № 543н), включающая набор диагностических, лечебных и профилактических мероприятий. *Первичная доврачебная медицинская помощь* сельскому населению оказывается медицинскими работниками со средним профильным образованием на фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах (ФП, ФАП), во врачебных амбулаториях (ВА) и здравпунктах. В отдаленных от медицинских организаций населенных пунктах и в поселениях, где численность жителей не превышает 100 человек, доврачебная помощь может быть оказана в одном из домовых хозяйств.

Организация оказания ПМСП сельским жителям осуществляется по территориально-участковому принципу на фельдшерских, терапевтических, акушерских и приписных участках. При малой численности жителей (малокомплектный участок) для оказания МП формируется комплексный участок. Этим же приказом регламентирована численность жителей, прикрепленных к участкам: «на фельдшерском – 1300 человек взрослого населения; на терапевтическом участке в сельской местности – 1300 человек взрослого населения; на участке врача общей практики – 1200 человек взрослого населения; на комплексном участке – 2000 и более человек взрослого и детского населения; на участке семейного врача – 1500 человек взрослого и детского населения». (приказ МЗиСР РФ от 15.05.2012 г. № 543н).

В зависимости от численности населения, проживающего в сельской местности, имеются различия при организации ПМСП. Так, мобильные

медицинские бригады формируются для оказания МП в поселениях, численность проживающих в которых меньше ста человек. Населению, проживающему в населенных пунктах с численностью более ста человек, МСП оказывается средними медицинскими работниками, ВОП и участковыми врачами.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается сельским жителям в районных больницах.

Если у пациента нуждающегося, но не госпитализированного в круглосуточный стационар, состояние его здоровья и домашние условия позволяют организовать должный уход за ним, то возможна организация *стационара на дому* [254].

«Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь сельским жителям оказывается в государственных, муниципальных и частных МО, в условиях дневного или круглосуточного стационаров» [255].

Паллиативная медицинская помощь сельскому населению оказывается в виде первичной доврачебной, врачебной и специализированной МП в амбулаторных медицинских организациях как на приеме у специалистов, так и на дому, в дневном и круглосуточном стационаре, хосписах. Доврачебная МП оказывается средними медицинскими работниками, врачебная – врачами-специалистами. Помимо этого, могут создаваться выездные патронажные бригады. [253].

Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная, обеспечивается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. При отсутствии в МО необходимых специалистов МП пациенту организуется «выездной бригадой скорой помощи, выполняющей следующие функции: осуществляет незамедлительный выезд (вылет) на место вызова скорой медицинской помощи; оказывает скорую, в том числе скорую специализированную, МП,

включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента; осуществляет медицинскую эвакуацию пациента при наличии медицинских показаний. Если состояние пациента требует использования специальных методов и сложных медицинских технологий, выездная бригада вызывает специализированную или экстренную консультативную бригаду. В удаленных или труднодоступных населенных пунктах (участках населенных пунктов), вдоль автомобильных дорог для оказания скорой (в т. ч. скорой специализированной) МП могут организовываться филиалы (посты, трассовые пункты) скорой МП, являющиеся структурными подразделениями МО, оказывающей скорую (в т.ч. специализированную) МП» [256].

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «регулирует вопросы организации медицинской реабилитации, которая осуществляется в плановой форме в рамках ПМСП и специализированной, в том числе высокотехнологичной, МП в различных условиях: амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно. В рамках оказания ПМСП медицинская реабилитация может осуществляться и в выездной форме. В МО, осуществляющих оказание МП в амбулаторных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия участковых врачей, врачей общей практики (семейных врачей) или иных врачей-специалистов со специалистами выездной бригады медицинской реабилитации. В МО, осуществляющих оказание МП в стационарных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия лечащего врача и врачей-специалистов с врачами-физиотерапевтами, врачами по лечебной физкультуре, врачами-рефлексотерапевтами, врачами мануальной терапии, врачами-психотерапевтами, медицинскими психологами, логопедами, учителями-дефектологами и другими специалистами, работающими в области медицинской реабилитации» [240]. Выделяют 3 этапа МР: в отделениях

реанимации интенсивной терапии, в стационарах отделениях реабилитации или профильных центрах, и в амбулаторных медицинских организациях. [240].

В соответствии с приказом МЗРФ от 13.03.2019 г. № 124н проводится диспансеризация определенных групп сельского населения и профилактические медицинские осмотры для раннего определения патологических состояний и заболеваний, профилактики; определения группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития; проведения консультаций лицам, имеющим хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития; установления диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями) [258].

Советом по стратегическому развитию и приоритетным проектам при Президенте Российской Федерации 26.07.2017 г. утвержден приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», в котором рассматривается внедрение мероприятий, которые должны соблюдать приоритет интересов пациента, обеспечить оказание доступной и качественной МП, комфортность условий предоставления медицинских услуг, удовлетворенность уровнем их оказания, «сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности МО, переход на электронный документооборот, сокращение объема бумажной документации» [231].

Внедрение этого проекта предусмотрено Указом Президента РФ от 06.06.2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года», в котором отмечены несбалансированность и дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП за

счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и недостаточный уровень качества ПМСП и ее доступности для населения. До сих пор имеются населенные пункты, находящиеся вне зоны доступности для граждан ПМСП. В связи с этим, совершенствование системы оказания МП населению признано приоритетной задачей, которая должно быть направлена на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения; развитие инфраструктуры и материально-технической базы МО, оказывающих МП, в том числе детям; обеспечение оптимальной доступности для граждан (включая граждан, проживающих в труднодоступных местностях) ПМСП, в том числе путем создания ФАП, использования мобильных медицинских комплексов, а также обеспечения транспортной доступности МО, включая развитие маршрутов общественного транспорта, строительство и реконструкцию дорог с твердым покрытием; совершенствование функционирования ЕГИС в системе здравоохранения [243].

Для реализации этих задач Правительством РФ утвержден план мероприятий, включающий создание «региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения. Основными принципами модернизации определены:

- Обеспечение доступности и качества ПМСП и МП, оказываемой в сельской местности, рабочих поселках, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек.
- Приоритет интересов пациента при оказании ПМСП.
- Соблюдение прав граждан при оказании ПМСП и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.
- Приоритет профилактики при оказании ПМСП.
- Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан при организации ПМСП» [260].

В 2019 г. утверждена Государственная программа Российской Федерации «Комплексное развитие сельских территорий»; в 2021 году в нее приказом Минсельхоза России от 14 сентября 2021 г. № 627 были внесены некоторые изменения, в частности, изменились приоритеты и цели программы с 1 января 2022 года [248].

На 1 января 2021 г. 68% сельского населения, проживает в х поселениях с численностью до 10 тысяч жителей. Десятью годами раньше, по итогам Всероссийской переписи населения (2010 г.) зафиксировано 19,4 тысяч сельских населенных пунктов без населения.

В течение последних десятилетий усиливается поляризация сельских поселений по численности населения, нарастают процессы старения, снижается рождаемость, сокращается количество трудоспособного населения, растет миграция из сел в города. Между городом и селом сохраняется разрыв в продолжительности жизни в 1,5 года. Следствием демографических процессов и слабого развития экономики и инфраструктуры сельской местности является уменьшение численности сельского населения [248].

В 2015 году была разработана Стратегия устойчивого развития сельских территорий РФ до 2030 года, в соответствии с которой по итогам 2020 года достигнуты положительные результаты [244]:

- численность сельского населения на начало 2021 года достигла 36,9 млн. человек (целевой показатель – 36,2 млн.)
- миграционный отток составил минус 3 тыс.человек (целевой показатель – минус 95,4 тыс.человек).
- удельный вес оборудованных всеми видами благоустройства площадей жилых помещений в сельских населенных пунктах, составил 37,5% (целевой показатель – 32,6 %);
- площадь жилых помещений, приходящаяся на 1 жителя в сельских населенных пунктах, составила 27,5 кв. метра на человека (целевой показатель – 28 кв. метров на человека).

В то же время Росстат констатирует, что ряд показателей не достиг запланированного уровня:

– удельный вес сельских населенных пунктов, имеющих дороги с твердым покрытием, связанные с сетью автомобильных дорог – 71,6% (целевой показатель 73,7%);

– ожидаемая продолжительность жизни при рождении сельского населения достигла 70,7 года (целевой показатель – 72,7 года);

– уровень занятости сельского населения – 52,2% (целевой показатель 62,3%).

Низкой остается средняя заработная плата в сельском хозяйстве, как показатель уровня жизни на селе – по итогам 2020 г. она составила 34770 рублей, что на 32,3% меньше, чем в целом по экономике (51352 рублей)

Согласно Стратегии пространственного развития РФ, приоритетами «являются опережающее развитие перспективных центров экономического роста, в том числе на сельских территориях, с увеличением их количества и максимальным рассредоточением по территории Российской Федерации, социальное обустройство территорий с низкой плотностью населения и недостаточным собственным потенциалом экономического роста. Стратегия предусматривает обеспечение перспективных центров экономического роста на сельских территориях базовой социальной и инженерной инфраструктурой, инфраструктурой для торгового и бытового обслуживания населения, а также дальнейшее развитие выездных (мобильных) и дистанционных форм оказания услуг в сфере культуры, здравоохранения и социального обслуживания, 100-процентное обеспечение инфраструктурой для развития информационно-коммуникационных технологий и транспортной доступности сельских территорий, прилегающих к центрам экономического роста» [378].

В целях трансферта субвенций из федерального бюджета разработаны Правила их предоставления, в которых под сельскими территориями понимаются: сельские поселения, «сельские населенные пункты, рабочие

поселки, наделенные статусом городских поселений рабочие поселки, входящие в состав городских поселений, муниципальных округов» [300].

В соответствии с рассмотренными нормативными документами в регионах разработаны и утверждены НПА, регламентирующие оказание медицинской помощи, в том числе сельскому населению.

В Саратовской области действует государственная Программа «Развитие здравоохранения» со сроками реализации с 2019 по 2024 годы. В программе определены направления развития, контрольные сроки и критериальные значения основных показателей мониторинга ее выполнения [236].

По итогам выполнения программы СО в 2021 году было достигнуто 100% выполнение запланированного показателя «Создание и замена ФП, ФАП и ВА для населенных пунктов с численностью населения от 100 до 2000 человек». Выполнялись мероприятия по реализации региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения: приобретены модульные конструкции ВА, ФАП. В то же время показатель «Доля населенных пунктов с числом жителей до 2000 чел., населению которых доступна ПМСП по месту их проживания» при установленном на 2021 год контрольном значении 98,8% выполнен лишь на 79%, – в ряде населенных пунктов ФАП отсутствуют, либо находятся в аварийном состоянии. Также в 2021 году не достигнуты установленные значения следующих показателей:

- ожидаемая продолжительность жизни: при установленном контрольном критерии – 71,6 лет, факт – 69,9 лет (выполнено 98%);
- смертность населения в трудоспособном возрасте: критерий – 535,4 чел. на 100 тысяч трудоспособного населения, факт – 630,9 чел. на 100 тыс. (85%);
- смертность от болезней системы кровообращения: критерий – 733,7 чел., факт – 890,2 чел. на 100 тыс. человек населения (82%);

- смертность от новообразований: критерий – 209,9 чел. на 100 тыс. населения, факт – 210,6 чел. (99,9%);
- младенческая смертность: критерий – 4,1 чел. на 1000 родившихся живыми, факт – 4,7 чел. (87%).

Негативное влияние на выполнение ряда показателей оказало распространение новой коронавирусной инфекции, предопределившее снижение доступности и качества МП при хронических заболеваниях. Так, показатель «смертность от всех причин» при установленном критерии 16,1 чел. на 1000 чел. населения увеличился до 20,6 чел., показатель «смертность от ОНМК» – с 114,2 чел. до 136,2 чел. на 1000 населения, «смертность от ИБС» – с 431,4 чел. до 587,5 чел. на 1000 чел. населения, «смертность от cerebrovascularных болезней» – с 247,7 чел. до 253,2 чел. на 1000 населения [80].

В Постановлении Правительства СО от 31.12.2021 г. № 1199-П [245] определен порядок и условия предоставления МП населению региона на 2022 г. и плановый период 2023-2024 гг. на разных уровнях ее оказания в медицинских организациях. С учетом порядков и на основании стандартов МП при наличии показаний со стороны пациента, а также при отсутствии у МО первого уровня, оказывающей преимущественно ПМСП, в том числе первичную специализированную МП, а также специализированную МП, лицензии на оказание необходимых видов МП, гарантируется перевод пациента в МО второго или третьего уровня для оказания преимущественно специализированной МП».

В Саратовской области также организована трехуровневая система оказания МП населению. МО первого уровня оказывают в основном ПМСП, в том числе специализированную ПМСП и специализированную МП (это городские, районные, участковые больницы и городские поликлиники). МО второго уровня предоставляют в основном специализированную МП (это городские, районные больницы, в структуре которых организованы

специализированные межмуниципальные отделения (центры), районные и городские диспансеры и многопрофильные городские больницы). МО третьего уровня – это областные организации, оказывающие преимущественно СМП и ВМП [252].

Руководители МО региона руководствуются в своей деятельности Постановлениями Правительства Саратовской области, приказами МЗСО, утверждающие схемы маршрутизации пациентов при оказании ПМСП, специализированной, паллиативной, скорой и неотложной, высокотехнологичной медицинской помощи [239, 241, 242, 246, 259, 261].

Для достижения установленных МЗ РФ индикаторов проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» в 2021 г. в Саратовской области создана подсистема «Телемедицинских консультаций государственной информационной системы в сфере здравоохранения ЕГИСЗ», направленная на повышение доступности МП и качества ее оказания в медицинских организациях разного уровня. Ее внедрение призвано обеспечить «снижение и рационализацию расходов населения и страховых МО на высококвалифицированные медицинские услуги за счет исключения этапа транспортировки пациентов в крупные медицинские центры» [262].

Таким образом, в 2011-2021 гг. на федеральном и региональном уровнях создан и внедрен в практическую деятельность системы здравоохранения комплекс нормативных документов, направленный на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, в том числе сельскому населению. Однако, программные документы не включают прогноз различных вариантов и отклонений в достижении поставленных целей с учетом возможных угроз и рисков системы здравоохранения в современных экономических, политических и эпидемиологических условиях.

Демографические риски общественного здоровья имеют общую направленность в городской и сельской местности, но на селе негативные тенденции более выражены. Прогнозируемое уменьшение численности населения предопределяет обострение кадрового кризиса сельского здравоохранения, связанного с необходимостью увеличивать объемы медицинской помощи пациентам старших возрастных групп, имеющим хронические заболевания (тенденция постарения населения), в то время как приток новых специалистов в отрасли народного хозяйства, включая здравоохранение, будет ограничен малой популяцией новых поколений. Очевидно, указанная диспропорция требует разработки превентивных мер в здравоохранении, особенно в сельском, где исторически обеспеченность медицинскими кадрами ниже, чем в городах.

Правительством Саратовской области разработана Концепция демографической политики Саратовской области на период до 2025 года [237]. В документе представлена классификация районов Саратовской области по демографическим и экономическим показателям – выделено три группы районов: депрессивные, приграничные и благополучные районы. В 2008 году 21 район области из 38 был отнесен к депрессивной группе. Были разработаны мероприятия демографической политики по каждой из трех групп муниципальных районов области.

Достижение цели Программы разделено на 3 этапа, цели двух первых этапов не достигнуты, последний (третий этап) реализуется с 2016 года, на третьем этапе предусматривалось на основе оценки влияния реализуемых проектов и программ на демографическую ситуацию проводить мероприятия по упреждающему реагированию на возможное ухудшение демографической ситуации и принимать превентивные меры по сбережению населения; в связи со значительным уменьшением численности женщин репродуктивного возраста необходимо принять дополнительные меры, стимулирующие рождение второго и третьего ребенка; с целью замещения в результате сокращения рождаемости естественной убыли населения активизировать

работу по привлечению на постоянное жительство в Саратовскую область мигрантов трудоспособного возраста. К 2025 году предполагается добиться увеличения численности населения региона до 2,5 млн. чел. (в том числе за счет миграции) и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет. Наше исследование подтверждает, что демографическая ситуация в Саратовской области ухудшается.

Кроме Концепций демографического развития регионов, в настоящее время в регионах действуют государственные программы развития сельских территорий, так в Саратовской области разработана Государственная программа Саратовской области «Комплексное развитие сельских территорий», ее цель – сохранение доли сельского населения в общей численности населения Саратовской области на уровне не менее 24,3 процента в 2025 году. Программа включает следующие направления, рассчитанные на создание и развитие в 2020-2025 гг.:

- условий для обеспечения сельского населения доступным комфортным жильем,
- развитие на селе рынка труда,
- на сельских территориях инфраструктуры, включая транспортную.

Одним из условий профилактики и преодоления дисфункций сельского здравоохранения региона является повышение территориальной доступности первичной и специализированной медицинской помощи, повышение эффективности сельского здравоохранения.

На примере различных регионов России авторы [24, 58, 111, 144, 267, 447] обосновывают предложения, направленные на преодоление негативных явлений, складывающихся в сельских муниципальных районах РФ, к числу которых относится изменение административно-территориального деления в субъектах РФ, которое призвано решить экономические, управленческие, демографические и социальные проблемы сельских территорий регионов России за счет объединения (укрупнения) муниципальных районов на основе анализа различных показателей, характеризующих деятельность

муниципального района. Авторы доказывают, что укрупнение сельских территорий, объединение муниципальных районов повысит экономическую эффективность, обеспеченность кадровым потенциалом, качество жизни сельского населения. Нам не встретилось работ, в которых проводился анализ возможного объединения (укрупнения) муниципальных районов с позиций совершенствования сельского здравоохранения в части обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

В настоящее время не определено ни федеральными, ни региональными нормативными актами, какая численность населения соответствует какому-либо поселению (населенному пункту). Так, в Саратовской области есть муниципальные районы, в которых проживает всего 10-15-20 тысяч человек, районные центры с населением в 5 тыс. чел. – какой медицинской помощью будет обеспечен этот, например, поселок городского типа, ведь практически это два участка врача общей практики? Всего такой муниципальный район насчитывает 10-15 тысяч человек населения – вместе с проживающими в районном центре, селах и деревнях. В таком малонаселенном районе (а в каждом муниципальном районе имеется районная больница) мощность районной больницы и поликлиники минимальная, врачебный штат, рассчитанный на численность населения тоже минимальный, врачи-специалисты будут представлены либо одной штатной единицей, либо – меньше. Кто согласится работать на 0,5 или на 0,25 ставки? Как этот врач может уйти в отпуск, уехать на повышение квалификации? То есть в таких малонаселенных муниципальных районах сельское здравоохранение уже по структуре медицинских организаций не может быть эффективным. В районной медицинской организации малой мощности не будет необходимого спектра оборудования и квалифицированных кадров, более того, квалифицированные кадры, по мере увеличения продолжительности работы в условиях небольшого количества пациентов, будут терять квалификацию в связи с отсутствием достаточной ежедневной практики. Сегодня продолжается процесс формирования

межрайонных центров, это весьма позитивный опыт, когда крупная районная больница выполняет функции «областной больницы» для населения ряда соседних малонаселенных районов и территорий. Происходит повышение доступности медицинской помощи населению, в межрайонных центрах имеется весь спектр врачей-специалистов, организованы первичные сосудистые отделения, амбулаторные кабинеты для лечения онкологических больных и пр., но эта мера не позволяет кардинально преодолеть структурно-функциональные диспропорции сельского здравоохранения. Укрупнение административных территорий до 50-100 тысяч человек населения на муниципальный район в зависимости от плотности населения районов и удаленности от крупных региональных центров позволит иметь мощную районную больницу, соответствующую по оснащению современным требованиям, штат такой больницы позволит поддерживать уровень квалификации медицинских работников за счет возможности повышения квалификации (с отрывом от работы или дистанционно), за счет ротации кадров, предусматривающей обязательную двухнедельную стажировку на рабочем месте в районной (объединенной) больнице в течение года врачей участковых больниц, врачебных амбулаторий сельских врачебных участков, а также за счет обмена опытом и проведения с коллегами клинических «разборов» интересных и сложных случаев в практике врача (в том числе посредством телемедицины). Областная больница будет методически и организационно взаимодействовать с 10-13 районными больницами (а не с 38, как сейчас), и это повысит эффективность оказания медицинской помощи. Модель сельского здравоохранения при этом остается трехэтапной – сельский врачебный участок, районная больница и областная больница (диспансер). При этом целесообразно районные больницы укрупняемых территорий объединять в одно юридическое лицо – на базе больницы, которая сегодня имеет или может иметь статус межрайонного центра. При этом больницы укрупняемых районов не надо закрывать, но функционировать они должны как структурные подразделения объединенной

РБ, возможно, как дневные стационары. Такая система из 10-13 районов более управляемая, больше соответствует организации работы в условиях и на принципах медицинского страхования, повышает финансовую устойчивость медицинской организации, доступность населению района МП, причем в своем районе. Очевидно, что такое решение по реструктуризации сельского здравоохранения требует формирования программы на уровне Российской Федерации и реализации пилотного проекта по ряду регионов.

5.3. Состояние ресурсного обеспечения (финансовый, материальный и кадровый потенциал) и возможности информатизации, цифровизации сельского здравоохранения в современных условиях

Медико-социологический мониторинг здравоохранения является, по мнению академика РАН А.В. Решетникова [328], «инструментом для исследования социально-экономических процессов в сфере здравоохранения, анализа происходящих перемен и в перспективе должен стать одним из методов прогноза в медицине как социальном институте». Эмпирические исследования социального портрета субъектов здравоохранения [8, 32, 193, 269, 417] академик РАН А.В. Решетников относит к целям медико-социологического мониторинга.

В последние десятилетия в России реализуются социально-экономические программы, «предусматривающие разные формы и объемы стимулирования специалистов» сельского здравоохранения. Однако, по мнению О.А. Доцанниковой и соавт. [373], эти программы «можно признать эффективными только при условии, если специалист, в полной мере реализовавший предоставленные ему материальные преференции, остался работать в сельском здравоохранении».

С целью изучения состояния ресурсного обеспечения сельского здравоохранения региона проведено медико-социологическое исследование «Социальный портрет профессиональной группы врачей, релевантный

сельскому здравоохранению» с участием 327 респондентов, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области [122, 123]. 88,0% респондентов – женщины, что соответствует структуре гендерного распределения кадров первичной медико-санитарной помощи – основного вида медицинской помощи на сельских территориях.

Отмеченные на сельских территориях тенденции миграции населения, «особенно молодежи» [150], отмечаются в сельском здравоохранении региона. Большинство респондентов (81,0%) старше 40 лет. Врачи до 30 лет составляют 10% респондентов (рисунок 26). Средний возраст – 48 ± 2 года².

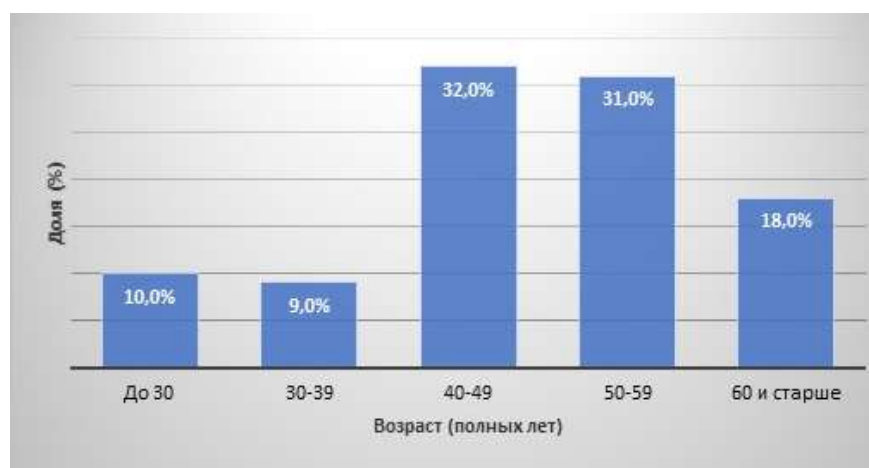


Рисунок 26 – Распределение респондентов по возрасту (%)

Большинство (75,5% респондентов) имеют стаж работы 20 и более лет: 25,5% – от 20 до 30 лет, 32,7% – от 30 до 40 лет, 17,3% имеют стаж работы более 40 лет. Менее 10 лет работают 12,5% респондентов (рисунок 27). Средний общий стаж работы в здравоохранении – $27,5 \pm 2,6$ лет.

² Данные записаны в форме «среднее \pm доверительный интервал», последний определяется через коэффициент Стьюдента, а тот в свою очередь зависит от выбранного «уровня значимости» (параметр p). Здесь выбрано критическое значение параметра, равное 0,05. При этом коэффициент Стьюдента равен 1,96.

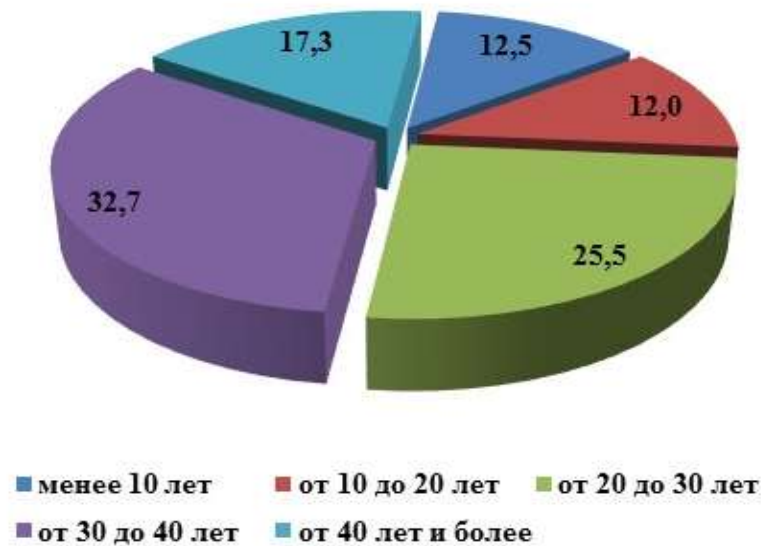


Рисунок 27 – Распределение респондентов по общему стажу работы (%)

Распределение врачей по клиническим специальностям соответствует распределению в региональном здравоохранении [145]. Из врачей клинических специальностей 43,4% респондентов работают терапевтами, 13,5% респондентов – педиатры, 8,6% респондентов – акушеры–гинекологи, 8,6% респондентов – хирурги. Врачи других клинических специальностей – 25,9% респондентов (рисунок 28).



Рисунок 28 – Распределение респондентов по медицинским специальностям (%)

Работают по специальности меньше 10 лет 17,3% респондентов; 17,3% – от 10 до 19 лет; 26,5% – от 20 до 30 лет; 25,5% – от 30 до 40 лет и более 40 лет 13,4% респондентов (рисунок 29).

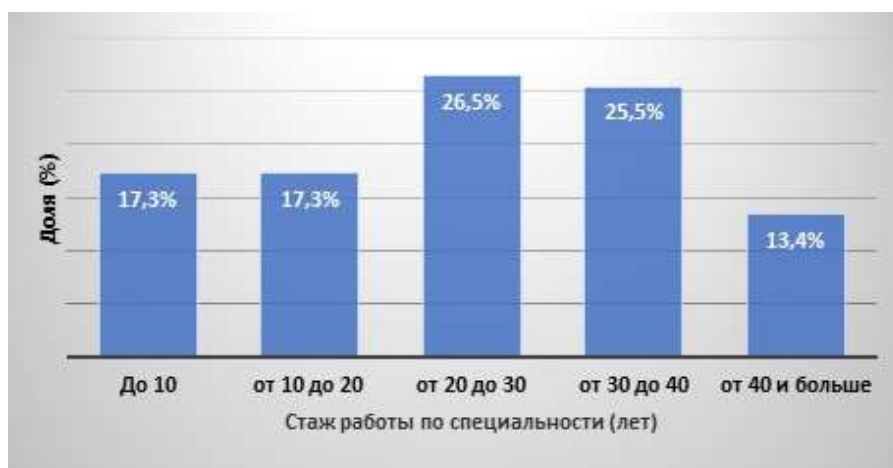


Рисунок 29 – Распределение респондентов по стажу работы по специальности (%)

Средний стаж работы по специальности – $24 \pm 2,6$ года.

У 73,7% респондентов есть дополнительные специализации.

97,0% респондентов работают на должности врача медицинской организации, 2,0% респондентов на должности заведующих отделениями, заместители главных врачей и главные врачи – 1,0% респондентов.

Менее 10 лет работают в занимаемой должности 25,5% респондентов, от 10 до 20 лет – 17,3%; 26,5% – от 20 до 30 лет; 18,4% – от 30 до 40 лет и 12,3% респондента – более 40 лет (рисунок 30).

Средний стаж работы в занимаемой должности – $21,4 \pm 2,6$ года.

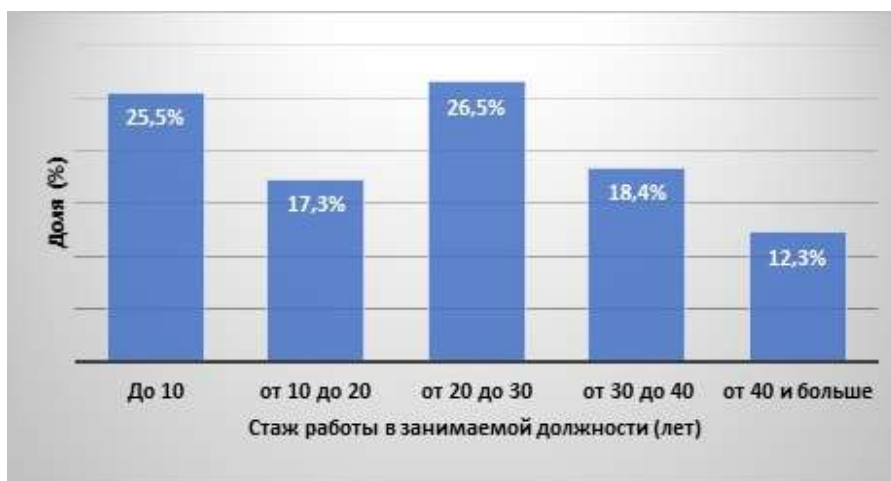


Рисунок 30 – Распределение респондентов по стажу работы в занимаемой должности (%)

59,5%, респондентов не имеет квалификационной категории. Высшую категорию имеют 13,8% респондентов, первую категорию – 6,4% респондентов, вторую категорию – 20,2% респондентов.

Отсутствие квалификационной категории у большинства респондентов, несмотря на то, что стаж 74,5% респондентов составляет более 10 лет, свидетельствует о незаинтересованности врачей и руководителей в повышении престижа медицинской организации, а также ограниченных возможностях повышения квалификации и карьерного роста сельских врачей.

82,6% респондентов работают и в поликлинике и стационаре районной больницы, 9,7% респондентов – в поликлинике и 7,7% респондентов – стационаре.

Из 100% опрошенных 2,5% имеют ученую степень кандидата медицинских наук, 97,5% не имеют ученой степени.

97,9% респондентов работают в государственных и 2,1% респондентов в муниципальных медицинских организациях.

12,8% респондентов имеют доход менее 10 тыс. руб. на каждого члена семьи, 31,5% респондентов – от 10 до 15 тыс. руб. Доход от 15 до 20 тыс. руб.

на каждого члена семьи имеют 19,9% респондентов и свыше 20 тыс. руб. – 35,8% респондентов³.

Средний уровень дохода на каждого члена семьи – $14,6 \pm 1,7$ тыс. руб. в месяц.

В семье 53,5% респондентов 1-2 человека. 3 и более членов семьи у 46,5% респондентов (рисунок 31).

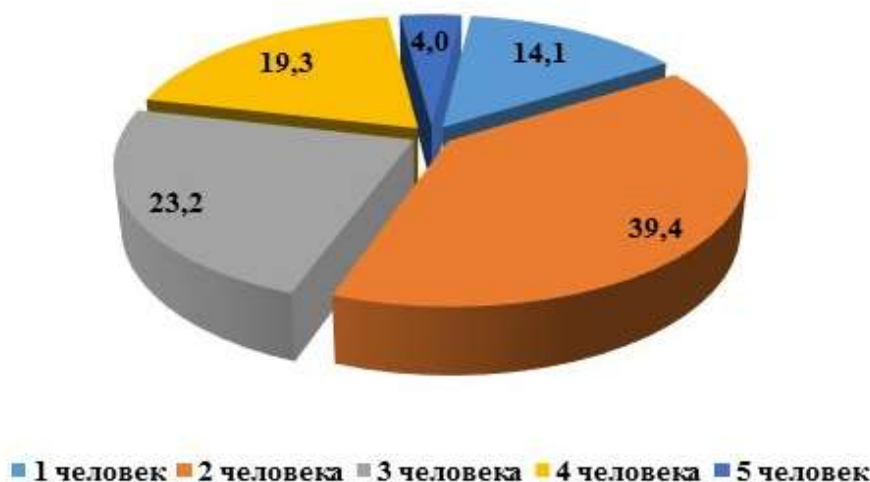


Рисунок 31 – Распределение респондентов по числу членов семьи (%)

59,0% респондентов не имеют несовершеннолетних детей. Один несовершеннолетний ребенок в семье 29,0% респондентов. В семьях 10,0% респондентов два и семьях 2,0% респондентов три и более несовершеннолетних детей, то есть дополнительная финансовая, эмоциональная и воспитательная нагрузка есть у 41% респондентов.

86,0% респондентов имеют собственную квартиру или дом, снимают квартиру 7,0% респондентов.

К основным факторам бедности, особенно актуальной в отношении сельского населения [10, 31, 180], относятся финансовые депривации [176]. По мнению 4,0% респондентов «зарплаты хватает только на питание»; 61,0%

³ В Саратовской области в 2020 г. прожиточный минимум составил 9 138 руб.

опрошенных отметили, что «зарплаты хватает только на питание и самые необходимые вещи»; 13,0% респондентов считают, что «на зарплату редко, но можно покупать дорогие вещи»; 12,0% констатировали, что «зарплаты хватает на всё, кроме дорогих покупок». Не ответили на вопрос 10% респондентов (рисунок 32).



Рисунок 32 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Насколько зарплата соответствует уровню жизни» (%)

Неблагоприятные профессиональные условия инициируют профессиональный стресс и эмоциональное выгорание. Негативные последствия профессионального стресса, который рассматривается как выраженный дисбаланс между высокими усилиями (большого напряжения) и низким вознаграждением, могут быть представлены в разнообразных маскированных, либо соматических формах [145].

58,8% респондентов страдают хроническими заболеваниями: менее 10 лет – 31,2% респондентов, от 10 до 19 лет – 43,7% респондентов, 20-29 лет – 20,0% респондентов и 5,0% респондентов страдают хроническим заболеванием более 30 лет.

Средний (медианный) «стаж заболевания» – 10,5 лет (первый квартиль – 5,5 лет; четвёртый квартиль – 19 лет).

5,5% респондентам установлена группа инвалидности.

По программе «Земский доктор» переехали в район Саратовской области 10,0% респондентов.

На следующие вопросы респонденты указывали несколько вариантов ответа.

По мнению респондентов, преимуществами жизни в районе Саратовской области являются:

- экологическая обстановка лучше, чем в городе (23,3%),
- размеренная жизнь, более спокойно, чем в городе (21,7%),
- родственники живут рядом (6,7%),
- красивая природа (3,3%),
- другое (13,3%).

Однако 43,7% респондентов не указали преимуществ жизни в районе. 21,7% респондентов не ответили на вопрос (рисунок 33).

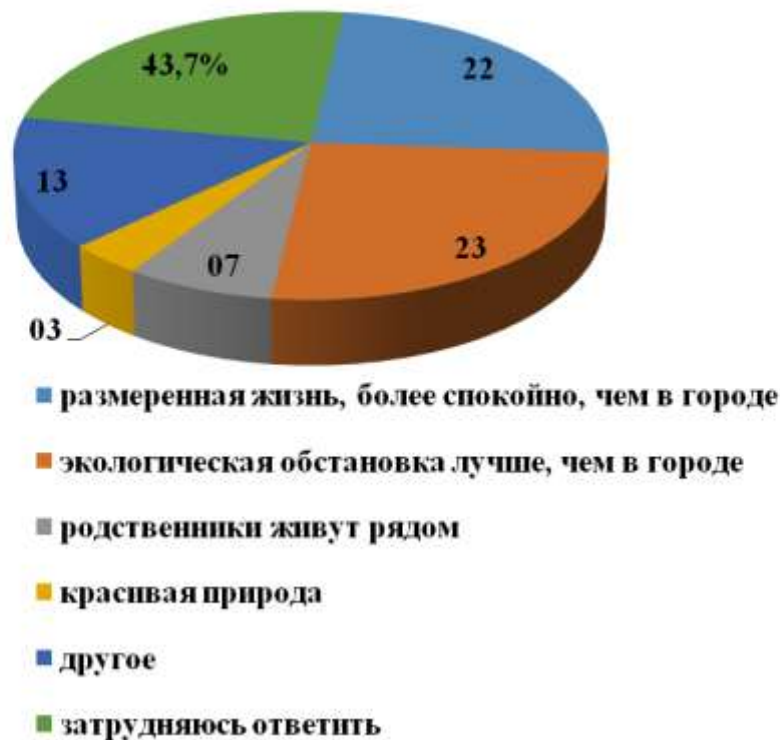


Рисунок 33 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Укажите преимущества жизни в районе Саратовской области» (%)

Недостатками проживания в районе Саратовской области, по мнению респондентов, являются

- отсутствие развитой инфраструктуры (59,2%),
- низкая зарплата (37,3%),
- плохие дороги (9,8%),
- удалённость от центра (5,9%),
- отсутствие нормальной работы для членов семьи (5,9%),
- недостаток квалифицированных кадров (5,9%),

Таким образом, большинство респондентов недостатками проживания в районе в первую очередь указали инфраструктурные и финансовые ограничения.

Об отсутствии недостатков сообщили 7,8% респондентов. Не ответили на вопрос 3,9% респондентов (рисунок 34).

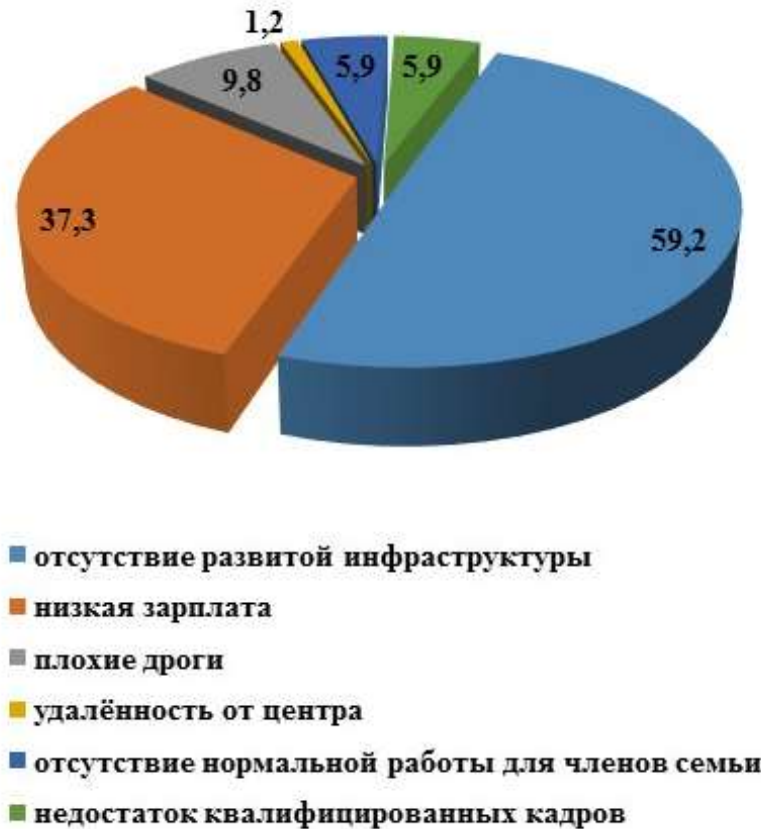


Рисунок 34 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Каковы недостатки проживания в районе Саратовской области» (%)

Респонденты указали преимущества работы в медицинской организации района Саратовской области (по сравнению с медицинскими организациями г. Саратова):

- малочисленный коллектив, всех знаю, контакт с пациентами (10,9%),
- универсальность работы, уникальный опыт (8,7%),
- близость к дому (8,7%),
- меньшая нагрузка (8,7%)
- самостоятельность в работе, принятии решений (6,5%),
- социальные льготы (4,3%),
- другое (8,7%).

Не видят преимуществ работы в медицинской организации района Саратовской области (по сравнению с медицинскими организациями г. Саратова) 43,7% респондентов. Не ответили на вопрос 13,0% респондентов (рисунок 35).



Рисунок 35 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Укажите преимущества работы в медицинской организации района Саратовской области (по сравнению с медицинскими организациями г. Саратова)» (%)

Респонденты полагают, что недостатками работы в медицинской организации района Саратовской области являются

- кадровый дефицит (49,1%),
- низкая зарплата (37,3%),
- недостаточная оснащённость оборудованием (20,8%),
- недостаточное финансирование медицинской организации (13,0%),
- другое (5,7%).

Нет недостатков в работе медицинских организаций районов Саратовской области по мнению 9,4% респондентов (рисунок 36).

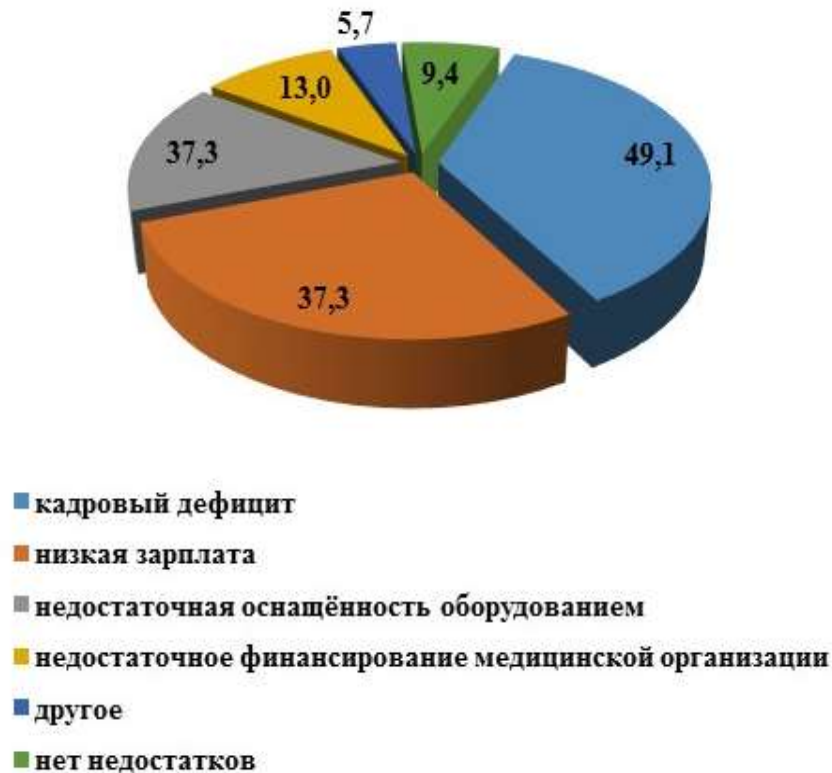


Рисунок 36 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Каковы недостатки работы в медицинской организации района Саратовской области» (%)

Несмотря на указанные недостатки проживания в районе и отсутствие преимуществ работы в сельском здравоохранении для большинства респондентов, 85% респондентов намерены продолжать работать в медицинских организациях районов Саратовской области. На их решение повлияли следующие обстоятельства:

- маленькая зарплата, пенсия (37,3%),
- постоянное место жительства (20,8%),
- работа (14,6%),
- семья (14,6%),
- привычка (13,0%),

- патриотизм (12,2%),
- хороший коллектив (7,3%),
- другое (14,6%).

Не ответили на вопрос 9,4% респондентов (рисунок 37).



Рисунок 37 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Какие факторы оказали влияние на Ваше решение продолжать работать в медицинских организациях районов Саратовской области» (%)

15% респондентов предполагают переехать либо в г. Саратов (37,5%), либо в другой регион России (62,5%) респондентов.

Современный социальный портрет врача сельского здравоохранения – это женщина – терапевт районной государственной медицинской организации в возрасте старше 45 лет, стаж работы по специальности более 20 лет, без квалификационной категории. Имеет семью из одного-двух человек с доходом 10-15 тыс. руб. на одного члена семьи, что позволяет

приобретать только самые необходимые вещи и продукты. Страдает хроническими заболеваниями. Существенными недостатками проживания в районе Саратовской области считает отсутствие развитой инфраструктуры и низкую зарплату, но будет продолжать работать в сельском здравоохранении. В планах на будущее – переезд в город, от которого воздерживается сейчас из-за наличия рядом живущих родственников и устроенного быта.

Таким образом, социальный портрет врачей районных медицинских организаций фиксирует основные возрастные, финансовые, социальные характеристики сельских жителей региона.

В России «сохраняются цифровое неравенство и значительные межрегиональные различия в использовании населением цифровых услуг» [29], наряду с хорошо оснащенными диагностическими центрами и стационарами слабая обеспеченность большинства государственных медицинских организаций, тем более в сельской местности [341].

В исследованиях признается многоуровневая сложность внедрения электронного здравоохранения. По мнению А. Crawford et al. [479], доступность в области цифрового здравоохранения «должно быть включено в подготовку специалистов здравоохранения и должно поддерживаться на индивидуальном, институциональном и социальном уровнях». Важные для внедрения факторы цифровизации здравоохранения были определены J. Ross et al. [501] на следующих уровнях: индивидуальная технология электронного здравоохранения, внешние условия, внутренние условия и медицинские кадры, а также процесс внедрения.

Для изучения мнения врачей о перспективах цифровизации медицины в сельском здравоохранении региона был проведено формализованное интервью «Риски цифровизации в сельской медицине региона» с участием 87 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области. Для проведения исследования был разработан опросник с закрытыми вопросами,

состоящий из общей и специальной частей. Некоторые вопросы предполагали несколько альтернативных ответов [121].

Большинство (88%) респондентов – женщины. Возраст 10% респондентов до 30 лет, 9% – 30-39 лет, 32% – 40-49 лет, 31% респондентов – 50-59 лет и 18% – 60 лет и старше. Средний возраст респондентов – 48 ± 2 года.

Из врачей клинических специальностей 10% респондентов работают терапевтами, 7% – педиатры, 6% – акушеры-гинекологи, 5% – хирурги.

Стаж работы по специальности 17% респондентов до 10 лет, 17% – 10-19 лет, 26% респондентов – 20-29 лет, 25% – 30-39 лет и 13% респондентов – 40 лет и более. Средний стаж работы по специальности – $24 \pm 2,6$ года.

Средний общий стаж работы – $27,5 \pm 2,6$ лет.

На должности главного врача и заместителя главного врача работают 1% респондентов, зав. отделением – 2% респондентов, 97% респондентов работают в должности врача. Средний стаж работы в занимаемой должности – $21,4 \pm 2,6$ года.

Высшую квалификационную категорию имеют 33% респондентов, первую – 4%, вторую – 6%. 57% респондентов не имеет квалификационную категорию.

В государственных медицинских организациях работают 98% врачей. 41% респондентов работают в стационаре и 59% – в поликлинике.

При анализе результатов интервью получены следующие результаты.

Всем респондентам, принимающим участие в исследовании, известно, что в рамках Национального проекта «Здравоохранение» осуществляется его цифровизация, включающая телемедицину.

Большинство (94%) респондентов предполагают, что с развитием телемедицины в регионе повысится доступность медицинской помощи для населения, однако 81% респондентов не считают, что телемедицина повысит качество медицинской помощи.

Не связывают решение проблем регионального здравоохранения с развитием телемедицины 6% респондентов, при этом 96% не предполагают использовать телемедицинские технологии для решения проблем сельского здравоохранения.

Лишь 27% респондентов использовали телемедицинские технологии в своей профессиональной деятельности.

Среди проблем сельского здравоохранения, которые респонденты хотели бы решать дистанционно, следующие:

- повышение доступности специализированной медицинской помощи (15% ответов),

- возможность консилиума с участием ведущих специалистов региона (22% ответов) и специалистов ведущих российских клиник (7% ответов) в случае сложных клинических ситуаций или отсутствия профильных специалистов в сельской медицинской организации,

- передача информации, связанной с деятельностью медицинской организации (74% ответов).

Среди барьеров в развитии телемедицины в сельском здравоохранении респонденты указали:

- увеличение нагрузки на врача (96% ответов),

- недостаточную техническую подготовку медицинского персонала (84% ответов),

- отсутствие непосредственного общения с пациентом (81% ответов),

- недоверие пациентов к дистанционным консультациям (74% ответов),

- отсутствие высокоскоростного канала Интернет-связи в медицинской организации и у пациентов (64% ответов),

- отсутствие юридического регулирования телемедицинской практики (32% ответов).

Большинство респондентов (92%) не поддержали возможность дистанционно поставить диагноз и назначить лечение пациенту, 98%

респондентов исключают повышение приверженности к лечению пациентов в условиях телемедицины.

Большинство (71%) респондентов готовы проводить консультации находящимся на лечении пациентов с помощью различных форм телемедицинских технологий, однако ни один из респондентов не считает возможным консультировать и назначать лечение первичным пациентам с помощью телемедицины.

Лишь 8% респондентов готовы с использованием телемедицинских технологий консультировать пациентов, которые хотят получить альтернативное мнение, хотя и лечатся у других врачей.

91% респондентов считают удобным отправлять результаты обследования пациентам с применением различных современных электронных средств связи и 17% респондентов считают положительным тот факт, что появилась официальная возможность выписки рецептов, справок в форме электронных документов. Однако 74% опрошенных не готовы контролировать состояние пациентов с помощью носимых гаджетов, официально зарегистрированных в качестве медицинских изделий.

98% респондентов считают, что медицинские услуги с применением цифровых технологий нецелесообразно организовывать исключительно на платной основе или в системе добровольного медицинского страхования. По мнению 54% респондентов, государство обязано предоставить возможность получения медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы госгарантий для обеспечения доступности МП для наиболее уязвимых групп населения.

Практически все респонденты высказали мнение о том, что включение телемедицинских технологий в систему ОМС вызовет сопротивление врачебного сообщества.

Все респонденты предполагают сокращение и оптимизацию медицинского персонала в связи с развитием телемедицины и возрастанием дополнительной нагрузки на врачей.

По мнению респондентов (100% ответов), с внедрением телемедицинских технологий возрастет риск врачебных ошибок, и пациенты не будут доверять дистанционным консультациям.

Все респонденты убеждены в необходимости изменения (уменьшения) норм труда и увеличения оплаты труда врачей, применяющих телемедицинские технологии.

Актуальная для сельского здравоохранения потребность в модернизации реализуется в создании основанной на современных информационных технологиях и способах администрирования инновационных IT-технологий здравоохранения, определяющих повышение доступности и качества медицинской помощи, более эффективную организацию деятельности медицинского персонала, внедрение инновационных методов лечения на отдаленных и сельских территориях [112]. Несмотря на «значительный потенциал электронного здравоохранения для предоставления экономически эффективной и качественной медицинской помощи» [507], «объективно медленный» процесс цифровизации здравоохранения [421] сочетается с индивидуальными барьерами, релевантными специалистам здравоохранения.

Индивидуальные барьеры включают «отношение к технологиям или отсутствие внутренней мотивации и знаний, негативное отношение к новым технологиям часто проистекает из отсутствия мотивации или, особенно в отношении ... низкой воспринимаемой полезности и доверия к технологиям в целом» [494].

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что опыт телемедицинских практик имеет лишь незначительная часть респондентов. При решении проблем сельского здравоохранения в качестве пользователей телемедицины респонденты имеют в виду медицинские организации и медицинский персонал. Большинство респондентов убеждено, что развитие телемедицины в региональном здравоохранении позволит повысить доступность медицинской помощи.

Очевидно негативное отношение респондентов к развитию телемедицины в сельском здравоохранении: большинство респондентов не предполагают использовать телемедицинские технологии; не поддержали расширение возможностей телемедицины, связанных с дистанционной диагностикой и назначением лечения пациенту; не готовы вести контроль состояния больного с использованием телемедицинских технологий.

Барьеры развития телемедицины, по мнению респондентов, относятся к неготовности врачей к использованию инновационных технологий в профессиональной деятельности, недоверию пациентов дистанционным консультациям и отсутствию необходимой инфраструктуры в сельских территориях региона.

Респонденты убеждены в сопротивлении врачебного сообщества принятию решения о включения телемедицинских технологий в систему ОМС.

Таким образом, риски цифровизации сельского здравоохранения связаны с неготовностью врачей к использованию инновационных технологий в профессиональной деятельности. Результаты исследования свидетельствуют о недостаточной подготовительной, технической и организационной составляющей в процессе цифровизации системы здравоохранения на уровне региона.

Резюме

В настоящее время в России действует комплекс современных нормативно–правовых актов, направленных на организацию, координацию и контроль оказания медицинской помощи сельскому населению. Реализуются социально-экономические преобразования, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи населению сельских территорий, преодоление негативных тенденций ресурсного обеспечения и устранение дефицита специалистов здравоохранения в первичной медико-санитарной помощи в сельском здравоохранении.

Несмотря на проводимые в стране реформы в здравоохранении, направленные на повышение доступности медицинской помощи сельскому населению, не преодолены негативные тенденции сельского здравоохранения: концентрация специализированной медицинской помощи в районных центрах, неэффективное использование коечного фонда, снижение показателей обеспеченности койками и средним медицинским персоналом, низкая доступность медицинской помощи. В 75% муниципальных районов, в которых проживает более 30% населения Саратовской области (638 тысяч человек), имеется ограничение доступности медицинской помощи.

Проведенный анализ степени взаимодействия врачей при оказании медицинской помощи сельскому населению в стационарных и поликлинических условиях свидетельствует о фрагментации сельской и региональной систем здравоохранения.

Несмотря на принятые в России и Саратовской области нормативно-правовые акты, направленные на повышение привлекательности сельского здравоохранения для молодых специалистов, в социальном портрете профессиональной группы врачей, релевантном сельскому здравоохранению Саратовской области, большинство (81,0%) респондентов старше 40 лет, врачи до 30 лет составляют 10%. Средний возраст респондентов – 48 ± 2 года. 88,0% респондентов – женщины. Средний общий стаж работы сельских врачей в здравоохранении – $27,5 \pm 2,6$ лет. Средний стаж работы по специальности составляет $24 \pm 2,6$ года.

У большинства (61,0%) респондентов «зарплаты хватает только на питание и самые необходимые вещи». Средний уровень дохода на каждого члена семьи респондентов составляет $14,6 \pm 1,7$ тыс. руб. в месяц.

10,0% врачей переехали в районы Саратовской области по программе «Земский доктор». Отмечены инфраструктурные ограничения проживания в районе Саратовской области: отсутствие развитой инфраструктуры (59,2%), плохие дороги (9,8%), удалённость от центра (5,9%). Однако 85% респондентов намерены продолжать работать в медицинских организациях

районов Саратовской области. Таким образом, социальный портрет врачей районных медицинских организаций фиксирует основные возрастные, финансовые, социальные характеристики сельских жителей региона.

Выявленные риски цифровизации сельского здравоохранения связаны с неготовностью врачей к использованию инновационных технологий в профессиональной деятельности.

ГЛАВА 6. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СТАТУС И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СЕЛЬСКОГО ВРАЧА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

6.1. Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения и основные тенденции оптимизации его уровня

Исследование качества жизни является «общепризнанным, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки здоровья и социального функционирования социальных групп населения» [328]. Академик РАН А.В. Решетников рассматривает качество жизни как «континуум вещественных, общественных, демографических и иных факторов жизни, степень их развития, который можно интерпретировать в виде субъективной оценки своей жизни» [328].

В современной социологической традиции категория «качество жизни» интерпретируется как

– «многоаспектная категория, «охватывающая эмоциональное, физическое, материальное, социальное благополучие, которое проецируется на индивидуальном и общественном уровнях» [407];

– «восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [554];

– «субъективное и многомерное понятие, включающее физические и профессиональные функции, психологическое состояние, социальное взаимодействие и соматический статус» [327];

– «многофакторная оценка функционирования индивида, включающую личностные особенности субъекта, индивидуальность и систему его взаимоотношений» [48].

Н.А. Шитова и соавт. [444] рассматривают две составляющие качества жизни как интегральной категории, включающей «качество населения и качество среды жизни». Существует «непосредственная связь качества жизни с удовлетворенностью жизнедеятельностью как в целом, так и ее отдельными элементами: условиями жизни, уровнем реализации различных потребностей – медицинских, образовательных и т. д.». В исследованиях [1, 81, 126, 135, 156, 198, 284, 344] обсуждается формирование качества жизни населения «в рамках определенного образа жизни», и зависимость «параметров его оценки ... от территориального уровня» [444].

Социально-экономические преимущества, территориальная удаленность, несоответствие городского и сельского образа жизни являются значимыми факторами, определяющими качество жизни [457, 486].

Качество жизни сельского населения «представляет собой сложную структуру взаимосвязей ее составляющих: качество экологической среды, здравоохранение, уровень образования и его доступность, социокультурный уровень и т.д.» [82]. В связи с тем, что «качество жизни сельского населения все в большей степени зависит от состояния развития инфраструктуры сельских территорий» [181], «ключевыми факторами качества жизни сельского населения следует считать тип населенного пункта, удаленность от крупных транспортных магистралей и от административных и экономических центров» [444].

Уровень и качество жизни сельского населения, показателем которого является ожидаемая продолжительность жизни при рождении «существенно отстают от уровня жизни в городах» [47]. В 2019 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении в городе составляла около 73,2 г., на сельских территориях – 71,4 г. [172].

В исследовании качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях районов Саратовской области, приняли участие 327

респондентов⁴. Оценка качества жизни респондентов проводилась с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 [208, 209, 315, 346, 416]. Результаты оценки показателей качества жизни респондентов по сферам и субсферам опросника представлены в таблице 26.

Таблица 26 – Средние значения показателей качества жизни респондентов⁵

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|---|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 12,74 | 0,75 | 12,00 | 11,00 | 14,00 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 12,29 | 0,92 | 12,00 | 10,00 | 14,00 |
| F3 «Сон и отдых» | 13,39 | 1,33 | 13,00 | 12,00 | 16,00 |
| F4 «Положительные эмоции» | 11,68 | 1,10 | 12,00 | 10,00 | 14,00 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 14,03 | 0,95 | 14,00 | 12,00 | 16,00 |
| F6 «Самооценка» | 13,74 | 0,74 | 14,00 | 12,00 | 15,00 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 13,45 | 0,93 | 14,00 | 12,00 | 16,00 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 13,23 | 0,90 | 14,00 | 12,00 | 15,00 |
| F9 «Подвижность» | 16,26 | 1,24 | 17,00 | 14,00 | 19,00 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 13,87 | 0,92 | 13,00 | 12,00 | 16,00 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 13,90 | 1,34 | 14,00 | 12,00 | 17,00 |
| F12 «Способность к работе» | 16,06 | 0,90 | 15,00 | 15,00 | 19,00 |
| F13 «Личные отношения» | 16,26 | 0,81 | 17,00 | 14,00 | 18,00 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 15,29 | 0,89 | 16,00 | 14,00 | 17,00 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 13,60 | 1,33 | 14,50 | 12,00 | 16,00 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 13,42 | 0,88 | 13,00 | 12,00 | 15,00 |

⁴ Социальный портрет респондентов представлен в главе 5.

⁵ В качестве среднего показателя выбрана групповая медиана.

ДИ – доверительный интервал. $ДИ = t \cdot SE$, t – коэффициент Стьюдента ($p = 0.05$), SE – стандартная ошибка среднего.

В таблице 26 приведены данные в форме «среднее арифметическое \pm доверительный интервал», при сравнении же средних по критерию Манна-Уитни использовались медианы.

Продолжение Таблица 26

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|--|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F17 «Окружающая среда дома» | 14,19 | 1,22 | 14,00 | 12,00 | 17,00 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 10,19 | 1,20 | 10,00 | 8,00 | 13,00 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 12,71 | 1,08 | 13,00 | 11,00 | 14,00 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 14,97 | 1,00 | 15,00 | 14,00 | 16,00 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 12,32 | 0,89 | 12,00 | 10,00 | 14,00 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 14,13 | 0,74 | 14,00 | 12,00 | 16,00 |
| F23 «Транспорт» | 14,10 | 1,55 | 15,00 | 11,00 | 18,00 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 14,16 | 0,97 | 15,00 | 12,00 | 16,00 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 13,19 | 1,02 | 13,00 | 11,00 | 15,00 |
| «Физическая» сфера | 12,81 | 0,86 | 13,00 | 11,00 | 14,00 |
| «Психологическая» сфера | 13,23 | 0,75 | 13,00 | 12,00 | 14,60 |
| сфера «Уровень независимости» | 15,02 | 0,79 | 15,50 | 13,50 | 16,25 |
| сфера «Социальные отношения» | 15,10 | 0,79 | 15,67 | 13,67 | 16,67 |
| сфера «Окружающая среда» | 13,25 | 0,73 | 13,50 | 11,63 | 14,75 |
| «Духовная» сфера» | 14,16 | 0,97 | 15,00 | 12,00 | 16,00 |
| Общий балл | 83,57 | 3,43 | 85,72 | 75,63 | 90,50 |

Наименьшие значения средних показателей качества жизни респондентов зафиксированы в «Физической» сфере ($12,81 \pm 0,86$), субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт» ($12,74 \pm 0,75$), F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ($12,29 \pm 0,92$); F4 «Положительные эмоции» ($11,68 \pm 1,10$), F18 «Финансовые ресурсы» ($10,19 \pm 1,20$), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ($12,71 \pm 1,08$), F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» ($12,32 \pm 0,89$).

Максимальное снижение показателя качества жизни респондентов в субсфере F18 «Финансовые ресурсы» находит подтверждение в исследовании Е.П. Ковалева [164], в котором снижение качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях Саратовской области рассматривается как «социально детерминированное и обусловленное в основном ... финансовыми депривациями».

Наибольшие значения средних показателей качества жизни респондентов установлены в субсферах: F9 «Подвижность» ($16,26 \pm 1,24$), F12 «Способность к работе» ($16,06 \pm 0,90$) и F13 «Личные отношения» ($16,26 \pm 0,81$).

В исследовании не установлено достоверных гендерных и возрастных различий качества жизни респондентов.

Исследование качества жизни врачей сельских медицинских организаций включало оценку влияния финансовых деприваций на качество жизни врачей [57, 153, 335]. Предположение о влиянии на качество жизни степени деприваций в исследовании не подтвердилось.

В исследовании проведен компаративный анализ⁶ качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях региона и районов Саратовской области (таблица 27).

Таблица 27 – Средние показатели качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях региона и районов Саратовской области

| Сферы, субсферы | В региональном здравоохранении n=594 | В сельском здравоохранении n=327 | p |
|---|---|---|----------|
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 14,00 | 12,00 | 0,025 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 13,00 | 12,00 | 0,022 |
| F3 «Сон и отдых» | 16,00 | 13,00 | 0,046 |
| F4 «Положительные эмоции» | 13,00 | 12,00 | 0,037 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 16,00 | 14,00 | 0,005 |
| F6 «Самооценка» | 16,00 | 14,00 | 0,001 |

⁶ Сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни

Продолжение Таблицы 27

| Сферы, субсферы | В региональном здравоохранении n=594 | В сельском здравоохранении n=327 | p |
|--|---|-------------------------------------|-------|
| F7 «Образ тела и внешность» | 15,00 | 14,00 | 0,011 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 15,00 | 14,00 | 0,025 |
| F9 «Подвижность» | 17,00 | 17,00 | 0,418 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 16,00 | 13,00 | 0,006 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 16,00 | 14,00 | 0,042 |
| F12 «Способность к работе» | 18,00 | 15,00 | 0,012 |
| F13 «Личные отношения» | 17,00 | 17,00 | 0,561 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 16,00 | 16,00 | 0,387 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 15,00 | 14,50 | 0,153 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 14,00 | 13,00 | 0,270 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 15,00 | 14,00 | 0,203 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 12,00 | 10,00 | 0,201 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 13,00 | 13,00 | 0,404 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 16,00 | 15,00 | 0,410 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 14,00 | 12,00 | 0,002 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 14,00 | 14,00 | 0,684 |
| F23 «Транспорт» | 15,50 | 15,00 | 0,682 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 16,00 | 15,00 | 0,125 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 15,00 | 13,00 | 0,007 |
| «Физическая» сфера | 14,17 | 13,00 | 0,014 |
| «Психологическая» сфера | 14,70 | 13,00 | 0,001 |
| сфера «Уровень независимости» | 16,50 | 15,50 | 0,015 |
| сфера «Социальные отношения» | 15,67 | 15,67 | 0,234 |
| сфера «Окружающая среда» | 14,00 | 13,50 | 0,161 |
| «Духовная» сфера | 16,00 | 15,00 | 0,125 |
| Общий балл | 90,15 | 85,72 | 0,010 |

При компаративном анализе установлено профессионально и социально детерминированное снижение показателей качества жизни врачей, работающих в медицинских организациях районов Саратовской области, во всех сферах и субсферах опросника ВОЗ КЖ-100 (рисунок 38). Статистически значимые ($p < 0,01$) различия средних показателей качества

жизни респондентов установлены в сферах: G «Общее качество жизни и состояние здоровья», «Физическая» и «Уровень независимости», в субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт», F2 «Жизненная активность, энергия и усталость», F4 «Положительные эмоции», F7 «Образ тела и внешность», F8 «Отрицательные эмоции», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе».

Статистически значимые ($p < 0,05$) различия средних показателей качества жизни респондентов установлены в «Психологической» сфере, в субсферах; F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация», F6 «Самооценка», F10 «Способность выполнять повседневные дела», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование». Результаты проведенного исследования доказывают влияние на качество жизни врачей сельского здравоохранения региона их профессиональной деятельности и условий проживания на сельской территории.

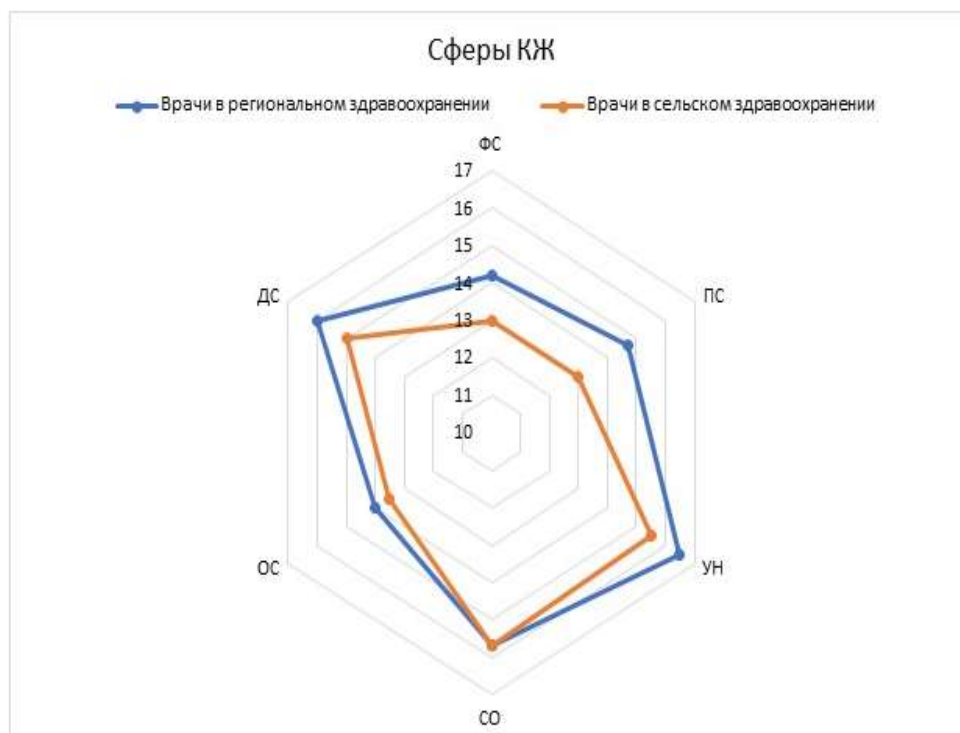


Рисунок 38 – Показатели качества жизни врачей региона и сельского здравоохранения⁷

⁷ ФС – «Физическая» сфера, ПС – «Психологическая» сфера, УН – сфера «Уровень независимости», СО – сфера «Социальные отношения», ОС – сфера «Окружающая среда», ДС – «Духовная» сфера.

6.2. Современные факторы (экономические, профессиональные, психологические и этические), влияющие на статусную позицию и престиж профессии сельского врача

Контент и особенности профессиональной деятельности врачей разных специализаций формируют профессиональный стресс [192, 463] как «экзистенциальный и общепрофессиональный феномен у представителей «хелперских» профессий» [229]. Профессиональный стресс может проявляться в форме эмоционального выгорания, а также в разнообразных маскированных, либо соматических вариантах [118, 331].

Эмоциональное выгорание – «опасность, связанная с работой в «хелперовских» профессиях» – феномен, распространенный среди врачей во всем мире, точные показатели которого варьируют в зависимости от страны, медицинской специальности, места практики, пола и стадии карьеры [533]. Среди причин выгорания указываются завышенные эмоциональные и физические нагрузки при решении повседневных и профессиональных проблем [102]. Выгорание могут инициировать личностные характеристики (перфекционизм), медицинской профессии (тенденция игнорировать дистресс) и организаций здравоохранения (изменение условий профессиональной деятельности, низкое качество жизни) [533].

Выгорание, характеризующееся различной степенью эмоционального истощения, деперсонализации или цинизма по отношению к пациентам, коллегам и работе, а также чувство профессиональной неэффективности [538, 558, 592] и маргинального поведения [56, 204, 367]. Выгорание имеет потенциально серьезные профессиональные и личностные последствия, влияющие на развитие и снижение ряда профессиональных качеств (например, честность, порядочность, альтруизм и саморегуляция). По мнению R.T. Lee и соавт. [478], особое внимание, которое уделено в

исследованиях по выгоранию, связано с его распространённостью и влиянием на индивидуальное здоровье и профессиональную эффективность врачей.

В исследовании А.Д. Доники и соавт. [102] отмечена широкая распространённость среди врачей субклинических форм тревожных состояний, которые, по мнению авторов, могут быть расценены как объективные показатели проявления профессионального стресса врачей, свидетельствующие о значимости социальных факторов в этиологии профессионального стресса.

В исследованиях [6, 22, 113, 139, 154, 155, 274, 381, 394, 555, 579] рассматривается влияние условий профессиональной деятельности, профессионального стресса на качества жизни врачей.

В исследовании R.T. Lee et al. [478] профилактика выгорания определяется минимизацией организационных и индивидуальных факторов риска:

- «изменение организационной структуры и рабочих процессов»,
- повышение профессионального уровня врачей «посредством программ профессионального развития, улучшения адаптации к профессиональной среде»,
- «влияния на индивидуальном уровне для уменьшения стресса».

Профилактика выгорания все чаще определяется как вовлеченность в профессиональную деятельность [594].

В исследовании «Оценка влияния эмоционального выгорания на качество жизни врачей», приняли участие 327 врачей, работающих в сельских медицинских организациях Саратовской области⁸. Исследование проводилось с использованием опросника «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко, основанного на «динамической модели выгорания и описывающего 3 фазы развития синдрома выгорания и характерные для них

⁸ Социальный портрет респондентов представлен в главе 5.

симптомы» [199]. Распределение респондентов по фазам эмоционального выгорания⁹ представлено в таблице 28 и рисунке 39.

Таблица 28 – Распределение респондентов по фазам эмоционального выгорания

| Фаза | Частота | % |
|---------------|---------|------|
| Нет выгорания | 66 | 20,2 |
| Напряжение | 13 | 4,0 |
| Резистенция | 75 | 22,9 |
| Истощение | 173 | 52,9 |



Рисунок 39 – Распределение респондентов по фазам эмоционального выгорания (%)

В таблице 29 представлены средние показатели качества жизни респондентов с отсутствием эмоционального выгорания.

⁹ Приписываем респонденту самую «высокую» имеющуюся у него фазу, находящуюся в стадии формирования или сформировавшуюся. Если все фазы «не сформировались», считаем, что выгорания нет.

Таблица 29 – Средние показатели качества жизни респондентов с отсутствием эмоционального выгорания

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|--|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 14,39 | 0,93 | 15,00 | 12,00 | 17,00 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 14,45 | 0,77 | 14,00 | 13,00 | 16,00 |
| F3 «Сон и отдых» | 15,61 | 1,21 | 16,00 | 12,50 | 18,50 |
| F4 «Положительные эмоции» | 13,48 | 0,93 | 13,00 | 12,00 | 15,50 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 15,55 | 0,87 | 16,00 | 15,00 | 17,00 |
| F6 «Самооценка» | 15,67 | 0,78 | 16,00 | 14,00 | 17,00 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 15,41 | 1,08 | 16,00 | 12,25 | 18,00 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 15,09 | 0,93 | 15,00 | 13,50 | 17,00 |
| F9 «Подвижность» | 17,06 | 1,04 | 18,00 | 14,50 | 20,00 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 15,85 | 0,87 | 16,00 | 13,50 | 18,00 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 16,33 | 1,21 | 17,00 | 13,50 | 20,00 |
| F12 «Способность к работе» | 17,76 | 0,81 | 19,00 | 16,00 | 20,00 |
| F13 «Личные отношения» | 17,09 | 0,74 | 17,00 | 16,00 | 19,00 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 16,76 | 0,75 | 16,00 | 15,00 | 19,00 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 15,30 | 1,21 | 16,00 | 12,75 | 18,00 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 14,52 | 0,84 | 14,00 | 13,00 | 15,50 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 15,33 | 0,94 | 16,00 | 13,00 | 17,50 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 11,85 | 0,92 | 12,00 | 10,00 | 13,50 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 13,85 | 0,95 | 15,00 | 12,00 | 15,00 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 16,12 | 0,80 | 16,00 | 14,50 | 18,00 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 14,82 | 1,04 | 15,00 | 13,00 | 17,50 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 14,84 | 0,72 | 15,00 | 13,00 | 16,00 |
| F23 «Транспорт» | 15,56 | 1,18 | 16,00 | 13,25 | 18,00 |

Продолжение Таблицы 29

| | | | | | |
|---|-------|------|-------|-------|--------|
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 15,24 | 0,75 | 16,00 | 13,00 | 17,00 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 15,24 | 1,03 | 16,00 | 13,00 | 17,00 |
| «Физическая» сфера | 14,82 | 0,83 | 15,33 | 12,50 | 16,33 |
| «Психологическая» сфера | 15,03 | 0,77 | 14,80 | 13,78 | 16,30 |
| сфера «Уровень независимости» | 16,75 | 0,77 | 17,25 | 15,00 | 18,75 |
| сфера «Социальные отношения» | 16,41 | 0,77 | 16,67 | 15,00 | 18,50 |
| сфера «Окружающая среда» | 14,59 | 0,71 | 14,13 | 13,06 | 16,06 |
| «Духовная» сфера» | 15,24 | 0,75 | 16,00 | 13,00 | 17,00 |
| Общий балл | 92,85 | 3,87 | 93,29 | 84,60 | 101,25 |

В таблице 30 представлены средние показатели качества жизни респондентов в фазе выгорания «Напряжение»

Таблица 30 – Средние показатели качества жизни респондентов в фазе выгорания «Напряжение»

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (±) | Медиана | Квартили | |
|---|--|----------------------------|---------|----------|-----|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 11,67 | 2,61 | 13,00 | 9,00 | . |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 11,67 | 3,64 | 13,00 | 8,00 | . |
| F3 «Сон и отдых» | 8,67 | 4,28 | 7,00 | 6,00 | . |
| F4 «Положительные эмоции» | 14,00 | 2,26 | 14,00 | 12,00 | . |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 14,00 | 2,26 | 14,00 | 12,00 | . |
| F6 «Самооценка» | 15,00 | 1,13 | 15,00 | 14,00 | . |
| F7 «Образ тела и внешность» | 11,67 | 0,65 | 12,00 | 11,00 | . |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 12,67 | 1,31 | 12,00 | 12,00 | . |
| F9 «Подвижность» | 16,67 | 3,64 | 18,00 | 13,00 | . |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 13,00 | 1,13 | 13,00 | 12,00 | . |

Продолжение Таблицы 30

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|--|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 11,67 | 4,57 | 14,00 | 7,00 | . |
| F12 «Способность к работе» | 17,67 | 0,65 | 18,00 | 17,00 | . |
| F13 «Личные отношения» | 16,67 | 2,36 | 16,00 | 15,00 | . |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 14,33 | 2,36 | 15,00 | 12,00 | . |
| F15 «Сексуальные отношения» | 14,67 | 0,65 | 15,00 | 14,00 | . |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 12,00 | 0,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 14,00 | 4,93 | 12,00 | 11,00 | . |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 10,67 | 1,73 | 11,00 | 9,00 | . |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 11,33 | 0,65 | 11,00 | 11,00 | . |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 14,67 | 1,73 | 15,00 | 13,00 | . |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 13,00 | 1,13 | 13,00 | 12,00 | . |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 12,33 | 1,31 | 13,00 | 11,00 | . |
| F23 «Транспорт» | 13,67 | 3,27 | 12,00 | 12,00 | . |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 15,00 | 2,26 | 15,00 | 13,00 | . |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 13,67 | 2,36 | 13,00 | 12,00 | . |
| «Физическая» сфера | 10,67 | 3,02 | 10,67 | 8,00 | . |
| «Психологическая» сфера | 13,47 | 0,91 | 13,60 | 12,60 | . |
| сфера «Уровень независимости» | 14,75 | 1,41 | 14,75 | 13,50 | |
| сфера «Социальные отношения» | 15,22 | 1,15 | 15,00 | 14,33 | |
| сфера «Окружающая среда» | 12,71 | 0,57 | 12,63 | 12,25 | |
| «Духовная» сфера» | 15,00 | 2,26 | 15,00 | 13,00 | |
| Общий балл | 81,81 | 4,22 | 81,87 | 78,06 | |

В таблице 31 представлены средние показатели качества жизни респондентов в фазе выгорания «Резистенция»

Таблица 31 – Средние показатели качества жизни респондентов в фазе выгорания «Резистенция»

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|--|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 13,22 | 1,07 | 12,00 | 11,00 | 15,00 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 13,18 | 0,81 | 13,00 | 12,00 | 14,75 |
| F3 «Сон и отдых» | 14,43 | 1,25 | 15,00 | 12,25 | 16,00 |
| F4 «Положительные эмоции» | 11,96 | 1,23 | 12,00 | 10,00 | 13,75 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 14,29 | 1,00 | 15,00 | 13,00 | 16,00 |
| F6 «Самооценка» | 14,36 | 0,97 | 15,00 | 12,00 | 16,00 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 14,04 | 1,15 | 14,00 | 12,00 | 16,00 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 13,79 | 1,16 | 14,00 | 12,00 | 16,00 |
| F9 «Подвижность» | 16,14 | 1,03 | 16,00 | 14,00 | 18,75 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 14,21 | 0,83 | 14,00 | 13,00 | 15,00 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 14,79 | 1,35 | 15,00 | 12,00 | 18,00 |
| F12 «Способность к работе» | 16,29 | 0,92 | 16,00 | 15,00 | 18,75 |
| F13 «Личные отношения» | 15,89 | 0,86 | 16,00 | 14,00 | 18,00 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 14,61 | 0,94 | 14,50 | 13,00 | 16,00 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 13,96 | 1,51 | 14,00 | 12,00 | 16,75 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 13,68 | 1,04 | 13,50 | 12,00 | 14,00 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 13,54 | 1,37 | 14,50 | 11,00 | 15,75 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 9,71 | 1,25 | 10,00 | 6,50 | 12,00 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 11,88 | 1,08 | 12,50 | 10,00 | 14,25 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 13,96 | 0,86 | 14,00 | 12,25 | 15,00 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 12,32 | 1,00 | 12,00 | 10,00 | 14,00 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 14,00 | 0,99 | 14,00 | 12,00 | 16,00 |
| F23 «Транспорт» | 13,86 | 1,70 | 14,00 | 9,25 | 18,00 |

Продолжение Таблицы 31

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|---|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 13,93 | 1,01 | 13,50 | 12,00 | 16,00 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 13,21 | 1,05 | 13,50 | 11,00 | 15,00 |
| «Физическая» сфера | 13,66 | 0,87 | 13,33 | 11,92 | 14,67 |
| «Психологическая» сфера | 13,69 | 0,86 | 13,60 | 12,05 | 15,40 |
| сфера «Уровень независимости» | 15,36 | 0,75 | 15,25 | 14,00 | 16,94 |
| сфера «Социальные отношения» | 14,88 | 0,87 | 14,67 | 13,08 | 16,63 |
| сфера «Окружающая среда» | 12,91 | 0,88 | 12,94 | 11,06 | 14,59 |
| «Духовная» сфера» | 13,93 | 1,01 | 13,50 | 12,00 | 16,00 |
| Общий балл | 84,42 | 4,21 | 80,38 | 77,87 | 91,65 |

В таблице 32 представлены средние показатели качества жизни респондентов в фазе выгорания «Истощение».

Таблица 32 – Средние показатели качества жизни респондентов в фазе выгорания «Истощение»

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|---|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 11,76 | 1,21 | 12,00 | 10,50 | 13,50 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 12,24 | 1,00 | 12,00 | 10,50 | 14,00 |
| F3 «Сон и отдых» | 12,06 | 1,42 | 12,00 | 9,50 | 14,00 |
| F4 «Положительные эмоции» | 13,00 | 1,28 | 13,00 | 11,50 | 15,00 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 14,65 | 0,98 | 15,00 | 14,00 | 16,00 |
| F6 «Самооценка» | 15,00 | 1,05 | 16,00 | 13,50 | 16,00 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 14,41 | 1,45 | 14,00 | 11,50 | 17,50 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 12,88 | 1,97 | 12,00 | 9,00 | 17,00 |

Продолжение Таблицы 32

| Сферы, субсферы | Средние значения показателей опросника | Доверительный интервал (\pm) | Медиана | Квартили | |
|--|--|----------------------------------|---------|----------|-------|
| | | | | 1-й | 3-й |
| F9 «Подвижность» | 15,88 | 1,11 | 15,00 | 14,00 | 17,50 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 15,00 | 0,98 | 15,00 | 13,50 | 17,00 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 13,59 | 2,05 | 13,00 | 11,50 | 17,00 |
| F12 «Способность к работе» | 16,53 | 1,10 | 16,00 | 15,00 | 19,00 |
| F13 «Личные отношения» | 16,88 | 1,02 | 17,00 | 16,00 | 18,00 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 15,94 | 1,08 | 16,00 | 14,00 | 17,50 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 14,75 | 1,74 | 16,50 | 11,25 | 17,00 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 13,12 | 1,22 | 13,00 | 11,00 | 14,50 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 15,56 | 1,44 | 15,50 | 14,00 | 18,50 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 11,06 | 1,79 | 12,00 | 9,25 | 13,75 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 13,06 | 1,21 | 14,00 | 11,50 | 15,00 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 15,59 | 0,77 | 16,00 | 14,50 | 16,50 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 12,88 | 0,92 | 13,00 | 11,50 | 14,00 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 13,81 | 1,03 | 13,00 | 12,25 | 15,75 |
| F23 «Транспорт» | 13,56 | 2,48 | 15,00 | 8,00 | 18,00 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 14,71 | 0,89 | 15,00 | 13,00 | 16,00 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 14,47 | 1,30 | 15,00 | 13,00 | 16,00 |
| «Физическая» сфера | 12,02 | 1,03 | 12,00 | 10,67 | 13,83 |
| «Психологическая» сфера | 13,99 | 0,90 | 13,80 | 12,80 | 15,50 |
| сфера «Уровень независимости» | 15,25 | 0,88 | 15,00 | 14,13 | 16,88 |
| сфера «Социальные отношения» | 15,91 | 0,75 | 16,00 | 14,33 | 17,58 |
| сфера «Окружающая среда» | 13,60 | 0,73 | 13,75 | 12,50 | 14,63 |
| «Духовная» сфера» | 14,71 | 0,89 | 15,00 | 13,00 | 16,00 |
| Общий балл | 84,91 | 3,24 | 85,40 | 81,33 | 88,23 |

В таблице 33 представлены результаты исследования качества жизни респондентов с отсутствием выгорания и фазой выгорания «Напряжение» (сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни).

Таблица 33 – Средние показатели качества жизни респондентов с отсутствием выгорания и фазой выгорания «Напряжение»

| Сферы, субсферы | Нет выгорания | Напряжение | КМУ |
|--|----------------------|-------------------|------------|
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 15,00 | 13,00 | ,193 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 14,00 | 13,00 | ,118 |
| F3 «Сон и отдых» | 16,00 | 7,00* | ,018 |
| F4 «Положительные эмоции» | 13,00 | 14,00 | ,664 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 16,00 | 14,00 | ,169 |
| F6 «Самооценка» | 16,00 | 15,00 | ,384 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 16,00 | 12,00* | ,041 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 15,00 | 12,00 | ,083 |
| F9 «Подвижность» | 18,00 | 18,00 | ,557 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 16,00 | 13,00 | ,053 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 17,00 | 14,00 | ,060 |
| F12 «Способность к работе» | 19,00 | 18,00 | ,521 |
| F13 «Личные отношения» | 17,00 | 16,00 | ,562 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 16,00 | 15,00 | ,117 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 16,00 | 15,00 | ,615 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 14,00 | 12,00* | ,030 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 16,00 | 12,00 | ,471 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 12,00 | 11,00 | ,471 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 15,00 | 11,00* | ,038 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 16,00 | 15,00 | ,271 |

Продолжение Таблицы 33

| Сферы, субсферы | Нет выгорания | Напряжение | КМУ |
|---|---------------|------------|------|
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 15,00 | 13,00 | ,227 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 15,00 | 13,00 | ,053 |
| F23 «Транспорт» | 16,00 | 12,00 | ,372 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 16,00 | 15,00 | ,885 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 16,00 | 13,00 | ,297 |
| «Физическая» сфера | 15,33 | 10,67* | ,027 |
| «Психологическая» сфера | 14,80 | 13,60 | ,102 |
| сфера «Уровень независимости» | 17,25 | 14,75 | ,129 |
| сфера «Социальные отношения» | 16,67 | 15,00 | ,239 |
| сфера «Окружающая среда» | 14,13 | 12,63 | ,097 |
| «Духовная» сфера» | 16,00 | 15,00 | ,885 |
| Общий балл | 93,29 | 81,87 | ,071 |

* $p < 0.05$

Установлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) средних показателей качества жизни респондентов из групп с отсутствием выгорания и фазой «Напряжение» в субсферах F3 «Сон и отдых», F7 «Образ тела и внешность», F16 «Физическая безопасность и защищённость», F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» и релевантной здоровью «Физической» сфере.

В таблице 34 представлены результаты исследования средних показателей качества жизни респондентов с отсутствием выгорания и фазой выгорания «Резистенция» (сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни).

Таблица 34 – Средние показатели качества жизни респондентов с отсутствием выгорания и фазой выгорания «Резистенция»

| Сферы, субсферы | Нет выгорания | Резистенция | КМУ |
|--|---------------|-------------|------|
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 15,00 | 12,00 | ,066 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 14,00 | 13,00* | ,018 |
| F3 «Сон и отдых» | 16,00 | 15,00 | ,103 |
| F4 «Положительные эмоции» | 13,00 | 12,00 | ,056 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 16,00 | 15,00* | ,026 |
| F6 «Самооценка» | 16,00 | 15,00* | ,040 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 16,00 | 14,00 | ,101 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 15,00 | 14,00 | ,098 |
| F9 «Подвижность» | 18,00 | 16,00 | ,163 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 16,00 | 14,00* | ,011 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 17,00 | 15,00 | ,071 |
| F12 «Способность к работе» | 19,00 | 16,00* | ,012 |
| F13 «Личные отношения» | 17,00 | 16,00 | ,058 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 16,00 | 14,50** | ,001 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 16,00 | 14,00 | ,205 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 14,00 | 13,50 | ,075 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 16,00 | 14,50* | ,044 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 12,00 | 10,00* | ,012 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 15,00 | 12,50* | ,013 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 16,00 | 14,00** | ,001 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 15,00 | 12,00** | ,002 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 15,00 | 14,00 | ,203 |
| F23 «Транспорт» | 16,00 | 14,00 | ,162 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 16,00 | 13,50* | ,039 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 16,00 | 13,50** | ,006 |
| «Физическая» сфера | 15,33 | 13,33 | ,060 |
| «Психологическая» сфера | 14,80 | 13,60* | ,012 |
| сфера «Уровень независимости» | 17,25 | 15,25* | ,016 |
| сфера «Социальные отношения» | 16,67 | 14,67* | ,015 |
| сфера «Окружающая среда» | 14,13 | 12,94** | ,005 |
| «Духовная» сфера» | 16,00 | 13,50* | ,039 |
| Общий балл | 93,29 | 80,38** | ,007 |

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Установлены статистически достоверные различия средних показателей качества жизни респондентов из групп «Нет выгорания» и «Резистенция» в субсферах F2 «Жизненная активность, энергия и усталость», F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация», F6 «Самооценка», F10 «Способность выполнять повседневные дела», F12 «Способность к работе», F17 «Окружающая среда дома», F18 «Финансовые ресурсы», F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», F24 «Духовность/религия/личные убеждения», сферах «Психологическая», «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Духовная» сфера» ($p < 0,05$); в субсферах F14 «Практическая социальная поддержка», F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», G «Общее качество жизни и состояние здоровья», сфере «Окружающая среда» и показателе «Общий балл» ($p < 0,01$).

В таблице 35 представлены результаты исследования средних показателей качества жизни респондентов с отсутствием выгорания и фазой выгорания «Истощение» (сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни).

Таблица 35 – Средние показатели качества жизни респондентов с отсутствием выгорания и фазой выгорания «Истощение»

| Сферы, субсферы | Нет выгорания | Истощение | КМУ |
|---|---------------|-----------|------|
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 15,00 | 12,00** | ,005 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 14,00 | 12,00** | ,002 |
| F3 «Сон и отдых» | 16,00 | 12,00** | ,001 |
| F4 «Положительные эмоции» | 13,00 | 13,00 | ,861 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 16,00 | 15,00 | ,072 |
| F6 «Самооценка» | 16,00 | 16,00 | ,322 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 16,00 | 14,00 | ,282 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 15,00 | 12,00 | ,061 |
| F9 «Подвижность» | 18,00 | 15,00 | ,145 |

Продолжение Таблицы 35

| Сферы, субсферы | Нет выгорания | Истощение | КМУ |
|--|---------------|-----------|------|
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 16,00 | 15,00 | ,247 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 17,00 | 13,00* | ,026 |
| F12 «Способность к работе» | 19,00 | 16,00* | ,049 |
| F13 «Личные отношения» | 17,00 | 17,00 | ,732 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 16,00 | 16,00 | ,356 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 16,00 | 16,50 | ,610 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 14,00 | 13,00* | ,042 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 16,00 | 15,50 | ,805 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 12,00 | 12,00 | ,756 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 15,00 | 14,00 | ,465 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 16,00 | 16,00 | ,526 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 15,00 | 13,00* | ,024 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 15,00 | 13,00 | ,133 |
| F23 «Транспорт» | 16,00 | 15,00 | ,248 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 16,00 | 15,00 | ,389 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 16,00 | 15,00 | ,315 |
| «Физическая» сфера | 15,33 | 12,00** | ,000 |
| «Психологическая» сфера | 14,80 | 13,80 | ,085 |
| сфера «Уровень независимости» | 17,25 | 15,00* | ,028 |
| сфера «Социальные отношения» | 16,67 | 16,00 | ,466 |
| сфера «Окружающая среда» | 14,13 | 13,75 | ,090 |
| «Духовная» сфера» | 16,00 | 15,00 | ,389 |
| Общий балл | 93,29 | 85,40* | ,013 |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Установлены статистически достоверные различия средних показателей качества жизни респондентов из групп «Нет выгорания» и «Истощение» в субсферах F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе», F16 «Физическая безопасность и защищённость», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», сфере «Уровень независимости» и показателе «Общий балл» ($p < 0,05$); в субсферах

F1 «Физическая боль и дискомфорт», F2 «Жизненная активность, энергия и усталость», F3 «Сон и отдых», F14 «Практическая социальная поддержка», F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», G «Общее качество жизни и состояние здоровья», сфере «Физическая» ($p < 0,01$).

В таблице 36 представлены результаты исследования средних показателей качества жизни респондентов с фазами выгорания «Напряжение» и «Резистенция» (сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни).

Таблица 36 – Средние показатели качества жизни респондентов с фазами выгорания «Напряжение» и «Резистенция»

| Сферы, субсферы | Напряжение | Резистенция | КМУ |
|---|------------|-------------|------|
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 13,00 | 12,00 | ,575 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 13,00 | 13,00 | ,566 |
| F3 «Сон и отдых» | 7,00 | 15,00* | ,024 |
| F4 «Положительные эмоции» | 14,00 | 12,00 | ,227 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 14,00 | 15,00 | ,735 |
| F6 «Самооценка» | 15,00 | 15,00 | ,787 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 12,00 | 14,00 | ,113 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 12,00 | 14,00 | ,397 |
| F9 «Подвижность» | 18,00 | 16,00 | ,814 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 13,00 | 14,00 | ,263 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 14,00 | 15,00 | ,214 |
| F12 «Способность к работе» | 18,00 | 16,00 | ,398 |
| F13 «Личные отношения» | 16,00 | 16,00 | ,637 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 15,00 | 14,50 | ,973 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 15,00 | 14,00 | ,816 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 12,00 | 13,50 | ,354 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 12,00 | 14,50 | ,946 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 11,00 | 10,00 | ,567 |

Продолжение Таблицы 36

| Сферы, субсферы | Напряжение | Резистенция | КМУ |
|--|------------|-------------|------|
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 11,00 | 12,50 | ,447 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 15,00 | 14,00 | ,540 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 13,00 | 12,00 | ,479 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 13,00 | 14,00 | ,296 |
| F23 «Транспорт» | 12,00 | 14,00 | ,737 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 15,00 | 13,50 | ,416 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 13,00 | 13,50 | ,814 |
| «Физическая» сфера | 10,67 | 13,33 | ,087 |
| «Психологическая» сфера | 13,60 | 13,60 | ,893 |
| сфера «Уровень независимости» | 14,75 | 15,25 | ,639 |
| сфера «Социальные отношения» | 15,00 | 14,67 | ,789 |
| сфера «Окружающая среда» | 12,63 | 12,94 | ,841 |
| «Духовная» сфера» | 15,00 | 13,50 | ,416 |
| Общий балл | 81,87 | 80,38 | ,789 |

* $p < 0,05$

Установлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) средних показателей качества жизни респондентов с фазами выгорания «Напряжение» и «Резистенция» в субсфере F3 «Сон и отдых».

В таблице 37 представлены результаты исследования сравнительного анализа показателей качества жизни респондентов с фазами выгорания «Напряжение» и «Истощение» (сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни).

Таблица 37 – Средние показатели качества жизни респондентов с фазами выгорания «Напряжение» и «Истощение»

| Сферы, субсферы | Напряжение | Истощение | КМУ |
|--|------------|-----------|-------|
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 13,00 | 12,00 | ,957 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 13,00 | 12,00 | ,872 |
| F3 «Сон и отдых» | 7,00 | 12,00 | ,099 |
| F4 «Положительные эмоции» | 14,00 | 13,00 | ,593 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 14,00 | 15,00 | ,481 |
| F6 «Самооценка» | 15,00 | 16,00 | ,701 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 12,00 | 14,00 | ,135 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 12,00 | 12,00 | 1,000 |
| F9 «Подвижность» | 18,00 | 15,00 | ,708 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 13,00 | 15,00 | ,109 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 14,00 | 13,00 | ,558 |
| F12 «Способность к работе» | 18,00 | 16,00 | ,422 |
| F13 «Личные отношения» | 16,00 | 17,00 | ,667 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 15,00 | 16,00 | ,180 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 15,00 | 16,50 | ,362 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 12,00 | 13,00 | ,518 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 12,00 | 15,50 | ,429 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 11,00 | 12,00 | ,536 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 11,00 | 14,00 | ,148 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 15,00 | 16,00 | ,297 |
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 13,00 | 13,00 | ,871 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 13,00 | 13,00 | ,250 |
| F23 «Транспорт» | 12,00 | 15,00 | ,653 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 15,00 | 15,00 | ,788 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 13,00 | 15,00 | ,520 |
| «Физическая» сфера | 10,67 | 12,00 | ,338 |
| «Психологическая» сфера | 13,60 | 13,80 | ,560 |
| сфера «Уровень независимости» | 14,75 | 15,00 | ,596 |
| сфера «Социальные отношения» | 15,00 | 16,00 | ,559 |
| сфера «Окружающая среда» | 12,63 | 13,75 | ,263 |
| «Духовная» сфера» | 15,00 | 15,00 | ,788 |
| Общий балл | 81,87 | 85,40 | ,434 |

При сравнительном анализе не установлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) средних показателей качества жизни респондентов с фазами выгорания «Напряжение» и «Истощение».

В таблице 38 представлены результаты исследования сравнительного анализа показателей качества жизни респондентов с фазами выгорания «Резистенция» и «Истощение» (сравнение средних (медианы) по критерию Манна-Уитни).

Таблица 38 – Средние показатели качества жизни респондентов с фазами выгорания «Резистенция» и «Истощение»

| Сферы, субсферы | Резистенция | Истощение | КМУ |
|--|-------------|-----------|------|
| F1 «Физическая боль и дискомфорт» | 12,00 | 12,00 | ,195 |
| F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» | 13,00 | 12,00 | ,261 |
| F3 «Сон и отдых» | 15,00 | 12,00* | ,013 |
| F4 «Положительные эмоции» | 12,00 | 13,00 | ,176 |
| F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация» | 15,00 | 15,00 | ,634 |
| F6 «Самооценка» | 15,00 | 16,00 | ,371 |
| F7 «Образ тела и внешность» | 14,00 | 14,00 | ,681 |
| F8 «Отрицательные эмоции» | 14,00 | 12,00 | ,457 |
| F9 «Подвижность» | 16,00 | 15,00 | ,629 |
| F10 «Способность выполнять повседневные дела» | 14,00 | 15,00 | ,197 |
| F11 «Зависимость от лекарств и лечения» | 15,00 | 13,00 | ,378 |
| F12 «Способность к работе» | 16,00 | 16,00 | ,776 |
| F13 «Личные отношения» | 16,00 | 17,00 | ,170 |
| F14 «Практическая социальная поддержка» | 14,50 | 16,00 | ,059 |
| F15 «Сексуальные отношения» | 14,00 | 16,50 | ,412 |
| F16 «Физическая безопасность и защищённость» | 13,50 | 13,00 | ,553 |
| F17 «Окружающая среда дома» | 14,50 | 15,50 | ,067 |
| F18 «Финансовые ресурсы» | 10,00 | 12,00 | ,144 |
| F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | 12,50 | 14,00 | ,145 |
| F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | 14,00 | 16,00** | ,005 |

Продолжение Таблицы 38

| Сферы, субсферы | Резистенция | Истощение | КМУ |
|---|-------------|-----------|------|
| F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | 12,00 | 13,00 | ,288 |
| F22 «Окружающая среда вокруг» | 14,00 | 13,00 | ,892 |
| F23 «Транспорт» | 14,00 | 15,00 | ,769 |
| F24 «Духовность/религия/личные убеждения» | 13,50 | 15,00 | ,313 |
| G «Общее качество жизни и состояние здоровья» | 13,50 | 15,00 | ,096 |
| «Физическая» сфера | 13,33 | 12,00 | ,059 |
| «Психологическая» сфера | 13,60 | 13,80 | ,475 |
| сфера «Уровень независимости» | 15,25 | 15,00 | ,824 |
| сфера «Социальные отношения» | 14,67 | 16,00 | ,133 |
| сфера «Окружающая среда» | 12,94 | 13,75 | ,213 |
| «Духовная» сфера» | 13,50 | 15,00 | ,313 |
| Общий балл | 80,38 | 85,40 | ,600 |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

При сравнительном анализе установлены статистически достоверные различия средних показателей качества жизни респондентов из групп «Резистенция» и «Истощение» в субсфере F3 «Сон и отдых» ($p < 0,05$); в субсфере F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков» ($p < 0,01$). Установлено влияние распределения респондентов по фазам выгорания от территориального расположения медицинской организации (таблица 39, рисунок 40).

Таблица 39 – Сопряжённости «Регион–сельские территории / Фаза выгорания»

| | | Фаза выгорания | | | |
|---------------------|---------|----------------|------------|-------------|-----------|
| | | Нет выгорания | Напряжение | Резистенция | Истощение |
| регион | Частота | | | | |
| | % | 47,4% | 3,5% | 29,8% | 19,3% |
| сельские территории | Частота | | | | |
| | % | 20,3% | 4,1% | 23,0% | 52,7% |

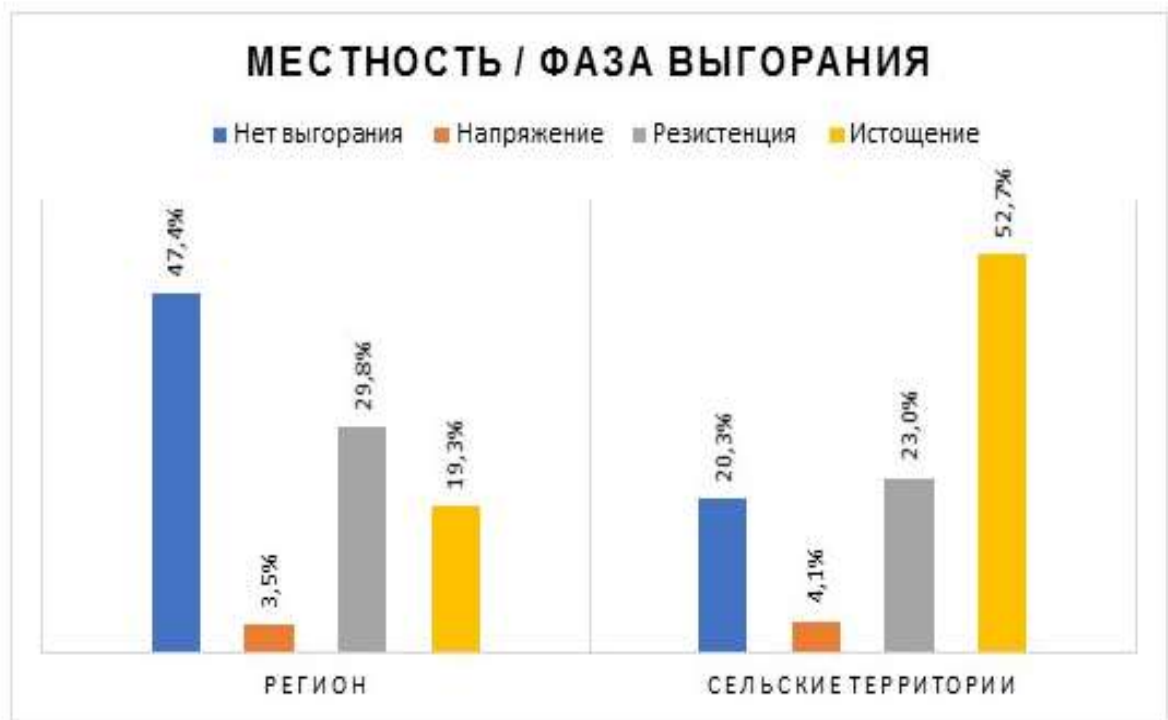


Рисунок 40 – Сопряжённость «Регион–сельские территории / Фаза выгорания»

Согласно критерию χ^2 существует статистически значимая ($p < 0,01$) зависимость распределения респондентов по фазам выгорания от территориального расположения медицинской организации.

Мы рассматриваем качество жизни как критерий социального комфорта «жизненного мира». В современном обществе «дискурс социального комфорта крайне многофакторный и сложный» [413]. В ситуации социальных трансформаций последних десятилетий в России проблема социального комфорта становится особенно актуальной. Один из основателей феноменологии Э. Гуссерль, как указывает Л.Г. Ионин, предложил «сосредоточиться на процессе восприятия «мира, в котором мы живем», исходя из стремлений, фантазий, сомнений, реакций на частные события, воспоминаний о прошлом и представлений о будущем» [138].

А. Шюц, определяющий повседневность «как сферу взаимодействия с объективным миром» и полагавшего, что на этой основе «возникает и

формируется в сознании и деятельности субъектов интерсубъективно категоризируемая объективность социальных процессов и явлений». Повседневная реальность, по мнению А. Шюца [441], – та среда, в которой человек живет, трудится и в которую всегда возвращается.

По мнению З.М. Хочецухова, «социальная комфортность российского общества довольно низкая. Уровень удовлетворения потребностей – на грани витальных, спектр возможностей крайне ограничен нестабильностью и высокими рисками, ресурсов для развития способностей крайне мало» [413].

Анализ средних показателей качества жизни врачей в сельском здравоохранении региона позволяет сделать вывод о низкой социальной комфортности данной профессиональной группы.

Одним из облигатных факторов, влияющих на статусную позицию и престиж профессии сельского врача, является уровень квалификации врачебных кадров. По мнению академика Е.И. Чазова, «здравоохранение держится на трех китах: профилактике; высоких технологиях и современных методах лечения; профессионализме врачей» [423]. Медицинское образование – это освоение социальной роли врача, атрибутами которой являются высокая степень социальных ожиданий и скорость изменений в объеме знаний [290].

Для создания современной системы здравоохранения необходимо повышение качества и доступности медицинской помощи, а также внедрение новых технологических решений и квалифицированных медицинских кадров [19].

Процесс цифровизации здравоохранения предполагает соответствующую подготовку специалистов здравоохранения, которая определяется непрерывностью образования, его индивидуализацией, применением дистанционных и асинхронных форм образования [184].

В современном российском здравоохранении, отмечает академик РАН А.В. Решетников, отмечается повышение социальных требований к врачам, к личности врача, к уровню качества медицинской помощи, все более жесткой становится регламентация деятельности врачей и все возрастающая ответственность [235, 238].

Одним из механизмов обучения и трудоустройства специалистов в условиях рыночной экономики является целевая подготовка специалистов, существующая в России с 1987 г. [309].

По мнению Н.А. Шевелевой и соавт., «обучаться по целевому набору идут наименее подготовленные абитуриенты, у которых проходной балл в среднем по России существенно меньше, чем у тех, кто идет по общему конкурсу» [309]. Для решения проблем трудоустройства необходима, по мнению авторов, заинтересованность выпускника, достойные условия труда и профессиональные перспективы.

О.А. Манерова [203] рассматривает повышение профессионализма врачей, работающих в медицинских организациях, не только как «вертикальное» – карьерный рост, но и «горизонтальное», предполагающее дополнительное профессиональное образование: «получение или повышение квалификационной категории, получение смежной специальности, профессиональной узкой подготовки, освоения новых методик» и т.д. [203]. По мнению А.В. Ярашевой [449] для врачей характерно преобладание готовности к горизонтальной мобильности, врачи охотнее приобретают новую специализацию [437].

Континуум медицинского образования, предполагаемый как «бесшовная» интеграция высшего, послевузовского и непрерывного медицинского образования (*уточнить*), которая приводит к обучению на протяжении всей жизни, еще предстоит реализовать. Быстрые клинические изменения, развивающиеся системы здравоохранения и переход к обучению, основанному на компетентности, делают непрерывное медицинское образование и обучение на протяжении всей жизни еще более важными и

взаимодополняющими для эффективного содействия обучению на протяжении всей жизни и содействия интегрированному непрерывному обучению [473, 497, 536, 585, 593].

Образование в течение всей жизни в последние десятилетия является контентом образовательных реформ, при этом особое внимание уделяется непрерывному профессиональному образованию [228], ведущей мотивацией которого является желание быть компетентным специалистом [514].

Актуальность формирования современной системы медицинского образования – непрерывного медицинского образования (НМО) в России обусловлена целым рядом причин:

- низкая удовлетворенность населения качеством медицинской помощи;
- несоответствие качества медицинского образования международным стандартам и отсутствие системы непрерывного повышения квалификации врачей [298, 496].

Факторы, которые определены как причины выгорания в медицинских профессиях, включают неспособность изменить условия труда, неэффективную профессиональную среду и проблемы системы [298, 562, 595]. Система НМО формирует способность врачей к изменениям в континууме профессиональной деятельности [588].

Разработка НМО в различных форматах демонстрирует тенденцию к снижению барьеров в постоянном профессиональном образовании для врачей [298, 453, 551]. Повышение квалификации медицинских кадров с использованием системы телеобразования «позволяет обеспечить дистанционный доступ к новым методикам диагностики и лечения заболеваний, прогрессу форм организации медицинской помощи» [151].

Потребности врачей в непрерывном профессиональном развитии инициируют НМО [104, 179, 227, 296, 310, 361, 365, 425, 429, 461] как системы непрерывного обучения медицинских специалистов, включающей программы, расширяющие клинические знания и навыки, необходимые

врачам, а также образовательные мероприятия, направленные на поддержание, развитие и повышение знаний, специализированных навыков или стандартов работы для предоставления более качественных медицинских услуг [528, 530].

Система медицинского образования должна уделять приоритетное внимание потребностям практикующих врачей и интегрировать их в существующие требования к аккредитации и образованию [588].

Причинами недостаточной эффективности НМО могут быть системные барьеры и барьеры на уровне участников [366, 588]. По данным литературы, проблемы, мешающие врачам участвовать в программе непрерывного медицинского образования, заключаются в ограничении времени, напряженной работе, экономических причинах [527, 528].

Единичные исследования [2, 103, 222, 434] устанавливают приоритет самообразования врачей в процессе профессионализации, т.е. обсуждают профессионализацию в терминах андрогогики – социальной практики, предусматривающей профессиональное образование врачей с «позиции психологии взрослого человека. ... Основными принципами обучения становятся индивидуальность и системность» [217], а «субъектом ответственности за свое образование здесь является сам врач» [177].

Самообразование включает изучение научной литературы, чтение периодических медицинских изданий, справочных материалов, работу в Интернете, участие в научно-практических медицинских форумах, исследовательскую деятельность [161].

Анализ современных исследований по проблемам профессионализации профессиональной группы врачей в российской системе здравоохранения «позволяет определить одним из основных аспектов профессионализации – индивидуальную профессионализацию» [103]. П.Н. Аленин и соавт. отмечают, что «социологические исследования в области индивидуальной профессионализации в медицине носят дискретный характер» [3].

Невысокий кадровый потенциал рассматривается как сдерживающий фактор развития инновационных медицинских технологий в России. Анализ современных исследований по проблемам профессионализации социальной группы врачей в российской системе здравоохранения позволяет определить одним из основных аспектов профессионализации – индивидуальную профессионализацию как процесса овладения профессиональной деятельностью и включения в профессиональную сферу и, как следствие этого, приобретение необходимых профессиональных качеств [103].

Если Р.В. Мяконький [222] сопоставляет самообразование и непрерывное МО, то Т.В. Кирюхина [161] предполагает самообразования, имеющее приоритетное значение в профессионализации, как составляющую непрерывного профессионального образования врачей.

В социологическом исследовании «Самообразование в системе непрерывного медицинского образования» нами осуществлен анализ тенденций самообразования в профессиональном образовании врачей в сельском здравоохранении региона. При составлении анкеты для формализованного интервью использованы вопросы анкеты по самообразованию, разработанной и апробированной в диссертационном исследовании Т.В. Кирюхиной [161]. В исследовании приняли участие 87 врачей из сельских медицинских организаций региона. Некоторые вопросы анкеты предполагали несколько альтернативных ответов.

При анализе результатов исследования получены следующие данные.

72% респондентов читают журналы, посвященные вопросам профессиональной деятельности. Никто из респондентов не выписывает журналы, читая их электронные версии.

Тематические сайты в Интернете, посвященные профессиональной деятельности, респонденты посещают:

- регулярно один раз в месяц и чаще (15% ответов),
- эпизодически (несколько раз в год) (52% ответов),
- не посещаю (33% ответов).

Литература, которую читают респонденты:

- исключительно касается медицинской специальности (97% ответов),
- включает широкий круг тем в рамках профессионального профиля (4% ответов),
- обсуждает гуманитарные проблемы (3% ответов).

На чтение литературы по специальности респонденты тратят:

- несколько часов в день (2% ответов),
- несколько часов в неделю (17% ответов),
- несколько часов в месяц (58% ответов),
- реже (23% ответов).

Информацию, необходимую респондентам в повседневной профессиональной деятельности, они находят:

- в периодических медицинских изданиях (3% ответов),
- в монографиях (2% ответов),
- в нормативно-правовых актах (34% ответов),
- в неформальном общении с коллегами (12,8% ответов),
- на курсах повышения квалификации (15% ответов),
- на семинарах и конференциях (9% ответов),
- в сети Интернет (79% ответов).

При определении стратегии лечения пациента респонденты чаще ориентируются на:

- новейшие данные из медицинской печати (1% ответов),
- информацию из научных исследований (3% ответов),
- сведения, полученные на курсах повышения квалификации (19% ответов),
- сведения, полученные на конференциях и семинарах (16% ответов),
- сведения из сети Интернет (74% ответов),
- сведения, полученные из общения с медицинскими представителями (8% ответов),
- опыт коллег (19% ответов),

– свой клинический опыт (18% ответов).

Последние курсы повышения квалификации респонденты проходили:

– очно (95% ответов),

– очно-заочно (5% ответов).

– дистанционно (0% ответов),

– заочно (0% ответов).

Наиболее эффективной формой обучения респонденты полагают:

– очную (81% ответов),

– очно-заочную (10% ответов),

– дистанционную (15% ответов),

– заочную (3% ответов).

С какой периодичностью необходимо повышение квалификации:

– один раз в 5 лет (5% ответов),

– ежегодно (61% ответов),

– постоянно (3% ответов),

– затрудняюсь ответить (31% ответов).

Организацию НМО респонденты рассматривают в формате:

– вебинаров (51% ответов),

– дистанционного обучения в коротких тематических курсах с получением сертификатов (62% ответов),

– научно-практических конференций с проведением мастер-классов (59% ответов),

– обучением на рабочем месте (81% ответов).

Респонденты предполагают участие в системе НМО с целью:

– получения сертификатов (71% ответов),

– повышения профессиональной компетентности (82% ответов),

– необходимости изменений в профессиональной карьере (16% ответов),

– желания помочь пациентам (47% ответов),

– возможности профессионального общения (11% ответов),

- обучение под руководством экспертов (63% ответов),
- требование администрации (41% ответов).

Оценка респондентами перспектив использования современных технологий и практик, полученных при прохождении циклов повышения квалификации, в профессиональной деятельности:

- да, есть перспективы использования современных технологий в практике (4% ответов),
- нет перспектив (84%),
- затрудняюсь ответить (12% ответов).

Факторы, определяющие отсутствие перспектив использования современных технологий и практик, полученных при прохождении циклов повышения квалификации, в профессиональной деятельности:

- отсутствие поддержки администрации (3% ответов),
- отсутствие современного оборудования в медицинской организации (42% ответов),
- стандарты ОМС (73% ответов),
- финансовые ограничения пациента при выполнении рекомендаций врача (92% ответов).

Таким образом, большинство респондентов читают электронные версии журналов, посвященные вопросам профессиональной деятельности. Тематические сайты в Интернете большинство респондентов посещают эпизодически (несколько раз в год), читают литературу, которая касается исключительно медицинской специальности, тратя на чтение несколько часов в месяц, находя информацию для повседневной профессиональной деятельности в Интернете и нормативно-правовых актах.

При определении стратегии лечения пациентов респонденты чаще ориентируются на информацию из Интернета, опыт коллег и собственный клинический опыт.

При очном и очно-заочном прохождении курсов повышения квалификации, большинство респондентов наиболее эффективной указали

очную форму обучения, предполагая целесообразность ежегодного повышения квалификации в различных форматах организации НМО. Однако в исследовании Н. Maisonneuve et al. [547] все респонденты (n=300), включенные в исследование, высказали мнение о том, что дистанционное обучение могло бы облегчить им продолжение образования.

Возраст и условия практики наиболее последовательно связаны с различными предпочтениями врачей в системе НМО [556]. В отличие от результатов исследования Н.Н. Камыниной и соавт. [298], о необходимости ежегодно проходить повышение квалификации в нашем исследовании заявили респонденты всех возрастных групп.

Респонденты считают необходимым повышение квалификации в формате обучения на рабочем месте, дистанционного обучения в коротких тематических курсах, научно-практических конференций с проведением мастер-классов. В исследовании О.И. Фроловой и соавт. [360], 78,5% респондентов в качестве удобной для себя формы повышения квалификации указали НМО, отдавая предпочтение вебинару, симуляционному обучению и деловой игре.

Большинство респондентов указывают участие в системе НМО с целью повышения профессиональной компетентности и получения сертификатов.

При оценке перспектив использования современных технологий и практик, полученных при прохождении циклов повышения квалификации, в профессиональной деятельности большинство респондентов заявили об отсутствии перспектив в связи с финансовыми ограничениями пациента при выполнении рекомендаций врача, стандартами ОМС и отсутствием современного оборудования в медицинской организации.

В интервью был задан вопрос об актуальных проблемах профессионализации и современного постдипломного образования врачей. По мнению респондентов, вопрос профессионализма, компетентности, образования, в том числе постдипломного является очень актуальным. «На первое место выходит вопрос доступности. Очень высокая стоимость

профессиональной медицинской литературы, платная подписка на периодические медицинские журналы» (эксперт О., стаж 27 лет). «Сложный доступ к профессиональной литературе в сети Интернет для старшего поколения врачей» (эксперт М., стаж 14 лет).

Респонденты активно обсуждают организационные вопросы, которые не решены при введении НМО, констатируют значительное снижение возможности самообразования по сравнению с прошлыми годами в связи со значительным повышением профессиональных нагрузок. «Насколько с существующей нагрузкой на врача вообще возможно дополнительно учиться, заниматься самообразованием? При текущих нагрузках это нереально. Чтобы это решить необходимо отводить на это рабочие часы, дополнительную оплату во вне рабочее время, оплату конференций, литературы и т.д.» (эксперт П., стаж 23 года). «При существующей нагрузке врач никогда не найдет времени для самообразования» (эксперт Т., стаж 17 лет).

Отмечая необходимость очного обучения «с отрывом от основного места работы», респонденты предполагают, что в большинстве случаев это «невозможно по причине кадрового дефицита, ухудшения отношений с руководством и т.д.» (эксперт Д., стаж 31 год; эксперт А., стаж 37 лет).

Респонденты отметили, что необходимость самообразования не поддержана клинической практикой, которая «сводится к изучению стандартов и строгом их исполнении. Стандарт убивает клиническое мышление» (эксперт А., стаж 36 лет). «Раньше выделялось больше времени на непосредственную работу с пациентом и это определяло потребность в постоянном чтении литературы. В настоящее время введены обязательные стандарты, сужающие уровень клинического мышления как у зрелых специалистов, так и у молодых врачей» (эксперт Л., стаж 14 лет). «Два аргумента, которые уничтожают самообразование: введение обязательных стандартов и отсутствие дифференциальной диагностики (нет возможности провести дифференциальную диагностику в рамках ОМС» (эксперт Т. стаж 12 лет).

Респонденты прокомментировали различные проблемы системы дополнительного профессионального образования. «Система тестирования не эффективна. Зазубривание тестов не приводит к накоплению знаний» (эксперт Т., стаж 12 лет). «Что касается образования, то падает не только уровень профессионализма врачей, но и уровень преподавания, образования в целом» (эксперт Н., стаж 29 лет).

Мы не можем согласиться с мнением Т.В. Кирюхиной [161] о снижении «стремления к самообразованию среди врачей». Скорее речь идет о существенном «снижении возможностей самообразования» [161] в современной профессиональной деятельности врачей, социальных препятствиях профессиональному самообразованию в связи с высокими профессиональными нагрузками, необходимостью совместительства, связанного с финансовыми депривациями.

Таким образом, установлено существенное «снижение возможностей самообразования» в современной профессиональной деятельности врачей, социальных препятствиях профессиональному самообразованию в связи с высокими профессиональными нагрузками, необходимостью совместительства, связанного с финансовыми депривациями.

Несмотря на пессимистический прогноз перспектив использования современных технологий и практик, полученных при прохождении циклов повышения квалификации, в профессиональной деятельности, большинство респондентов поддерживают непрерывное медицинское образование.

На основании результатов собственных исследований типологизированы факторы, детерминирующие условия профессиональной деятельности врачей в сельском здравоохранении [216, 272, 391] (таблица 40).

Таблица 40 –Типология факторов, детерминирующих условия профессиональной деятельности врачей в сельском здравоохранении

| № п/п | Факторы | Контент | Направления профилактики и преодоления |
|-------|-------------------------|--|---|
| 1. | Демографические факторы | <ul style="list-style-type: none"> – прогнозное снижение численности населения, особенно трудоспособного возраста в Саратовской области, – прогнозируемый рост численности населения с хроническими заболеваниями (старших возрастных групп) – снижение показателей здоровья сельского населения более выражено, чем городского <p>проблемы кадрового обеспечения системы сельского здравоохранения</p> | <ul style="list-style-type: none"> – повышение привлекательности сельских территорий для проживания – развитие телемедицинских технологий для повышения доступности медицинской помощи сельскому населению – миграционная политика, направленная на привлечение трудоспособного возраста в сельские территории – развитие социальных программ, направленных на закрепление медицинских кадров в сельских районных медицинских организациях. – укрупнение районных медицинских организаций, повышение их оснащенности, – создание привлекательной профессиональной среды в сельских (районных) медицинских организациях – развитие транспортного сообщения, малой авиации, в т.ч. санитарной. |
| 2. | Территориальные факторы | <ul style="list-style-type: none"> – отсутствие развитой инфраструктуры – отсутствие работы для членов семьи, – недостаток квалифицированных кадров, – удалённость от центра, – плохие дороги, – более низкая, чем в городе, зарплата. | <ul style="list-style-type: none"> – укрупнение административных территорий (муниципальных районов) и соответствующее повышение численности обслуживаемого районной больницей населения (от 50 до 100 тыс. чел. населения) позволит повысить территориальную доступность как первичной, так и специализированной медицинской помощи, и повысить эффективность сельского здравоохранения. В рамках региональных программ «Развитие сельских территорий» - приведение в соответствие требованиям муниципальных автомобильных дорог, развитие малой авиации, в т.ч. санитарной. |

Продолжение Таблицы 40

| | | | |
|----|--------------------------------|---|--|
| 3. | <p>Организационные факторы</p> | <ul style="list-style-type: none"> – дефицит кадров, – низкая обеспеченность медицинскими кадрами, – отсутствие притока молодых специалистов, – недостаточная оснащённость оборудованием медицинских организаций, – недостаточное финансирование медицинской организации, – большие очереди на приём к врачу – ограничение доступности первичной специализированной и специализированной медицинской помощи – низкая эффективность использования коечного фонда, – отсутствие высокоскоростного канала Интернет-связи, – недоступность электронных записей пациентов в цифровом пространстве сельского и регионального здравоохранения, – отсутствие преемственности медицинских организаций в сельском и региональном здравоохранении. – уменьшение объемов профилактической работы в связи с пандемией коронавирусной инфекции. – отсутствие социальной и психологической поддержки пациентов. | <ul style="list-style-type: none"> – оснащение МО современным оборудованием, скоростным интернетом - формирование существующих межрайонных центров на базе крупных РБ как юридических лиц с включением (при необходимости) РБ соседних муниципальных районов в качестве филиалов или структурных подразделений Межрайонного медицинского центра, что позволит решить большую часть обозначенных проблем за счет концентрации и грамотного перераспределения ресурсов (финансовых, медицинских кадров, оборудования, расходных средств и др.) – развитие телемедицинских технологий, – научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки, – формирование привлекательной для врачей профессиональной среды, – преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении. |
|----|--------------------------------|---|--|

Продолжение Таблицы 40

| | | | |
|----|--------------------------|---|---|
| 4. | Экономические факторы | <ul style="list-style-type: none"> – низкий уровень оплаты труда, – уровень оплаты труда не соответствует квалификации специалистов | <ul style="list-style-type: none"> – устранение финансовых деприваций профессиональной группы врачей, – повышение заработной платы, в т.ч. базового оклада. – совершенствование системы оплаты труда, – формирование гибкого механизма регулирования стимулирующих выплат, – чёткое регулирование начисления стимулирующих выплат, – повышение уровня оплаты труда в зависимости от роста квалификации врача |
| 5. | Профессиональные факторы | <ul style="list-style-type: none"> – высокие нагрузки, профессиональный стресс, – профессиональная неготовность врачей к применению инновационных технологий в профессиональной деятельности, – недостаточная квалификация медицинского персонала, – социальные препятствия дополнительного профессионального образования (высокие профессиональные нагрузки, необходимость совместительства, связанного с финансовыми депривациями и дефицитом кадров) | <ul style="list-style-type: none"> – введение в трудовой договор (эффективный контракт) обязанности врача по участие в различных форматах повышения квалификации не менее чем ежеквартально и учет выполнения показателя при выплатах стимулирующего характера. – организация наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов, – формирование «социальных лифтов» для врачей, работающих в сельском здравоохранении, – юридическое сопровождение профессиональной деятельности, – вовлечение врачей в профессиональные ассоциации, – целевая подготовка специалистов для сельского здравоохранения, – повышение квалификации специалистов здравоохранения, – профориентационная работа с будущими врачами, начиная со школьной скамьи. |

Продолжение Таблицы 40

| | | | |
|----|---|---|---|
| 6. | Социально-психологические факторы, релевантные профессиональной группе врачей | <ul style="list-style-type: none"> – снижение качества жизни, – профессиональное выгорание, – высокая заболеваемость, – финансовые депривации, – плохое отношение общества к врачам, – снижение престижа профессии, – отсутствие социальной и психологической поддержки, – финансовые ограничения доступности медицинской помощи в ситуации хронического заболевания. | <ul style="list-style-type: none"> – расширение социальных гарантий, гарантированный социальный пакет (бесплатное высшее образование детям, преимущества медицинской помощи и т.д.), которые будут закреплены законодательно, – выделение дополнительной статьи расходов медицинской организации на поддержку врачей на период болезни, – необходимость психологического и социального сопровождения врачей. |
|----|---|---|---|

6.3. Социальные детерминанты уровня удовлетворенности врачей сельского здравоохранения своей профессиональной деятельностью и направления его совершенствования

По мнению L. Dyrbye et al. [492], факторы профессиональной среды, условия профессиональной деятельности в большей степени, чем индивидуальные атрибуты, являются детерминантами профессионального выгорания и благополучия (неблагополучия) врачей.

R.E. Freeland and J. Hoey [561] фиксируют следующие значимые результаты профессиональной деятельности: субъективная привязанность к работе, удовлетворенность работой, общее счастье, важность значимой работы и воспринимаемое уважение на работе.

Врачи подвергаются высокому уровню стресса в процессе своей профессиональной деятельности и являются особенно восприимчивы к переживанию эмоционального выгорания. Источники стресса в медицинской практике могут варьировать от эмоций, возникающих в контексте комплаенса, до профессиональной среды, в которой врачи практикуют [532]. В своей работе врачи подвержены множеству эмоций, в том числе чувство неудачи и разочарования, когда болезнь пациента прогрессирует, чувство бессилия, горе, страх заболеть самому или умереть. Повторное воздействие этих эмоций и переживание дистресса способствуют высокому уровню профессионального стресса [532].

Многочисленные исследования доказывают возникновение выгорания в профессиональных группах здравоохранения независимо от характеристики национальной системы здравоохранения. В исследовании А.Б. Леоновой и соавт. [192] представлены доказательства того, что «содержание труда и особенности условий реализации деятельности определяют специфику развития синдромов профессионального выгорания у врачей разных специализаций». В исследовании с участием реаниматологов,

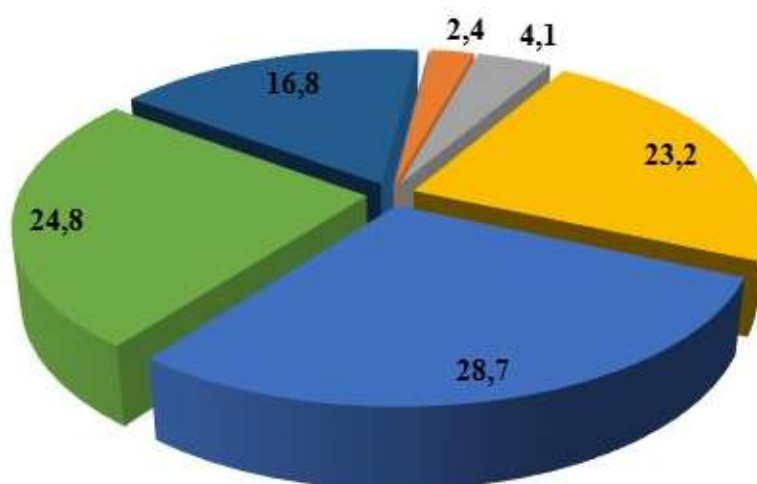
хирургов и терапевтов выделены как общие, так и специфичные для разных групп врачей составляющие синдромов профессионального стресса.

Степень выгорания может варьироваться в зависимости от условий профессиональной практики, состояния профессиональной среды. Выгорание имеет далеко идущие последствия для врачей, пациенты и система здравоохранения. Для врачей, испытывающих выгорание, в большей степени существует риск принятия неверных решений; проявления агрессивного отношения к пациентам, совершения медицинских ошибок, сложных отношений с коллегами [532].

Одной из ведущих детерминант эмоционального выгорания врачей является удовлетворенность профессиональной деятельностью.

С целью оценки удовлетворенности сельских врачей профессиональной деятельностью проведено компаративное социологическое исследование «Оценка удовлетворенности врачей медицинских организаций профессиональной деятельностью» с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым. В исследование участвовали 327 врачей, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области и 594 врача из медицинских организаций региона [145, 305].

При оценке уровня профессионализма (от 1 – «начинающие врачи» до 7 – «врачи высокого профессионализма») 21 (6,5%) респондентов указали свой профессиональный уровень как низкий (1-3 ступени). 306 (93,5%) респондентов оценили свой уровень профессионализма как средний (170 (51,9%) – 4-5 ступени) и высокий (136 (41,6%) – 6-7 ступени) (рисунок 41).



■ Первая ■ Вторая ■ Третья ■ Четвёртая ■ Пятая ■ Шестая ■ Седьмая

Рисунок 41 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Каков уровень Вашего профессионализма» (%)

В региональном здравоохранении 18,2% респондентов–врачей рассматривают свой профессиональный уровень как низкий (1-3 ступени), в сельском здравоохранении – 6,5% врачей (рисунок 42).

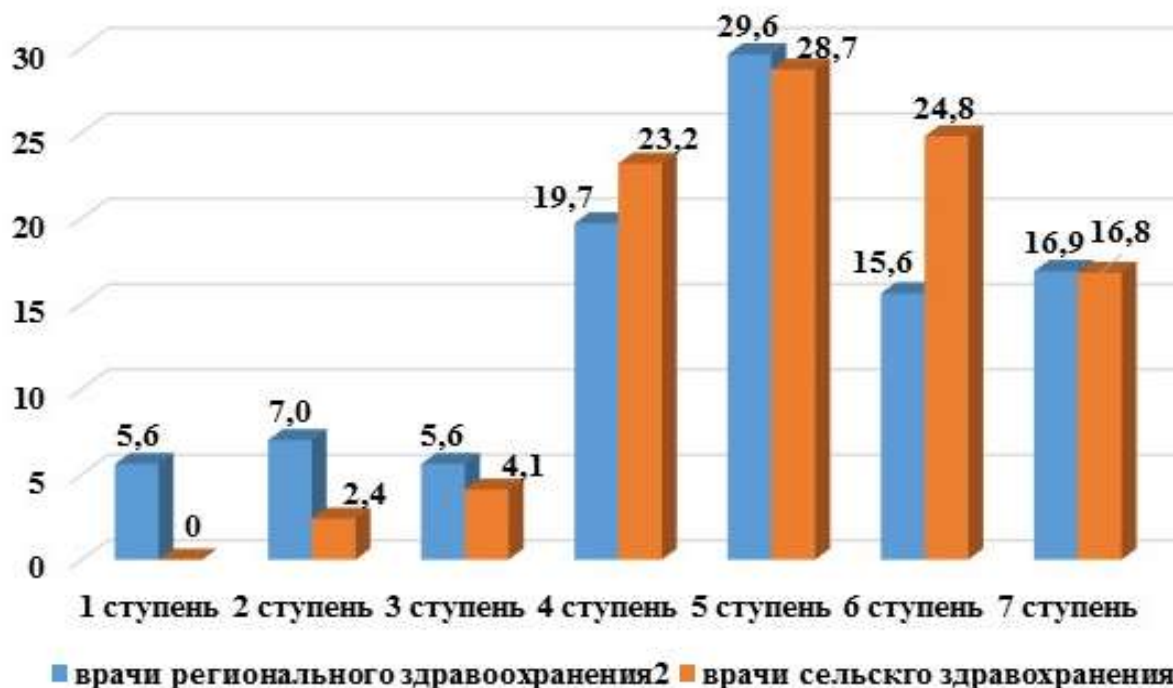


Рисунок 42 – Оценка уровня профессионализма врачей в региональном и сельском здравоохранении (%)

По мнению 128 (39,2%) респондентов-врачей медицинских организаций районов Саратовской области профессиональная деятельность не может их материально обеспечить и 162 (49,5%) респондентов – может их обеспечить «более или менее». В 11,3% ответов профессиональная деятельность может материально обеспечить респондентов.

В региональном здравоохранении профессиональная деятельность может обеспечить 31,5% респондентов, 50,7% респондентов профессиональная деятельность может обеспечить лишь «более-менее», и не способна обеспечить 17,8% респондентов (рисунок 43).

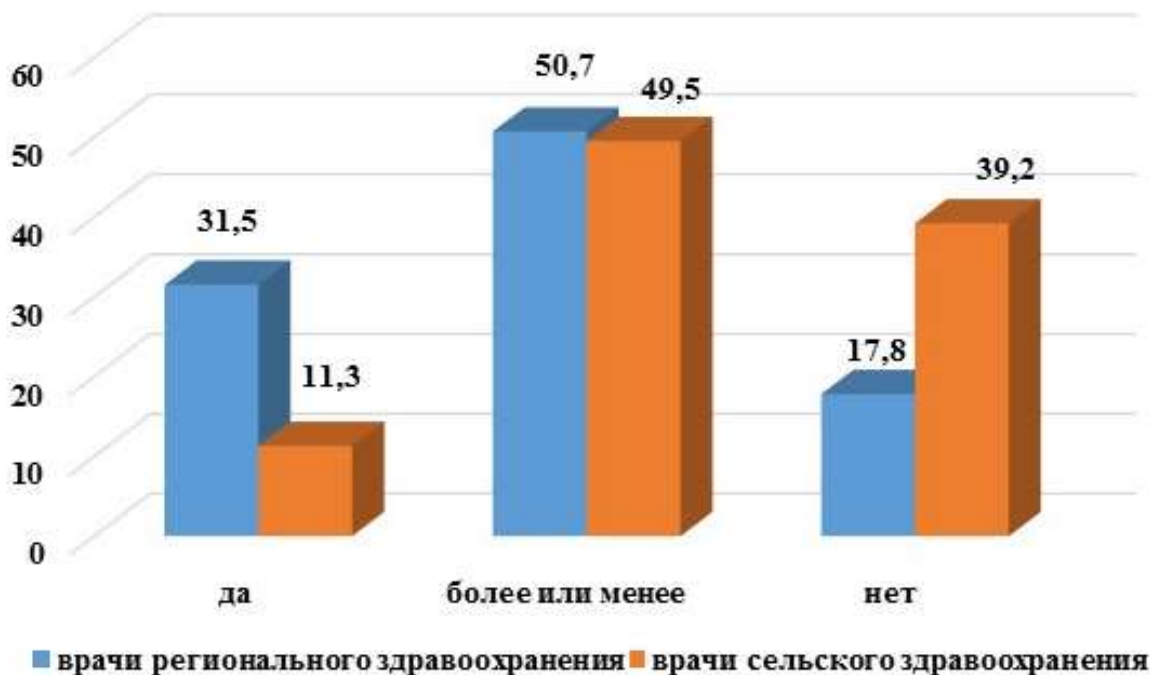


Рисунок 43 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Способна ли Ваша профессиональная деятельность Вас материально обеспечить» (%)

Большинство респондентов-врачей сельского здравоохранения живут с финансовыми депривациями [93] (рисунок 44).

4 степень деприваций – «зарплаты не хватает на питание» – 111 (33,9%) респондентов.

3 степень деприваций – «зарплаты хватает только на питание и самые необходимые вещи» – 137 (42,0%) респондентов.

2 степень деприваций – «на зарплату редко, но могут купить дорогие вещи» – 42 (12,8%) респондентов.

1 степень деприваций – «зарплаты хватает на все, кроме дорогих покупок» – 12 (3,7%) респондентов.

12 (3,7%) респондентов не определились с ответом.



Рисунок 44 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Насколько зарплата соответствует уровню жизни» (%)

По мнению респондентов-врачей регионального здравоохранения, заработная плата врачей региона в зависимости от квалификации должна составлять от 90 до 300 тыс. руб. (рисунок 45).

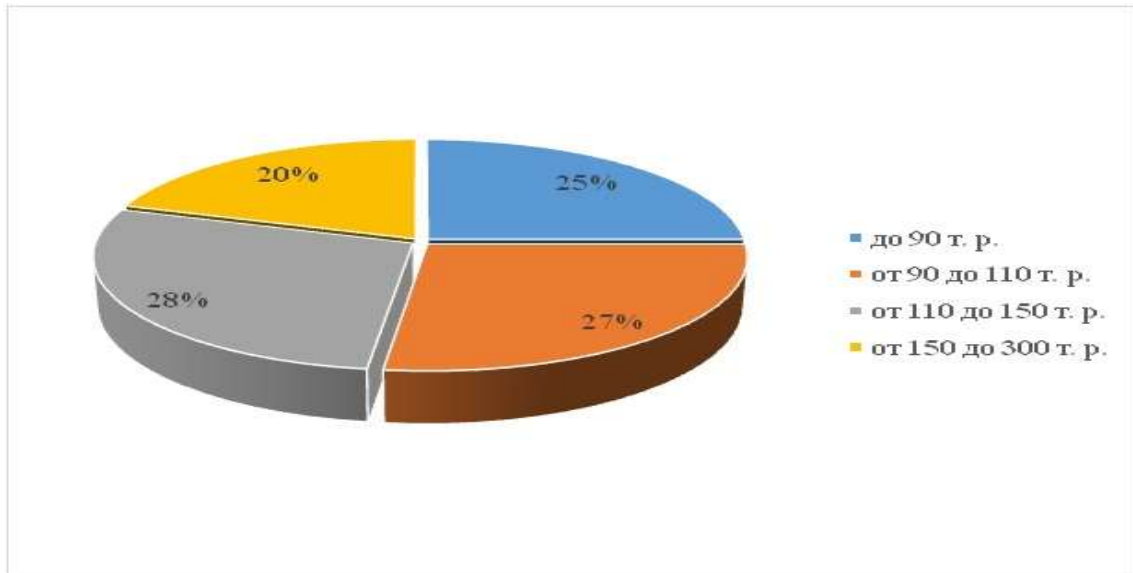


Рисунок 45 – Зарботная плата врачей региона по мнению респондентов (тыс. руб.)

Средняя заработанная плата, соответствующая их квалификации должна составлять 124 ± 13 тыс. руб. ($p < 0,05$).

По мнению 65 (19,9%) респондентов – врачей сельского здравоохранения зарплата в соответствии с их квалификацией должна составлять не менее 50 тыс. рублей в месяц. Большинство 262 (80,1%) респондентов указали на зарплаты от 50 тыс. рублей (от 50 до 70 ты. рублей – 142 (43,4%) респондентов, от 70 и больше – 120 (36,7%) респондентов) (рисунок 46).

Средняя заработанная плата, соответствующая их квалификации должна составлять $54,4 \pm 11,4$ тыс. руб. ($p < 0,05$).

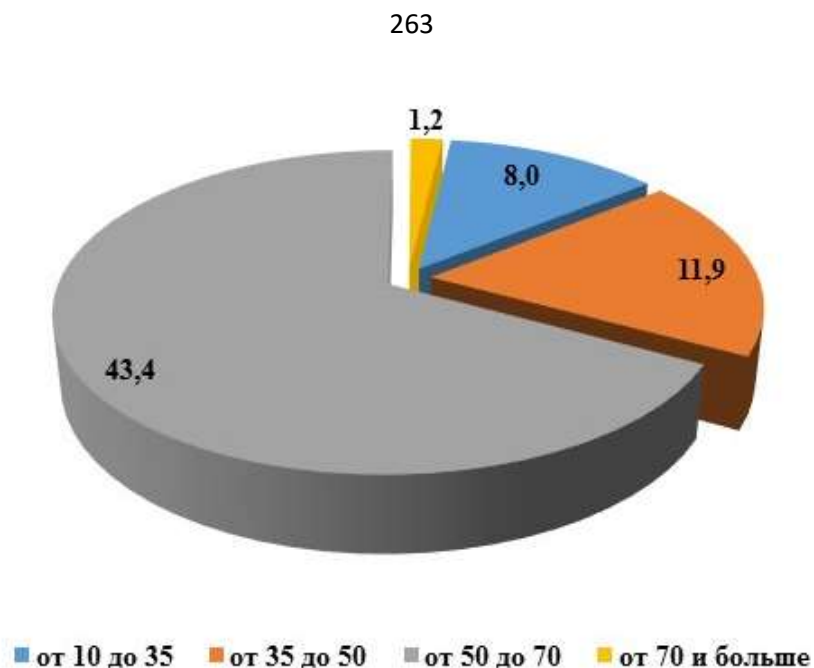


Рисунок 46 – Распределение ответов врачей в сельском здравоохранении на вопрос «Сколько сегодня должен получать врач Вашей квалификации (тыс. руб. в месяц) (%)»

Приходится искать дополнительные заработки 223 (68,2%) респондентов (рисунок 47).

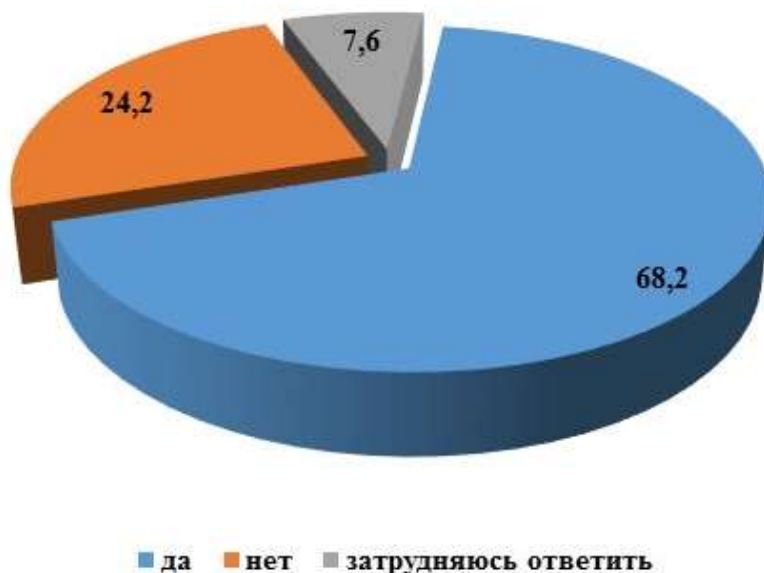


Рисунок 47 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Приходится ли искать дополнительные заработки» (%)»

Большинство, 216 (66,0%) респондентов совмещают по своей специальности (рисунок 48)



Рисунок 48 – Распределение ответов респондентов на вопрос «В чём состояли дополнительные заработки в последние 3 месяца»

Если бы респонденты имели возможность вновь выбрать профессию, то 214 (65,5%) вновь выбрали бы профессию врача (151 (46,2%) респондентов – по той специальности, 63 (19,3%) – врачом, но с другой специализацией) (рисунок 49).

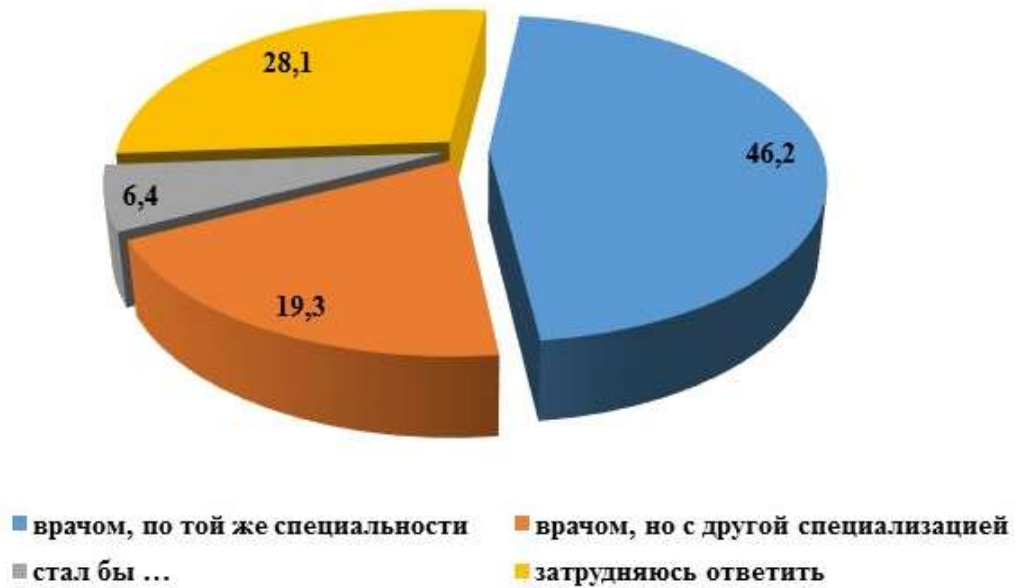


Рисунок 49 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Если бы у Вас была возможность вновь выбрать профессию, кем бы Вы стали»

По мнению респондентов, в региональном здравоохранении при возможности вновь выбрать профессию 66,2% респондентов выбрали бы профессию врача по той же специальности, 12,2% респондентов работали бы врачом с другой специализацией, 9,5% респондентов хотели бы сменить профессию врача, не смогли ответить 12,1% респондентов (рисунок 50).



Рисунок 50 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Если бы у Вас была возможность вновь выбрать профессию, кем бы Вы стали» (%)

17 (5,2%) респондентов хотели бы уволиться с работы, у 227 (69,4%) респондентов иногда возникает это желание (рисунок 51).



Рисунок 51 – Распределение ответов респондентов на вопрос «Не хотите ли Вы уволиться с этой работы»

В региональном здравоохранении желание уволиться с работы иногда возникает у 38,4% респондентов.

Большинство респондентов в региональном и сельском здравоохранении указывают на удовлетворенность жизнью при ее оценке от 1 (минимальная оценка) до 5 (максимальная оценка). Однако при компаративном анализе в группе врачей сельского здравоохранения фиксируются более низкая удовлетворенность финансовым положением (рисунок 52), здоровьем (рисунок 53), жилищными условиями (рисунок 54), семейным положением (рисунок 55), работой (рисунок 56) и жизнью в целом (рисунок 57).



Рисунок 52 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своим финансовым положением» (%)



Рисунок 53 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своим здоровьем» (%)



Рисунок 54 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своими жилищными условиями» (%)



Рисунок 55 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своим семейным положением» (%)



Рисунок 56 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своей работой» (%)



Рисунок 57 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своей жизнью в целом» (%)

Установленная нами в ходе исследования независимость удовлетворенности профессиональной деятельности от условий профессиональной деятельности врачей рассматривается Ф. Герцбергом [403]. Кроме того, может быть объяснена и описанным академиком РАН А.В. Решетниковым [326] феноменом «парадоксальной» медицины, возникшим в российском здравоохранении в конце XX века и обозначенным термином антиномия – «логически взаимоисключающие и несочетаемые друг с другом, но фактически одновременно функционирующие явления» [145].

На основании результатов собственных исследований разработаны направления совершенствования сельского здравоохранения, нацеленные на повышение уровня удовлетворенности врачей сельского здравоохранения своей профессиональной деятельностью и доступности медицинской помощи сельскому населению:

- организация межрайонных центров на базе крупных районных больниц (3-4 группы) в качестве юридических лиц с включением РБ

соседних муниципальных районов (1-2 группы) как филиалов (структурных подразделений) Межрайонного медицинского центра, обеспечивающих увеличение мощности медицинских организаций сельского здравоохранения, возможность ротации кадров, повышения квалификации, применения современных, в том числе телемедицинских технологий;

– совершенствование системы оплаты труда с целью устранения финансовых деприваций и повышения профессиональной удовлетворенности сельских врачей;

– организация наставничества, формирование «социальных лифтов» и юридическое сопровождение профессиональной деятельности с целью повышения социальной защищенности врачей в сельском здравоохранении;

– расширение социальных гарантий, психологическое и медико-социальное сопровождение врачей с целью профилактики профессионального выгорания, повышения социального статуса и качества жизни.

Резюме

Качество жизни врачей в сельском здравоохранении региона профессионально и социально детерминировано.

Наименьшие значения средних показателей качества жизни респондентов зафиксированы в «Физической» сфере ($12,81 \pm 0,86$), субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт» ($12,74 \pm 0,75$), F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ($12,29 \pm 0,92$); F4 «Положительные эмоции» ($11,68 \pm 1,10$), F18 «Финансовые ресурсы» ($10,19 \pm 1,20$), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ($12,71 \pm 1,08$), F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» ($12,32 \pm 0,89$).

Наибольшее значения средних показателей качества жизни респондентов в субсферах: F9 «Подвижность» ($16,26 \pm 1,24$), F12 «Способность к работе» ($16,06 \pm 0,90$) и F13 «Личные отношения» ($16,26 \pm 0,81$).

В исследовании не установлено достоверных гендерных и возрастных различий качества жизни респондентов.

При компаративном исследовании качества жизни врачей в региональном и сельском здравоохранении Саратовской области отмечено снижение показателей качества жизни врачей сельского здравоохранения во всех сферах и субсферах опросника ВОЗ КЖ-100. Результаты проведенного компаративного исследования качества жизни доказывают влияние на качество жизни врачей сельского здравоохранения их профессиональной деятельности и условий проживания на сельской территории.

У большинства (79,8%) респондентов выявлено эмоциональное выгорание, фаза истощения отмечена у 52,9% респондентов. Установлено влияние распределения респондентов по фазам выгорания от территориального расположения медицинской организации.

При компаративном анализе выявлены статистически достоверные различия ($p < 0.05$) средних показателей качества жизни респондентов с различными фазами эмоционального выгорания.

Качество жизни рассматривается как критерий социального комфорта «жизненного мира». Анализ средних показателей качества жизни респондентов и результаты компаративного анализа качества жизни респондентов в ситуации финансовых деприваций позволяют утверждать о наличии низкой социальной комфортности «жизненного мира» данной профессиональной группы врачей.

При обсуждении континуума непрерывного медицинского образования установлено существенное снижение возможностей самообразования в современной профессиональной деятельности врачей, социальных препятствиях профессиональному самообразованию в связи с высокими профессиональными нагрузками, необходимостью совместительства, связанного с финансовыми депривациями.

65,5% респондентов вновь выбрали бы профессию врача, несмотря на выявленные при компаративном анализе удовлетворенности

профессиональной деятельностью врачей в региональном и сельском здравоохранении Саратовской области финансовые депривации, невозможность профессиональной деятельности материально обеспечить в сельском здравоохранении 39,2% респондентов, а 50,7% респондентов обеспечить лишь «более-менее», необходимость искать дополнительный заработок 68,2% респондентам. В группе врачей сельского здравоохранения фиксируются более низкая удовлетворенность финансовым положением, здоровьем, жилищными условиями, семейным положением, работой и жизнью в целом по сравнению с врачами регионального здравоохранения.

В ходе исследования установлена независимость удовлетворенности профессиональной деятельности от условий профессиональной деятельности врачей в сельском здравоохранении.

На основании результатов собственных исследований типологизированы демографические, инфраструктурные, организационные, экономические, профессиональные и социально-психологические факторы, детерминирующие условия профессиональной деятельности врачей, и разработаны направления совершенствования сельского здравоохранения.

По итогам проведенного ранжирования всех установленных в ходе исследования направлений развития сельского здравоохранения сформирован комплекс мероприятий, направленный на создание привлекательной инфраструктурной и профессиональной среды, повышение профессиональной удовлетворенности сельских врачей, доступности и качества медицинской помощи, преодоление фрагментации сельского и регионального здравоохранения, дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении, включающий:

– организацию межрайонных центров на базе крупных районных больниц (3-4 группы) в качестве юридических лиц с включением РБ соседних муниципальных районов (1-2 группы) как филиалов (структурных подразделений) Межрайонного медицинского центра, обеспечивающих увеличение мощности медицинских организаций сельского здравоохранения,

возможность ротации кадров, повышения квалификации, применения современных, в том числе телемедицинских технологий;

– совершенствование системы оплаты труда с целью устранения финансовых деприваций и повышения профессиональной удовлетворенности сельских врачей;

– организацию наставничества, формирование «социальных лифтов» и юридическое сопровождение профессиональной деятельности с целью повышения социальной защищенности врачей в сельском здравоохранении;

– расширение социальных гарантий, психологическое и медико-социальное сопровождение врачей с целью профилактики профессионального выгорания, повышения социального статуса и качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие сельских территорий большинства регионов России, на которых проживает 25% населения страны, «происходит крайне неравномерно, демонстрируя негативные тенденции», диспропорции в качестве жизни населения городских и сельских территорий (Ирхина Л.Н., 2020; Гатауллин Р.Ф., 2020). Углубление межрегиональной и внутрирегиональной дифференциации, экономическое и социальное неравенство инициируют в последние десятилетия ухудшение здоровья сельского населения, сокращение его численности, возрастные диспропорции, глубокий демографический кризис. Здоровье населения формируется на основе показателей «социальных и профессиональных групп, проживающих на определенных территориях, в различных регионах» (Решетников А.В., 2007).

В России, как и в большинстве стран мира, существует ряд проблем в организации медицинской и лекарственной помощи сельскому населению. Сельские территории России испытывают дефицит качественного медицинского сервиса вследствие урбанизации, снижения численности населения, низкой его плотности, недостаточного финансирования сельского здравоохранения, тенденций «оптимизации» сельских медицинских организаций, дефицита кадров. На процесс оказания медицинской помощи сельскому населению влияет специфика социальных и экономических условий сельских территорий и структурные особенности сельского здравоохранения (Суслин С.А., 2017; Баранов Д.Н., 2018; Калининская А.А., Сон И.М., 2019; Коробкова О.К., 2020).

Анализ отечественных и зарубежных исследований свидетельствует об отсутствии концепции сельского здравоохранения, учитывающей современные тенденции и перспективы его развития, влияние на здоровье сельского населения. Необходимость медико-социологического осмысления

многофакторности здоровья сельского населения, современного контента сельской медицины, рассмотрения условий повышения качества жизни населения, доступности и качества медицинской помощи сельскому населению определили перспективы данного исследования, целью которого является осуществление комплексного медико-социологического анализа сельского здравоохранения региона в современных социально-экономических условиях и разработка направлений его совершенствования.

Объект исследования – тенденции развития сельского здравоохранения в системе здравоохранения региона.

Предмет исследования:

социальное функционирование профессиональной группы врачей районных медицинских организаций в контексте социально-организационных характеристик сельского здравоохранения Саратовской области.

Исследование проводилось с 2017 по 2021 гг. в рамках НИОКР «Медико-социологическое обоснование и направления совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению в системе здравоохранения региона» (регистрационный номер 121110800016-9 от 18.11.2021 г.).

Для решения поставленных задач были использованы социологические, медико-социологические, аналитические, статистические, математические методы исследования.

В исследовании осуществлен анализ тенденций развития сельской медицины региона в контексте функций (AGIL), представленных Т. Парсонсом для характеристики социальной системы. Академик РАН А.В. Решетников рассматривает «функции социального института медицины через призму теории социальных систем Т. Парсонса как функциональный комплекс процессов адаптации, целедостижения, интеграции и поддержания целостности».

Исследование включало пять этапов.

На первом этапе представлена медико-социологическая оценка состояния сельского здравоохранения Российской Федерации в современных социально-экономических условиях.

Территории существуют в континууме от «сельских» до «городских». Несмотря на всеобщую тенденцию урбанизации населения, большая часть территории Российской Федерации – сельские территории, развитие которых в России демонстрирует негативные тенденции. Современные сельские территории представляют наиболее депрессивную социальную среду, характеризуются высоким уровнем безработицы, снижением жизненного уровня сельского населения, выраженным уровнем бедности, который существенно превосходит городскую.

В концепции развития сельского социума ключевой является проблема сохранения здоровья сельского населения. В отечественных и зарубежных исследованиях рассматриваются взаимосвязи здоровья с базовыми социальными параметрами: бедность, инфраструктурные характеристики, доступность медицинской помощи и условия профессиональной деятельности на сельских территориях. Уменьшение рождаемости и увеличение миграции трудоспособного населения в города способствует депопуляции сельских территорий.

Большое значение в социальном конструировании общественного здоровья сельского населения имеют экологические условия жизни. В исследовании рассматриваются неблагоприятные экологические характеристики сельских территорий Саратовской области.

Система сельского здравоохранения является элементом социальной инфраструктуры, определяя перспективы сохранения и развития сельских территорий. Результаты исследований фиксируют различия в доступности медицинской помощи сельскому и городскому населению, что, по мнению авторов, является многофакторной проблемой и определяется низкой плотностью населения, достаточно большим радиусом медицинского обслуживания, неудовлетворительным дорожно-транспортным сообщением,

транспортными ограничениями медицинской помощи, дефицитом медицинских кадров, недостаточностью материально-технических и финансовых ресурсов медицинских организаций, негативными тенденциями состояния здоровья стареющего сельского населения.

Острая потребность в модернизации системы сельского здравоохранения реализуется в создании инновационной цифровой системы здравоохранения, основанной на современных информационных технологиях и новых способах управления. Современное здравоохранение испытывает масштабную инклюзию цифровых технологий, однако успешному внедрению цифровых инноваций в здравоохранение препятствуют многочисленные барьеры. В исследовании представлено многоуровневое распределение институциональных барьеров цифровизации сельского здравоохранения на примере Саратовской области. При обсуждении барьеров в контексте рисков цифровизации здравоохранения отмечено, что они возникают в ситуациях неэффективности функционирования механизмов, нестабильности институциональной среды и других дисфункциональных проявлений.

На втором этапе исследования осуществлен медико-социологический анализ здоровья сельского населения Саратовской области.

При анализе российской и региональной динамики основных демографических показателей здоровья населения последних десятилетий установлено увеличение численности населения России за 10 лет, численность городского населения за этот период выросла, а сельского – уменьшилась. В структуре населения России и Саратовской области преобладают женщины, как среди городского, так и среди сельского населения, но структурные диспропорции среди городских жителей более выражены.

Соотношение основных возрастных групп в общей численности населения Российской Федерации характеризует регрессивный тип популяционного здоровья. При анализе демографической ситуации в

Российской Федерации установлена отрицательная тенденция по показателям рождаемости, смертности, естественного прироста (убыли) населения, более выраженная среди сельского населения.

Характеризуя динамику заболеваемости (первичная, общая, социально значимыми и инфекционными заболеваниями), автор отмечает, что за 10 лет в России и Саратовской области отмечен достоверный рост первичной заболеваемости сельского населения по классу болезней органов дыхания, БСК, и незначимый рост болезней эндокринной системы (как и среди населения России в целом). При сравнении показателей первичной заболеваемости сельского населения в 2019 и 2020 году отмечено снижение уровня заболеваемости по всем основным классам болезней, кроме системы органов дыхания, где фиксируется рост заболеваемости на 10% в 2020 г., что связано с пандемией новой коронавирусной инфекции.

В Саратовской области уровень общей заболеваемости сельского населения на 5,8% выше, чем аналогичный показатель по РФ, за 10 лет прирост показателя по Саратовской области составил 5,5%. В РФ отмечен рост уровня общей заболеваемости населения за 10 лет по 4 классам болезней: органов дыхания, БСК, эндокринной системы и новообразования. Такие же тенденции отмечены в состоянии общей заболеваемости сельского населения Российской Федерации. У сельского населения Саратовской области отмечается рост заболеваемости по 10 классам болезней.

При проведении сравнительного анализа заболеваемости сельского населения РФ и Саратовской области социально значимыми заболеваниями за десять лет установлена стойкая тенденция роста злокачественных новообразований, причем в Саратовской области по классу злокачественных новообразований заболеваемость населения выше, чем в Российской Федерации на 6-8% в разные годы. На втором месте в РФ – заболеваемость сельского населения психическими расстройствами, которая демонстрирует стойкую тенденцию к снижению. В Саратовской области – тенденции аналогичные российским, хотя общий уровень заболеваемости по данному

классу в Саратовской области ниже среднего российского на 9%. На третьем месте – заболеваемость психическими расстройствами непсихотического характера.

Показатель общей смертности городского населения за 10 лет увеличился с 13,5 на 1000 чел. населения до 14,3 на 1000 чел. – в 2020 г., в то время как показатель смертности сельского населения за этот период снизился с 16,1 на 1000 чел. до 15,4 на 1000 чел. населения, хотя и остается выше, чем смертность городского населения. В то же время снижение показателей рождаемости более выражено в сельской местности – с 14,0 на 1000 чел. населения в 2010 году до 9,6 на 1000 чел. в 2020г., чем среди городского населения, где фиксируется снижение рождаемости с 12,0 на 1000 чел. – в 2010 г. до 9,9 на 1000 чел. – в 2020 г. Естественная убыль населения выше в сельской местности, тенденция ее роста характерна как для городской, так и для сельской местности, но темпы депопуляции выше в сельских территориях.

На третьем этапе проводилось изучение сельского жителя в социальной роли потребителя медицинских услуг здравоохранения сельской территории.

В контексте функции «Целедостижение» представлена социальная эффективность системы здравоохранения, одним из ведущих индикаторов которой является оценка, мониторинг и анализ социальной удовлетворенности пациентов медицинской помощью. В социологическом исследовании «Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в сельском здравоохранении» приняли участие 312 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области, все респонденты страдали хроническими заболеваниями.

Респонденты констатировали негативные явления в деятельности медицинских организаций, в которых им оказывалась медицинская помощь: отсутствие нужных специалистов (67,1% ответов), очереди (9,6% ответов), невозможность попасть на приём в удобное время (8,5% ответов),

невнимательное отношение сотрудников (8,5% ответов).

При оценке респондентами удовлетворенности медицинской помощью в сельских медицинских организациях региона более высоко отмечена удовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи в частных медицинских организациях. 60,6% респондентов удовлетворены отношением лечащего врача в поликлинике по месту жительства, «не в полной мере» при других условиях оказания медицинской помощи.

Респонденты определили проблемы, которые возникают у пациентов в ситуации хронического заболевания: недостаточное техническое оснащение медицинских организаций (67% ответов), высокая стоимость лекарств (60,0% ответов), большие очереди на приём к врачу (27,1% ответов), ограничение доступности бесплатной медицинской помощи (24,5% ответов), отсутствие социальной поддержки (16,1% ответов).

Большинство респондентов указали высокие и средние оценки социальной отзывчивости региональной системы здравоохранения.

С целью изучения деятельности медицинского персонала в сельских медицинских организациях проведено исследование «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении», которое включало фокус-групповое исследование и анкетный опрос респондентов – врачей, страдающих хроническими заболеваниями.

Врач как субъект медицины чаще всего выступает объектом медико-социологических исследований в контексте своих медицинских (экспертных) знаний о представителях разных социальных групп пациентов. Уникальность проведенного исследования определяется центрированием фокуса исследовательского интереса на социальной группе врачей в контексте их проблем здоровья – то есть изучении личного пациентского опыта врачей сельского здравоохранения.

В исследовании приняли участие 8 заведующих отделениями районных медицинских организаций Саратовской области. Большинство респондентов

(n = 6), участвующих в фокус-группе, страдали хроническими заболеваниями (более 10 лет), двоим из них установлена группа инвалидности.

Реализованное исследование позволило выделить несколько ключевых вопросов, отражающих проблемы доступности медицинской помощи специалистам сельского здравоохранения. Полученный глубокий эмпирический материал позволил расширить предполагаемый на этапе планирования круг проблем и описать особенности получения медицинской помощи выбранной группой респондентов – врачей сельского здравоохранения.

Участники исследования отметили, что в большинстве медицинских организаций существует корпоративная поддержка коллег в ситуации болезни. Отдельным направлением дискуссии стало обсуждение комплаентности специалистов сельского здравоохранения. Одной из наиболее актуальных проблем специалистов сельского здравоохранения являются финансовые депривации, которые, в том числе, обуславливают и особенности самосохранительного поведения представителей данной группы. Специфику самосохранительного поведения респондентов-врачей определяют кадровый дефицит сельского здравоохранения и условия профессиональной деятельности.

Эксперты, принявшие участие в исследовании, отметили ограничение доступности медицинской помощи сельскому населению региона в связи с дефицитом врачебных кадров, недофинансированием и низким материально-техническим обеспечением медицинских организаций районов Саратовской области, концентрацией специализированной медицинской помощи в крупных городах.

Ключевой составляющей для сохранения здоровья специалистов сельского здравоохранения является самосохранительная мотивация и установки. Отмеченная в научной литературе низкая приверженность самосохранительному поведению и распространенность высокой нагрузки, нарушение режима отдыха и труда, неправильная организации питания в

социальных группах врачей и студентов медицинских вузов в полной мере применимы к специалистам регионального здравоохранения.

Анализ массива мнений респондентов фокус-группового исследования позволил сформировать ряд выводов и определить направления повышения доступности медицинской помощи специалистам здравоохранения региона.

В анкетном опросе медико-социологического исследования «Медико-социологическая оценка доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении» приняли участие 312 врачей, работающих в сельских медицинских организациях региона.

Большинство респондентов склонны к комплаенсу (65,9% респондентов выполняют назначения лечащего врача. Регулярно принимают лекарственные препараты при необходимости постоянного приема 51,1% респондентов). Однако, большинство респондентов не выполняют назначения врача, касающиеся терапии, из-за недостаточности средств на лекарственные препараты (59,6%). Для 72,9% респондентов платные медицинские услуги недоступны.

На возникшие дополнительные условия ограничений доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в медицинских организациях региона указали респонденты в исследовании «Анализ доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в период эпидемии Covid-19», в котором приняли участие 312 респондентов. Все респонденты отметили изменение интенсивности профессиональной деятельности в период эпидемии – значительное увеличение профессиональной нагрузки. Все респонденты полагают, что причинами снижения качества и доступности медицинской помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, является загруженность медицинского персонала больными Covid-19, дефицит кадров в связи с их перераспределением и высоким уровнем заболеваемости ковидной инфекцией самих врачей, снижение коечного фонда

специализированных стационаров в связи с перепрофилированием в Covid-отделения.

На третьем этапе проведено социологическое исследование «Приоритетные направления улучшения деятельности сельского здравоохранения региона», в котором приняли участие 327 врачей из сельских медицинских организаций региона.

95,0% респондентов констатируют кадровый кризис в региональной системе здравоохранения. Признаками кадрового кризиса, по мнению респондентов, являются дефицит врачей (95,0% ответов), низкий уровень оплаты труда (78,3% ответов), отсутствие притока молодых специалистов (75,0% ответов), профессиональное выгорание специалистов (68,3% ответов), плохое отношение общества к врачам (61,7% ответов), снижение престижа профессии (55,0% ответов).

На четвертом этапе рассмотрены современные тенденции развития сельского здравоохранения региона.

При обсуждении в исследовании особенностей организации медицинской помощи жителям сельских территорий в 2005-2021 гг. на основании официальных статистических данных представлена динамика и анализ обеспеченности сельского населения региона амбулаторными медицинскими организациями, коечным фондом, врачебными и сестринскими медицинскими кадрами, а также динамическая характеристика показателей деятельности сельского здравоохранения Саратовской области.

В исследовании проведена группировка районов Саратовской области (их всего 38) по количеству проживающего населения, развитию сети государственных и частных организаций здравоохранения. Отмечено, что 60% районов Саратовской области характеризуются низкой доступностью медицинской помощи, дефицитом кадров, низкими показателями здоровья населения. Несмотря на проводимые в стране реформы здравоохранения, направленные на повышение доступности медицинской помощи сельскому населению, не преодолены негативные тенденции сельского

здравоохранения: концентрация первичной специализированной медицинской помощи в районных и областных центрах, низкая доступность медицинской помощи, неэффективное использование коечного фонда, снижение показателей обеспеченности койками и средним медицинским персоналом. Установлено изначальное ограничение территориальной доступности сельскому населению врачебной медицинской помощи в связи с низкой плотностью населения и малочисленностью населенных пунктов по сравнению с городским.

С целью анализа взаимодействия медицинских организаций и преемственности в лечении пациентов в сельском здравоохранении Саратовской области проведено компаративное социологическое исследование «Анализ интеграционных процессов при оказании медицинской помощи в сельском здравоохранении региона», в котором приняли участие 319 врачей, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области. Функционирование интегрированной модели медицинской помощи для обеспечения непрерывного сопровождения пациентов с хронической патологией рассматривается в контексте «Интегративной» функции.

Хронические заболевания, формирующие соматические и социальные депривации пациентов, предполагают оказание интегрированной медико-социальной помощи, играющей ведущую роль в координации и предоставлении качественной медицинской и социальной помощи. 52,2% респондентов указали как «частую» или «скорее частую» практику совместной разработки планов ведения пациента врачами участковой службы и узкими специалистами. 56,5% респондентов направляют до 10% пациентов к узким специалистам. В большинстве (73,9%) случаев при оказании пациентам неотложной медицинской помощи информация передается или «скорее часто» передается врачам. Отмечен «неприемлемый уровень информирования врачей поликлиник» о госпитализации пациентов. В большинстве (82,6%) случаев врачи поликлиники обращались (и «иногда»

обращались) к лечащим врачам стационаров за необходимыми уточнениями по ведению пациентов после стационарного лечения. Лишь 13,0% респондентов считают, что пациенты «никогда» не возвращались в стационар в связи с неудовлетворительным оказанием им помощи на амбулаторном этапе. Обращает на себя внимание, что у 100% респондентов отсутствует доступ к электронной медицинской документации пациента в медицинских организациях Саратовской области. Менее половины (43,5%) респондентов «всегда» или «часто» получали информацию о результатах санаторно-курортного лечения пациентов. 69,6% респондентов из поликлиник и стационаров районных медицинских организаций в своей профессиональной деятельности взаимодействовали с работниками социальных служб.

С целью изучения ресурсного обеспечения сельского здравоохранения на четвертом этапе проведено анкетирование 327 респондентов, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области. Социальный портрет врачей районных медицинских организаций, релевантный сельскому здравоохранению Саратовской области, фиксирует основные возрастные, финансовые и социальные характеристики сельских жителей региона.

Рассмотрение функции «Адаптация» реализовано в обсуждении перспектив цифровизации сельского здравоохранения в регионе. Для изучения мнения врачей о цифровизации медицины на сельских территориях Саратовской области проведено социологическое исследование (формализованное интервью) «Риски цифровизации в сельской медицине региона» с участием 87 врачей из медицинских организаций районов Саратовской области.

Большинство (94%) респондентов предполагают, что с развитием телемедицины в регионе повысится доступность медицинской помощи для населения, однако 81% респондентов не считают, что телемедицина повысит качество медицинской помощи. Лишь 27% респондентов использовали телемедицинские технологии в своей профессиональной деятельности. Не связывают решение проблем регионального здравоохранения с развитием

телемедицины 6% респондентов, при этом 96% не предполагают использовать телемедицинские технологии для решения проблем сельского здравоохранения.

Среди барьеров в развитии телемедицины в сельском здравоохранении респонденты указали увеличение нагрузки на врача (96% ответов), недостаточную техническую подготовку медицинского персонала (84% ответов), отсутствие непосредственного общения с пациентом (81% ответов), недоверие пациентов к дистанционным консультациям (74% ответов), отсутствие высокоскоростного канала Интернет-связи в медицинской организации и у пациентов (64% ответов), отсутствие юридического регулирования телемедицинской практики (32% ответов). Большинство респондентов (92%) не поддержали возможность дистанционно поставить диагноз и назначить лечение пациенту, 98% респондентов исключают повышение приверженности к лечению пациентов в условиях телемедицины.

Все респонденты убеждены, что при принятии решения о включения телемедицинских технологий в систему ОМС возможно серьезное сопротивление врачебного сообщества. Все респонденты предполагают сокращение и оптимизацию медицинского персонала в связи с развитием телемедицины и возрастанием дополнительной нагрузки на врачей. По мнению респондентов (100% ответов), с внедрением телемедицинских технологий возрастет риск врачебных ошибок, и пациенты не будут доверять дистанционным консультациям.

На пятом этапе в медико-социологическом исследовании «Качество жизни врачей в сельском здравоохранении» с участием 327 респондентов проведен компаративный анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения региона с использованием опросника качества жизни ВОЗ КЖ-100. При проведении компаративного анализа качества жизни респондентов в сельском здравоохранении региона наибольшие значения средних показателей качества жизни респондентов отмечены в субсферах: F9

«Подвижность» ($16,26 \pm 1,24$), F12 «Способность к работе» ($16,06 \pm 0,90$) и F13 «Личные отношения» ($16,26 \pm 0,81$). Максимальное снижение показателя качества жизни респондентов – в субсфере F18 «Финансовые ресурсы» ($10,19 \pm 1,20$).

В исследовании не установлено достоверных гендерных и возрастных различий качества жизни респондентов. Предположение о влиянии на качество жизни степени финансовых деприваций в исследовании не подтвердилось.

В исследовании «Оценка влияния эмоционального выгорания на качество жизни врачей», приняли участие 327 врачей, работающих в сельских медицинских организациях Саратовской области. Установлено, что у большинства (52,9%) респондентов определяется эмоциональное выгорание в фазе «истощение». Лишь 20,2% респондентов не имеют эмоционального выгорания.

При компаративном анализе выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) средних показателей качества жизни респондентов с различными фазами эмоционального выгорания.

В исследовании осуществлена социологическая интерпретация качества жизни как критерия социального комфорта «жизненного мира».

В контексте «Латентной» функции рассмотрены тенденции самообразования в профессиональном образовании врачей сельского здравоохранения региона. Проведено социологическое исследование (формализованное интервью) «Самообразование в системе непрерывного медицинского образования», в котором приняли участие 87 врачей из сельских медицинских организаций региона.

Читают литературу, исключительно касающуюся медицинской специальности 97% респондентов, включающую широкий круг тем в рамках профессионального профиля 4% респондентов и обсуждающую гуманитарные проблемы 3% респондентов. 58% респондентов на чтение

литературы по специальности несколько часов в месяц. Большинство (79%) респондентов информацию, необходимую в повседневной профессиональной деятельности, находят в сети Интернет. При определении стратегии лечения пациента респонденты чаще ориентируются на сведения из сети Интернет (74% ответов).

Наиболее эффективной формой обучения респонденты полагают очную (81% ответов). По мнению респондентов, повышение квалификации необходимо ежегодно. Организацию НМО респонденты рассматривают в формате вебинаров (51% ответов), дистанционного обучения в коротких тематических курсах с получением сертификатов (62% ответов), научно-практических конференций с проведением мастер-классов (59% ответов) и обучением на рабочем месте (81% ответов). 84% респондентов полагают, что у них нет перспектив использования современных технологий и практик, полученных при прохождении циклов повышения квалификации, в профессиональной деятельности, называя причины: отсутствие современного оборудования в медицинской организации (42% ответов), стандарты ОМС (73% ответов), финансовые ограничения пациента при выполнении рекомендаций врача (92% ответов).

С целью оценки удовлетворенности сельских врачей профессиональной деятельностью проведено компаративное социологическое исследование «Оценка удовлетворенности врачей медицинских организаций профессиональной деятельностью» с использованием вопросов анкет, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым. В исследовании участвовали 327 врачей, работающих в районных медицинских организациях Саратовской области.

Установлено, что большинство респондентов-врачей сельского здравоохранения живут с финансовыми депривациями. По мнению респондентов, заработная плата врачей региона в зависимости от квалификации должна составлять от 50 до 70 тыс. руб. и выше.

Уровень материального положения, по мнению респондентов, не соответствует их профессиональной квалификации. 49,5% респондентов считают, что профессиональная деятельность может обеспечить лишь «более-менее», и не способна обеспечить 39,2% респондентов. 66,0% респондентов совмещают по своей специальности.

При компаративном анализе удовлетворенности жизнью в группе врачей сельского здравоохранения фиксируются более низкая удовлетворенность финансовым положением, здоровьем, жилищными условиями, семейным положением, работой и жизнью в целом.

Установленная в ходе исследования независимость удовлетворенности профессиональной деятельности от условий профессиональной деятельности врачей рассматривается Ф. Герцбергом. Кроме того, может быть объяснена и описанным академиком РАН А.В. Решетниковым феноменом «парадоксальной» медицины, возникшим в российском здравоохранении в конце XX века и обозначенным термином антиномия – «логически взаимоисключающие и несочетаемые друг с другом, но фактически одновременно функционирующие явления».

На основании результатов собственных исследований типологизированы демографические, инфраструктурные, организационные, экономические, профессиональные и социально-психологические факторы, детерминирующие условия профессиональной деятельности врачей, и разработаны направления совершенствования сельского здравоохранения.

По итогам проведенного ранжирования всех установленных в ходе исследования направлений развития сельского здравоохранения сформирован комплекс мероприятий, направленный на создание привлекательной инфраструктурной и профессиональной среды, повышение профессиональной удовлетворенности сельских врачей, доступности и качества медицинской помощи, преодоление фрагментации сельского и регионального здравоохранения, дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении.

ВЫВОДЫ

1. Социально-экономические, организационные, инфраструктурные, профессионально-трудовые, культурные и другие особенности сельского уклада жизни, высокий уровень бытовой физической нагрузки определяют высокие риски здоровья сельского населения.

Депопуляция сельских территорий, экологические риски и низкая доступность медицинской помощи для сельских жителей привели к ухудшению состояния здоровья сельского населения, более выраженным негативным тенденциям показателей здоровья сельского населения по сравнению с городским в регионах России.

Инфраструктурные и социально-экономические условия сельских территорий, «оптимизация» сельских медицинских организаций детерминируют процесс оказания медицинской помощи, ограничение доступности и низкую эффективность сельского здравоохранения.

Внедрение в организации сельского здравоохранения обладающих высоким потенциалом для повышения эффективности системы здравоохранения цифровых практик и технологий, успешно реализуемых в городских медицинских организациях, ограничено условиями кадрового дефицита, недостаточно развитой инфраструктурой и иными многоуровневыми институциональными рисками цифровизации сельского здравоохранения, а именно:

1. Федеральный уровень:
 - правовые риски,
 - организационно-управленческие (логистические) и технологические риски.
2. Региональный уровень:
 - финансовые риски.

3. Уровень медицинских организаций и пользователей (медицинский персонал и пациенты):

- поведенческие риски,
- организационно-управленческие (логистические) и технологические риски.

2. По результатам анализа демографических показателей за 2011-2021 годы установлено прогнозное снижение численности трудоспособного населения страны в целом и Саратовской области, как типичного региона России, нарастающее в перспективе ближайших 10-15 лет, при возрастающей потребности в медицинской помощи, обусловленной демографическими показателями старших групп трудоспособного населения. При этом обращает на себя внимание малочисленность населения детского возраста в рассматриваемых пятилетних группах, ни одна из которых в России не достигает десяти миллионов человек, что является прогностически неблагоприятным фактором формирования трудовых ресурсов системы здравоохранения. Это является серьезным риском обеспечения системы здравоохранения России кадровым медицинским персоналом и поддержания определенного уровня доступности медицинской помощи населению и требует разработки своевременных превентивных мероприятий с целью решения проблем здравоохранения сельских территорий, где риски выше, чем в городских условиях.

При анализе динамики показателей общественного здоровья населения Российской Федерации установлена отрицательная тенденция показателей, характеризующих воспроизводство населения, более выраженная среди сельского населения.

Характеристика сельского населения Саратовской области по полу, возрасту, уровню рождаемости, смертности, заболеваемости населения мало отличается от характеристики сельского населения России в целом, что подтверждает типичность региона.

В России отмечается снижение заболеваемости населения за 10 лет исследуемого периода, в том числе – заболеваемости сельского населения, темпы которого возросли в 2020 году, что, вероятнее всего, обусловлено изменениями в работе системы здравоохранения, связанными с распространением новой коронавирусной инфекции (снижением темпов профилактической работы, – отсутствием профилактических осмотров, диспансеризации населения, развертыванием инфекционных отделений на базе соматических, мобилизацией врачей различных специальностей на борьбу с Covid–19, уменьшением объемов плановой медицинской помощи населению). При сравнительной характеристике заболеваемости городского и сельского населения некоторыми инфекционными заболеваниями обращает на себя внимание уровень заболеваемости сельского населения, который практически в два раза ниже, чем городского. Выявлено статистически достоверное превышение уровня смертности сельского населения по отношению к городскому, в связи с чем низкий уровень заболеваемости сельского населения скорее свидетельствует об ограничении доступности медицинской помощи населению сельских территорий, чем о его хорошем здоровье.

3. Оценка и мониторинг социальной удовлетворенности пациентов медицинской помощью является одним из ведущих индикаторов социальной эффективности системы здравоохранения. Выявленная при анализе удовлетворенности медицинской помощью положительная оценка 65% респондентов качества и доступности медицинской помощи в разных условиях оказания, несмотря на ограничение доступности медицинской помощи в сельских медицинских организациях региона (отсутствие нужных специалистов; недостаточное техническое оснащение медицинских организаций; высокую, не соответствующую финансовым возможностям пациентов, стоимость лекарственных препаратов), может рассматриваться в ракурсе описанного академиком РАН А.В. Решетниковым феномена

«парадоксальной» медицины, возникшего в российском здравоохранении в конце XX века.

В условиях сельского здравоохранения доступность медицинской помощи врачам имеет не только организационный, но и социальный, и географический контекст – барьерами выступают кадровый дефицит сельского здравоохранения, отсутствие необходимой инфраструктуры и материально-технологическое отставание сельского здравоохранения, сложности транспортного обеспечения региона, особенности менталитета жителей сельской местности. В ситуации, когда в помощи нуждаются врачи, имеющие хроническое нарушение здоровья, приведенный перечень барьеров дополняется высоким уровнем нагрузки и спецификой самосохранительного поведения представителей данной группы.

С 2020 г. в ситуации эпидемии Covid-19 возникли дополнительные условия ограничений доступности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями в сельских медицинских организациях региона. Причинами снижения доступности медицинской помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, 100% потребителей медицинских услуг считают загруженность медицинского персонала больными Covid, дефицит кадров в связи с их перераспределением и высоким уровнем заболеваемости ковидной инфекцией самих врачей, снижением коечного фонда специализированных стационаров в связи с перепрофилированием в Covid-отделения.

Перспективы развития сельского здравоохранения региона, по мнению потребителей медицинских услуг, определяет повышение уровня жизни и минимизация рисков профессиональной деятельности врачей, формирование привлекательной профессиональной среды в сельском здравоохранении.

4. В настоящее время в России реализуется комплекс современных нормативно-правовых актов, направленных на организацию, координацию и контроль оказания медицинской помощи сельскому населению. Предложены и осуществляются социально-экономические преобразования, направленные

на повышение доступности и качества медицинской помощи сельскому населению (в том числе для населения на отдаленных территориях), преодоление негативных тенденций ресурсного обеспечения и устранение дефицита специалистов здравоохранения в первичной медико-санитарной помощи в сельском здравоохранении.

Несмотря на проводимые в стране реформы в здравоохранении, направленные на повышение доступности медицинской помощи сельскому населению, не преодолены негативные тенденции сельского здравоохранения: концентрация специализированной медицинской помощи в районных центрах, неэффективное использование коечного фонда, снижение показателей обеспеченности койками и средним медицинским персоналом, низкая доступность медицинской помощи. В 75% муниципальных районов, в которых проживает более 30% населения Саратовской области (638 тысяч человек), имеется ограничение доступности медицинской помощи.

Проведенный анализ степени взаимодействия врачей при оказании медицинской помощи сельскому населению в стационарных и поликлинических условиях свидетельствует о фрагментации сельской и региональной систем здравоохранения.

Несмотря на принятые в России и Саратовской области нормативно-правовые акты, направленные на повышение привлекательности сельского здравоохранения для молодых специалистов (10,0% врачей переехали в районы Саратовской области по программе «Земский доктор»), в социальном портрете профессиональной группы врачей, релевантном сельскому здравоохранению Саратовской области, большинство (81,0%) респондентов старше 40 лет, врачи до 30 лет составляют 10%. Средний возраст респондентов – 48 ± 2 года. 88,0% респондентов – женщины. Средний общий стаж работы сельских врачей в здравоохранении – $27,5 \pm 2,6$ лет. Средний стаж работы по специальности составляет $24 \pm 2,6$ года.

У большинства (61,0%) респондентов «зарплаты хватает только на питание и самые необходимые вещи». Средний уровень дохода на каждого

члена семьи респондентов составляет $14,6 \pm 1,7$ тыс. руб. в месяц.

Отмечены инфраструктурные ограничения проживания в районе Саратовской области: отсутствие развитой инфраструктуры (59,2%), плохие дороги (9,8%), удалённость от центра (5,9%). Однако 85% респондентов намерены продолжать работать в медицинских организациях районов Саратовской области. Таким образом, социальный портрет врачей районных медицинских организаций фиксирует основные возрастные, финансовые, социальные характеристики сельских жителей региона.

Выявленные риски цифровизации сельского здравоохранения связаны с неготовностью врачей к использованию инновационных технологий в профессиональной деятельности.

5. Качество жизни врачей в сельском здравоохранении региона профессионально и социально детерминировано. В исследовании не установлено достоверных гендерных и возрастных различий качества жизни респондентов.

Наименьшие значения средних показателей качества жизни респондентов зафиксированы в «Физической» сфере ($12,81 \pm 0,86$), субсферах: F1 «Физическая боль и дискомфорт» ($12,74 \pm 0,75$), F2 «Жизненная активность, энергия и усталость» ($12,29 \pm 0,92$); F4 «Положительные эмоции» ($11,68 \pm 1,10$), F18 «Финансовые ресурсы» ($10,19 \pm 1,20$), F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» ($12,71 \pm 1,08$), F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» ($12,32 \pm 0,89$). Наибольшее значения средних показателей качества жизни респондентов в субсферах: F9 «Подвижность» ($16,26 \pm 1,24$), F12 «Способность к работе» ($16,06 \pm 0,90$) и F13 «Личные отношения» ($16,26 \pm 0,81$).

При компаративном исследовании качества жизни врачей в региональном и сельском здравоохранении Саратовской области отмечено снижение показателей качества жизни врачей сельского здравоохранения во всех сферах и субсферах опросника ВОЗ КЖ-100. Результаты проведенного

компаративного исследования качества жизни доказывают влияние на качество жизни врачей сельского здравоохранения их профессиональной деятельности и условий проживания на сельской территории.

У большинства (79,8%) респондентов выявлено эмоциональное выгорание, фаза истощения отмечена у 52,9% респондентов. Установлено влияние распределения респондентов по фазам выгорания от территориального расположения медицинской организации.

При компаративном анализе выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) средних показателей качества жизни респондентов с различными фазами эмоционального выгорания.

Качество жизни рассматривается как критерий социального комфорта «жизненного мира». Анализ средних показателей качества жизни респондентов и результаты компаративного анализа качества жизни респондентов в ситуации финансовых деприваций позволяют утверждать о наличии низкой социальной комфортности данной профессиональной группы врачей.

При обсуждении континуума непрерывного медицинского образования установлено существенное снижение возможностей самообразования в современной профессиональной деятельности врачей, социальных препятствиях профессиональному самообразованию в связи с высокими профессиональными нагрузками, необходимостью совместительства, связанного с финансовыми депривациями.

65,5% респондентов вновь выбрали бы профессию врача, несмотря на выявленные при компаративном анализе удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в региональном и сельском здравоохранении Саратовской области финансовые депривации, невозможность профессиональной деятельности материально обеспечить в сельском здравоохранении 39,2% респондентов, а 50,7% респондентов обеспечить лишь «более-менее», необходимость искать дополнительный заработок 68,2% респондентам. В группе врачей сельского здравоохранения

фиксируются более низкая удовлетворенность финансовым положением, здоровьем, жилищными условиями, семейным положением, работой и жизнью в целом по сравнению с врачами регионального здравоохранения.

Установленная в ходе исследования независимость удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в сельском здравоохранении от условий профессиональной деятельности рассматривается Ф. Герцбергом и может быть объяснена описанным академиком РАН А.В. Решетниковым феноменом «парадоксальной» медицины.

6. На основании результатов собственных исследований типологизированы демографические, инфраструктурные, организационные, экономические, профессиональные и социально-психологические факторы, детерминирующие условия профессиональной деятельности врачей, разработаны направления совершенствования сельского здравоохранения, на основании определения ранговых значений сформирован комплекс основных мероприятий, направленный на формирование привлекательной инфраструктурной и профессиональной среды, повышение доступности и качества медицинской помощи:

- увеличение мощности медицинских организаций сельского здравоохранения посредством организации межрайонных центров на базе крупных районных больниц (3 и 4 группы) в качестве юридических лиц с включением маломощных районных больниц (1 и 2 группы) как филиалов (структурных подразделений) Межрайонного медицинского центра;

- развитие телемедицинских технологий для преодоления фрагментации сельского и регионального здравоохранения, дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении;

- совершенствование системы оплаты труда с целью снижения финансовых деприваций и повышения профессиональной удовлетворенности сельских врачей;

– организация наставничества, формирование «социальных лифтов» и обеспечение юридического сопровождения профессиональной деятельности с целью повышения социальной защищенности врачей в сельском здравоохранении;

– расширение социальных гарантий, психологическое и медико-социальное сопровождение врачей с целью профилактики профессионального выгорания, повышения социального статуса и качества жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Государственной Думе Российской Федерации. В целях соблюдения прав сельского населения на доступную медицинскую помощь, а также населения малых городов, поселков городского типа, учитывая выявленные особенности расселения на большой территории, организации медицинской помощи, низкую плотность населения ограничения доступности (территориальной, кадровой, информационной) отдельным пунктом в Основах законодательства законодательно закрепить понятие: «сельское здравоохранение», особенности организации медицинской помощи и гарантии сельскому населению при получении медицинской помощи.

2. Органам управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях рекомендуется использовать предложенный механизм типологизации сельских муниципальных районов для обоснования структурных преобразований сельского здравоохранения на основе трехэтапной модели организации медицинской помощи в целях повышения доступности медицинской помощи населению сельских территорий.

3. В связи с обоснованием показателей качества жизни врачей сельского здравоохранения как многофакторного критерия оценки их социального состояния и функционирования, органам управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях рекомендуется проводить мониторинг качества жизни врачей медицинских организаций сельского здравоохранения в целях своевременной оценки состояния профессиональной группы, профилактики профессионального выгорания, коррекции программ, мероприятий и прогноза развития кадрового ресурса сельского здравоохранения.

4. Органам исполнительной власти региона рекомендуется предусмотреть финансирование мероприятий, направленных на повышение

качества жизни врачей сельской системы здравоохранения (по результатам мониторинга качества жизни) с целью создания условий для закрепления специалистов в системе сельского здравоохранения региона.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

МО – медицинская организация

МП – медицинская помощь

НПА – нормативно-правовые акты

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РБ – районная больница

РД – районные диспансеры

РП – районные поликлиники

РФ – Российская Федерация

СМП – скорая медицинская помощь

СО – Саратовская область

ТПГГ – Территориальная программа государственных гарантий
оказания бесплатной медицинской помощи населению

ЦРБ – центральная районная больница

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаев, С. С. Популяционное исследование качества жизни населения Санчинского сельского поселения Кайтагского района республики Дагестан / С. С. Абдуллаев. – Текст : непосредственный // Интернаука. – 2019. – № 19-1 (101). – С. 35-38.
2. Адзиев, Р. С. Аутокомпетентность будущего медика как базовая характеристика будущего профессионала / Р. С. Адзиев. – Текст : непосредственный // Modern Science. – 2019. – № 10-2. – С. 179-183.
3. Аленин, П. Н. Проблемы профессионализации в современной медицине: философский анализ / П. Н. Аленин, Е. А. Андриянова. – Текст : непосредственный // Современное культурно-образовательное пространство гуманитарных и социальных наук. Материалы VIII Международной научной конференции. / под общей редакцией Ю. Ю. Андреевой, И. Э. Рахимбаевой. – Саратов: Издательство "Саратовский источник", 2020. – С. 790-798.
4. Алимбаев, А. А. Методика оценки социальной и экономической эффективности цифровизации системы здравоохранения / А. А. Алимбаев, Б. С. Битенова, Т. И. Есенбекова. – Текст : непосредственный // Экономика: стратегия и практика. – 2020. – № 3 (15). – С. 25-37.
5. Алтухов, А. И. К оценке пространственного развития сельскохозяйственного производства / А. И. Алтухов, О. В. Солнцева. – Текст : непосредственный // Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии. – 2019. – № 8. – С. 181-191.
6. Амлаев, К. Р. Результаты изучения некоторых аспектов образа и качества жизни детских врачей-онкологов/гематологов / К. Р. Амлаев, М. Г. Гевандова, Х. Т. Дахкильгова. – Текст : непосредственный // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 12. – С. 16-19.
7. Анализ направлений преодоления кризиса регионального здравоохранения (по результатам фокус-группового исследования) / М. В.

Еругина, И. Л. Кром, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16. – № 4. – С. 963-967.

8. Анников, Ю. Г. Социальный портрет пациента с нейротравмой / Ю. Г. Анников, И. Л. Кром, М. В. Еругина. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций. II международная научно-практическая конференция. – Саратов, 2021. – С. 15-18.

9. Антонова, Н. И. Опыт и новые подходы к типологизации сельских территорий / Н. И. Антонова. – Текст : непосредственный // Вестник Государственного аграрного университета Северного Зауралья. – 2015. – № 2 (29). – С. 91-96.

10. Аслаева, С. Ш. Эконометрический анализ факторов бедности работающего населения / С. Ш. Аслаева, А. Ш. Гайсина, А. Г. Каримов. – Текст : непосредственный // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2021. – Т. 10, № 2 (35). – С. 65-68.

11. Баландин, Д. А. Пространственное развитие инфраструктуры сельских территорий региона на основе совершенствования межуровневого взаимодействия / Д. А. Баландин. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2020. – № 5. – С. 40-44.

12. Балашова, Н. Н. Интегральная оценка социально-экономического развития сельских территорий с учетом различий в плотности населения / Н. Н. Балашова, Д. А. Коробейников, С. А. Попова. – Текст : непосредственный // Экономика сельскохозяйственных и перерабатывающих предприятий. – 2020. – № 10. – С. 76-83.

13. Балашова, Н. Н. Типология сельских территорий по уровню развития социальной инфраструктуры / Н. Н. Балашова, Д. А. Коробейников, С. А. Попова. – Текст : непосредственный // Вестник Челябинского государственного университета. – 2020. – № 10 (444). – С. 28-39.

14. Бальзамова, Л. А. Эффективность использования ресурсов здравоохранения в амбулаторно-поликлинических учреждениях : дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Л. А. Бальзамова. – Москва, 2004. – 164 с. – Текст : непосредственный.

15. Баранов, А. А. Телемедицина – перспективы и трудности перед новым этапом развития / А. А. Баранов, Е. А. Вишнева, Л. С. Намазова-Баранова. – Текст : непосредственный // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Т. 10, № 3. – С. 6-11.

16. Баранов, Д. Н. Современное состояние и направления трансформации здравоохранения в Российской Федерации / Д. Н. Баранов. – Текст : непосредственный // Вестник Московского университета им. С. Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление. – 2018. – № 2 (25). – С. 69-76.

17. Барашков, Г. М. Телемедицина в решении проблемы ограничения доступности медицинской помощи на отдаленных территориях: правовые барьеры внедрения и функционирования (обзор) / Г. М. Барашков, М. Г. Еремина, В. Г. Субботина. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17. – № 4. – С. 755-760.

18. Басарева, В. Г. Сельская бедность как фактор, сдерживающий инновационное развитие АПК / В. Г. Басарева. – Текст : непосредственный // АПК: Экономика, управление. – 2021. – № 3. – С. 77-84.

19. Батяев, А. Идеальный персонал – профессиональная подготовка, переподготовка, повышение квалификации персонала / А. Батяев. – Москва : Научная книга, 2018. – 891 с. – Текст : непосредственный.

20. Башкирёва, А. С. Демографические и профессиональные риски депопуляции работающего населения в России (аналитический обзор) / А. С. Башкирёва. – Текст : непосредственный // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23, № 1. – С. 30-39.

21. Бедность как социальный риск здоровья сельского населения / Н. Н. Шигаев, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, Е. А. Мокшина. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии

инноваций : сборник Всероссийской научно-практической конференции. – Саратов, 2018. – С. 242-245.

22. Бездетко, Г. И. Особенности образа и качества жизни врачей – стоматологов-ортопедов / Г. И. Бездетко, Е. Ю. Шкатова. – Текст : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 75.

23. Белова, Н. И. Сельское здравоохранение; состояние, тенденции и проблемы / Н. И. Белова. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2017. – № 3. – С. 97-105.

24. Бергер, Ю. А. Проблемы и перспективы социально-экономического развития муниципальных районов Волгоградской области / Ю. А. Бергер. – Текст : непосредственный // Научный вестник Южного института менеджмента. – 2016. – № 1. – С. 49-53.

25. Березин, И. И. Определение причинно-следственных связей в системе «Загрязнение атмосферного воздуха - заболеваемость населения» / И. И. Березин, Ю. Ю. Елисеев, А. К. Сергеев. – Текст : непосредственный // Наука и инновации в медицине. – 2020. – Т. 5, № 4. – С. 230-234.

26. Берёзкина, И. А. Роль информатизации и цифровизации системы здравоохранения в эффективности управления и оказания медицинской помощи / И. А. Берёзкина, И. Н. Приземина, С. С. Зелинский. – Текст : непосредственный // Социальная работа: современные проблемы и технологии. – 2020. – № 1. – С. 22-30.

27. Бигдай, О. Б. К вопросу о совершенствовании концептуальных основ региональной политики в пространственном аспекте / О. Б. Бигдай, Р. И. Полников, Е. Л. Путренко. – Текст : непосредственный // Вестник СевКавГТИ. – 2015. – № 1 (20). – С. 6-10.

28. Блинова, Т. В. Прогнозирование изменения численности населения сельских территорий России / Т. В. Блинова, С. Г. Былина, В. А. Русановский. – Текст : непосредственный // Научные труды: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2020. – № 18. – С. 466-482.

29. Блинова, Т. В. Развитие цифровых услуг для сельского населения России / Т. В. Блинова, С. Г. Былина. – Текст : непосредственный // АПК: экономика, управление. – 2019. – № 4. – С. 49-56.
30. Блинова, Т. В. Социальные аспекты экономической безопасности сельского населения России / Т. В. Блинова, А. А. Вяльшина. – Текст : непосредственный // Экономическая безопасность и качество. – 2019. – № 3 (36). – С. 55-61.
31. Бобков, В. Н. Социальное неравенство в России / В. Н. Бобков, Е. В. Одинцова. – Текст : непосредственный // Журнал Новой экономической ассоциации. – 2020. – № 3 (47). – С. 179-183.
32. Бойко, С. Л. Социальный портрет врача общей практики / С. Л. Бойко – Текст : непосредственный // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 19, № 4. – С. 113-121.
33. Бойцов, С. А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: социальные факторы / С. А. Бойцов, И. В. Самородская, В. Ю. Семенов. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Том. 25, № 6. – С. 336-339.
34. Бойцов, С. А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: факторы окружающей среды / С. А. Бойцов, И. В. Самородская, В. Ю. Семенов. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Том. 25, № 5. – С. 260-265.
35. Бойцов, С. А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: экономические факторы / С. А. Бойцов, И. В. Самородская, В. Ю. Семенов. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Том. 24, № 6. – С. 336-339.
36. Бондарева, Г. С. Методический подход к типологизации территорий регионов / Г. С. Бондарева, Н. С. Бондарев. – Текст :

непосредственный // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2020. – № 2 (50). – С. 54-65.

37. Бондаренко, Л. В. Безработица в сельской местности и опасения потери работы / Л. В. Бондаренко. – Текст : непосредственный // Вестник сельского развития и социальной политики. – 2017. – № 4. – С. 5-8.

38. Бондаренко, Л. В. К вопросу о методологии типологизации сельских территорий / Л. В. Бондаренко, О. А. Яковлева. – Текст : непосредственный // Экономика, труд, управление в сельском хозяйстве. – 2020. – № 9 (66). – С. 3-13.

39. Бондаренко, Л. В. Материальное положение сельских семей: статистика и самооценка / Л. В. Бондаренко. – Текст : непосредственный // Агропродовольственная политика России. – 2017. – № 11 (71). – С. 13-16.

40. Бондаренко, Л. В. Программно-целевой подход к развитию сельских территорий / Л. В. Бондаренко. – Текст : непосредственный // АПК: Экономика, управление. – 2020. – № 2. – С. 47-62.

41. Бондаренко, Л. В. Сельские дороги: состояние и перспективы / Л. В. Бондаренко, Н. А. Симановский. – Текст : непосредственный // Экономика сельского хозяйства России. – 2020. – № 10. – С. 86-92.

42. Бондаренко, Л. В. Социальное развитие сельских территорий России: проблемы и перспективы / Л. В. Бондаренко. – Текст : непосредственный // Агропродовольственная политика России. – 2017. – № 4 (64). – С. 13-18.

43. Бондаренко, Л. В. Социально-экономические различия между городом и деревней: научные воззрения и отечественная практика / Л. В. Бондаренко. – Текст : непосредственный // Вестник Российской академии наук. – 2018. – Т. 88, № 10. – С. 867-877.

44. Бочкарёва, Г. Н. К вопросу об индикаторах качества медицинской помощи / Г. Н. Бочкарёва, М. Г. Еремина. – Текст : непосредственный // Социальная роль врача в Российском обществе : сборник Всероссийской научно-практической конференции. – Н. Новгород, 2018. – С. 33-37.

45. Былина, С. Г. Смертность городского и сельского населения РФ по причинам смерти: сравнительный анализ / С. Г. Былина. – Текст : непосредственный // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – № 10-2 (100). – С. 95-103.
46. Ваньков, Д. В. Телемедицинские технологии на современном этапе развития здравоохранения / Д. В. Ваньков, С. В. Дьяков, М. А. Иванова. – Текст : непосредственный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 3. – С. 223-235.
47. Вартанова, М. Л. Повышение уровня и качества жизни населения – главная задача устойчивого развития сельских территорий / М. Л. Вартанова, В. А. Безвербный. – Текст : непосредственный // Экономические отношения. – 2019. – Т. 9, № 3. – С. 1925-1938.
48. Вассерман, Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Федорова. – Текст : непосредственный // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67-71.
49. Великий, П. П. Социальные механизмы повышения качества жизни населения сельских территорий / П. П. Великий. – Текст : непосредственный // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2019. – Т. 11, № 5. – С. 91-107.
50. Верификация системных факторов организации онкологической помощи в Саратовской области / М. В. Еругина, И. Л. Кром, А. Б. Шмеркевич, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 2. – С. 316-321.
51. Веселов, Ю. В. Социальные различия в питании и здоровье городского и сельского населения (на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области) / Ю. В. Веселов, О. А. Никифорова, Г. И. Чернов. – Текст : непосредственный // Общество: социология, психология, педагогика. – 2019. – № 10 (66). – С. 22-31.

52. Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей / С. В. Сажина, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-1-4. – Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 1. – С. 4.

53. Виленский, И. Л. оценка особенности питания населения Ставропольского края и факторы риска развития заболеваний, связанных с питанием / И. Л. Виленский. – Текст : непосредственный // Санитарный врач. – 2021. – № 10. – С. 37-46.

54. Винокурова, М. А. Телемедицина: баланс безопасности и эффективности? / М. А. Винокурова. – Текст : непосредственный // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2018. – № 4. – С. 89-96.

55. Владзимирский, А. В. Первичная телемедицинская консультация «пациент–врач»: первая систематизация методологии / А. В. Владзимирский. – Текст : непосредственный // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2017. – № 2 (4). – С. 109–120.

56. Влияние социально детерминированных трансформаций здравоохранения на базовые характеристики профессиональной группы врачей / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2019. – № 7. – С. 24-28.

57. Влияние финансовых деприваций на качество жизни врачей в российской провинции / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : сборник Всероссийской научно-практической конференции. – Саратов, 2018. – С. 132–134.

58. Внутрорегиональная дифференциация демографического потенциала Республики Татарстан / Н. М. Биктимиров, Р. М. Гайфутдинова, А. А. Ибрагимова, Ч. И. Ильдарханова. – Текст : непосредственный // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2019. – Т. 12, № 3. – С. 189-202.

59. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. на 52-й сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ, сентябрь 2002 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген, 2002. – 265 с. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 97. – Текст : непосредственный.

60. ВОЗ. Качество медицинской помощи. – Текст : непосредственный // Информационный бюллетень ВОЗ для руководителей здравоохранения. – 2005. – № 6. – С. 317.

61. ВОЗ. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий : глобальный доклад / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2003. – 92 с. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/104195> (дата обращения: 10.10.2020). – Текст : электронный.

62. Волохова, М. А. Моделирование социально-демографического развития сельских территорий региона на основе критериальной градации / М. А. Волохова, Е. В. Кудряшова. – Текст : непосредственный // Научное обозрение: теория и практика. – 2021. – Т. 11, № 3 (83). – С. 920-928.

63. Воронцова, Т. А. Сравнительная оценка образа жизни студентов Ижевской государственной медицинской академии проживающих в городской и сельской местности / Т. А. Воронцова, Г. Ф. Сабирзянова, В. Н. Савельев. – Текст : непосредственный // Modern Science. – 2020. – № 12-5. – С. 295-297.

64. Ворошилов, Н. В. Типология, проблемы и перспективы развития сельских территорий / Н. В. Ворошилов. – DOI 10. 15838/ptd. 2018. 4. 96. 3. – Текст : электронный // Проблемы развития территории. – 2018. – № 4 (96). – С. 42–58.

65. Восприятие ценности здоровья и здорового образа жизни профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов / А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, В. А. Решетников, Т. М. Литвинова. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2017. – №2. – С. 82–90.

66. Врачебный кадровый потенциал региональной системы здравоохранения: риски и возможности развития / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром, М. В. Еругина [и др.]. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2021. – № 2. – С.

67. Вялых, Н. А. Теоретические предпосылки социологического анализа потребления медицинской помощи / Н. А. Вялых. – Текст : непосредственный // Социологический журнал. – 2015. – Т. 21, № 1. – С. 46-65.

68. Вяльшина, А. А. Сельско-городские различия в формировании неравенства по отношению к здоровью / А. А. Вяльшина. – Текст : непосредственный // Региональные агросистемы: экономика и социология. – 2020. – № 2. – С. 114-120.

69. Гаврилова, З. В. Повышение предпринимательского потенциала населения как фактор развития человеческого капитала сельских территорий / З. В. Гаврилова. – Текст : непосредственный // Региональные агросистемы: экономика и социология. – 2019. – № 1. – С. 9.

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

71. Галкин, Р. А. Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / Р. А. Галкин, С. А. Суслин. – Текст : непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – №1. – С. 14-18.

72. Гатауллин, Р. Ф. Проблемы сельских территорий как угроза сбалансированности пространственного развития страны / Р. Ф. Гатауллин. – Текст : непосредственный // Вестник евразийской науки. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 28.

73. Гигиеническая оценка безопасности питания сельского населения региона в условиях технического регулирования пищевой продукции / О. И.

Швед, Б. А. Баландович, Н. Ю. Поцелуев, О. В. Жукова [и др.]. – Текст : непосредственный // Бюллетень медицинской науки. – 2019. – № 2 (14). – С. 20-25.

74. Гигиеническая оценка риска здоровью сельского населения, связанного с химическим загрязнением водных ресурсов / Ш. Ж. Мусаев, Ю. Ю. Елисеев, И. Н. Луцевич, В. Н. Долич. – Текст : непосредственный // Здоровье населения и среда обитания. – 2016. – № 9 (282). – С. 20-23.

75. Гигиеническая оценка содержания тяжелых металлов в продуктах питания фермерских и личных подсобных хозяйств на территориях экологически неблагополучных районов / С. Ю. Чехомов, Ю. В. Елисеева, Н. Н. Пичугина, Ю. Ю. Елисеев. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16, № 3. – С. 793-799.

76. Гидденс, Э. Ускользящий мир. Как глобализация меняет нашу жизнь / Э. Гидденс. – Москва : Весь мир, 2004. – С. 50. – Текст : непосредственный.

77. Гизатуллин, И. Ф. Заболеваемость населения в горнорудном районе и организация медицинской помощи населению сельских муниципальных образований: дисс. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / И. Ф. Гизатуллин. – Москва, 2006. – 161 с. – Текст : непосредственный.

78. Гилязова, Г. А. Цифровизация системы здравоохранения в РФ: перспективы и вызовы / Г. А. Гилязова, Ю. Р. Хайруллина. – Текст : непосредственный // Дыльновские чтения. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции «Общество и личность в условиях информационно-цифровых трендов». – Саратов: Саратовский источник, 2019. – С. 53-57.

79. Глухов, С. Г. Проблема миграции трудоспособного населения сельских территорий (на материалах Саратовской области) / С. Г. Глухов, М. А. Волохова. – Текст : непосредственный // Островские чтения. – 2019. – № 1. – С. 295-300.

80. Годовой отчет о реализации государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения 2021г.» – Текст : электронный. – URL: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=32942> (дата обращения: 25.02.2022).

81. Голова, Е. Е. Состояние и перспективы миграционных процессов в Омской области как показатель качества жизни сельского населения / Е. Е. Голова. – Текст : непосредственный // Московский экономический журнал. – 2020. – № 6. – С. 35.

82. Гончаренко, Л. Н. Оценка качества жизни сельского населения (на примере Шербакульского муниципального района Омской области) / Л. Н. Гончаренко, М. П. Шварцкопф. – Текст : непосредственный // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. – 2020. – № 4 (23). – С. 15.

83. Греков, А. Н. Влияние устойчивого развития сельских территорий на уровень и качество жизни сельского населения / А. Н. Греков. – Текст : непосредственный // Наука и Образование. – 2020. – Т. 3, № 3. – С. 67.

84. Григорьева Е. А. Некоторые аспекты доступности медицинской помощи в регионе (по результатам социологического исследования) / Е. А. Григорьева, М. Г. Еремина. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : сборник II международной научно-практической конференции. – Саратов, 2021. – С. 70–73.

85. Григорьева, Е. А. Некоторые результаты анализа отзывчивости системы здравоохранения для врачей-терапевтов в ситуации хронического заболевания / Е. А. Григорьева, М. Г. Еремина, Е. М. Долгова. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе : сборник VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Пермь, 2019. – С. 355–359.

86. Григорьева, Е. А. Некоторые результаты социологического анализа отзывчивости системы здравоохранения / Е. А. Григорьева, М. Г. Еремина, Е. М. Долгова. – Текст : непосредственный // Главврач. 2019. – № 11. – С. 22–26.

87. Григорьева, Е. А. Удовлетворенность медицинской помощью пациентов с хроническими заболеваниями / Е. А. Григорьева, М. Г. Еремина, Г. Н. Бочкарева. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2020. – № 8. – С. 34–38.

88. Гридасов, Г. Н. Современные аспекты состояния здоровья населения и организации медицинской помощи в сельской местности: Монография / Г. Н. Гридасов, С. А. Суслин, А. К. Каширин – Самара: АСГАРД, 2012. – 256 с. – Текст : непосредственный.

89. Грищенко, К. С. Сравнительный анализ методов оценки социально-экономической эффективности системы здравоохранения / К.С. Грищенко. – Текст : непосредственный // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2012. – № 8 (44). – С. 1.

90. Грищенко, К. С. Сущность социально-экономической эффективности системы здравоохранения / К.С. Грищенко. – Текст : непосредственный // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 4. – С. 31.

91. Грознова, О. С. Природа и факторы институционального риска / О. С. Грознова, Г. С. Цветкова. – Текст : непосредственный // Вестник ЮУрГУ. – 2012. – № 22. – С. 54-59.

92. Гуляева, Т. И. Дифференциация между доходами сельского и городского населения в России / Т. И. Гуляева, Е. В. Такмакова. – Текст : непосредственный // Экономика сельского хозяйства России. – 2021. – № 4. – С. 77-81.

93. Давыдова, Н. М. Депривационный подход в оценках бедности / Н. М. Давыдова. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 88–96.

94. Демографические основания государственной поддержки сельских территорий в странах ЕС / С. Г. Головина, И. Н. Миколайчик, Е. В. Абилова, Л. Н. Смирнова. – Текст : непосредственный // Международная экономика. – 2021. – № 7. – С. 523-535.

95. Демографический ежегодник России, выпуски 2010 – 2020 гг. – Текст : электронный. – URL : <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207> (дата обращения: 28.01.2022).

96. Демографическое самочувствие регионов России. Национальный демографический доклад-2020 / Т. К. Ростовская, А. А. Шабунова, В. Н. Архангельский, А. П. Багирова [и др.]; отв. ред. Т. К. Ростовская, А. А. Шабунова. – Москва: Перспектива, 2021. – 214 с. – Текст : непосредственный.

97. Дерябкина, Л. В. Травмотогенные факторы образа жизни сельского населения / Л. В. Дерябкина, С. Н. Толстов, Т. В. Карасёва. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 2. – С. 91-93

98. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2011. – 949 с. – Текст : непосредственный.

99. Динамика численности населения и занятости в сельской местности / В. Е. Ториков, В. Ф. Васькин, Е. М. Подольникова, А. И. Потворов. – Текст : непосредственный // Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии. – 2019. – № 2. – С. 110-117.

100. Долгих, В. В. Анализ территориальной дифференциации уровня потребления основных продуктов питания в России / В. В. Долгих. – Текст : непосредственный // Экономическая безопасность личности, общества, государства: проблемы и пути обеспечения. Материалы ежегодной всероссийской научно-практической конференции / сост. Н. В. Мячин. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский университет Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2021. – С. 341-346.

101. Домбровская, В. Е. Роль географического фактора в проблематике бедности среди сельского населения на примере Белгородской, Вологодской и Тверской областей / В. Е. Домбровская. – Текст : непосредственный // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Экономика. Информатика. – 2019. – Т. 46, № 3. – С. 391-407.

102. Доника, А. Д. Профессиональный стресс врачей: социальные и медицинские аспекты / А. Д. Доника, А. Ю. Руденко, И. В. Засядкина. – Текст : непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 12. – С. 113.

103. Доника, А. Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей / А. Д. Доника. – Текст : непосредственный // Экология человека. – 2017. – № 2. – С. 52-57.

104. Доровских, Е. А. К вопросу о непрерывном медицинском и фармацевтическом образовании / Е. А. Доровских, Т. М. Алиева. – Текст : непосредственный // Modern Science. – 2019. – № 10-1. – С. 283-285.

105. Доступность медицинской помощи как обязательный социальный предиктор здоровья населения в России / М. В. Еругина, И. Л. Кром, А. Б. Шмеркевич, Д. Л. Дорогойкин [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 101-105.

106. Дощанникова, О. А. Кадровое обеспечение сельского здравоохранения: факторы долгосрочного комплектования и привлечения молодых специалистов / О. А. Дощанникова, Д. А. Дощанников. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2019. – № 8. – С. 30-34.

107. Дощанникова, О. А. Социально-экономическое стимулирование как фактор ликвидации дефицита врачебных кадров в сельском здравоохранении / О. А. Дощанникова. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2020. – № 10. – С. 41-52.

108. Дымова, С. С. Развитие аграрного производства в России и проблема миграции сельского населения / С. С. Дымова, Е. С. Мальцева. – Текст : непосредственный // Вестник ОрелГИЭТ. – 2019. – № 4 (50). – С. 5-10.
109. Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Э. Дюркгейм. – Москва : Канон, 1995. – 349 с. – Текст : непосредственный.
110. Евсюков, А. А. Медико-демографические и организационные основы медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / А. А. Евсюков. – Уфа, 2010. – 315 с. – Текст : непосредственный.
111. Евченко, А. В. Переформатирование территориально-административной структуры региона в целях снижения пространственной социально-экономической асимметрии / А. В. Евченко, А. А. Демченко, Г. А. Есенкова. – Текст : непосредственный // Вестник Академии знаний. – 2020. – № 2 (37) . – С. 108-117.
112. Егорова, А. В. Цифровизация системы здравоохранения регионов в условиях цифровой экономики / А. В. Егорова. – Текст : непосредственный // Научный ежегодник Центра анализа и прогнозирования. – 2018. – № 1 (2). – С. 256-261.
113. Елисеев, Ю. Ю. Влияние условий труда на качество жизни и заболеваемость врачей с избыточной массой тела / Ю. Ю. Елисеев, А. А. Петросян. – Текст : непосредственный // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – Т. 59, № 9. – С. 622.
114. Елисеев, Ю. Ю. Гигиеническая оценка содержания нитратов в овощной продукции фермерских и личных подсобных хозяйств Саратовской области / Ю. Ю. Елисеев, С. Ю. Чехомов, Ю. В. Елисеева. – Текст : непосредственный // Здоровье населения и среда обитания. – 2021. – № 3 (336). – С. 52-56.
115. Елисеев, Ю. Ю. Комплексные стратегии управления здоровьем детского населения в эндемичных по содержанию йода районах Саратовского региона / Ю. Ю. Елисеев, С. В. Сергеева, Ю. В. Клещина. –

Текст : непосредственный // Гигиена и санитария. – 2014. – Т. 93, № 1. – С. 68-70.

116. Еремина, М. Г. К вопросу о методологии исследования кадрового кризиса в здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе : сборник VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Пермь, 2019. – С. 367-371.

117. Еремина, М. Г. Некоторые аспекты депопуляции сельского населения в современной России / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе : сборник VIII Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Пермь, 2021. – С. 176-180.

118. Еремина, М. Г. Обоснование социализации лиц в ситуации болезни в контексте пространственного подхода / М. Г. Еремина, Е. М. Долгова, Е. А. Григорьева. – Текст : непосредственный // Психология и социальная работа в современном здравоохранении : сборник III Всероссийской научно-практической конференции. – Волгоград, 2019. – С. 75-77.

119. Еремина, М. Г. Оценка удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 112-114.

120. Еремина, М. Г. Проблемы доступности и качества медицинской помощи сельскому населению / М. Г. Еремина, Г. Н. Бочкарёва, Е. А. Мокшина. – Текст : непосредственный // Проблемы и приоритеты развития науки в XXI веке : сборник международной научно-практической конференции. – Смоленск, 2017. – С. 63-65.

121. Еремина, М. Г. Риски цифровизации здравоохранения, релевантные врачам медицинских организаций районов Саратовской области (по результатам социологического исследования) / М. Г. Еремина. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 481-485.

122. Еремина, М. Г. Социальный портрет врачей сельских медицинских организаций в российской провинции / М. Г. Еремина. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : сборник II международной научно-практической конференции. – Саратов, 2021. – С. 112-114.

123. Еремина, М. Г. Социальный портрет профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, В. Л. Кром. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2020. – № 12. – С. 70-74.

124. Еремина, М. Г. Характеристика сельского здравоохранения в современной России / М. Г. Еремина. – Текст : непосредственный // Известия Саратовского университета. Новая серия. Социология. Политология. – 2022. – Т. 22, вып. 1. – С. 98-100.

125. Заболотная, Н. В. Цифровизация здравоохранения: достижения и перспективы развития / Н. В. Заболотная, И. Н. Гатилова, А. Т. Заболотный. – Текст : непосредственный // Экономика. Информатика. – 2020. – Т. 47, № 2. – С. 380-389.

126. Зайцева, О. П. Основные показатели уровня и качества жизни сельского населения Омской области / О. П. Зайцева, Л. Н. Гончаренко. – Текст : непосредственный // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2020. – № 1 (111). – С. 82-91.

127. Закшевский, В. Г. Социально-экономические условия формирования человеческого капитала сельских территорий / В. Г. Закшевский, И. Н. Меренкова. – Текст : непосредственный // Экономика, труд, управление в сельском хозяйстве. – 2019. – № 4 (49). – С. 2-8.

128. Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет : [монография] / И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко [и др.]; отв. ред. И. В. Журавлева ; ФНИСЦ РАН. – Москва : ФНИСЦ РАН, 2021. – 309 с. – Текст : непосредственный.
129. Здравоохранение в России. 2019. Стат. сб. / Росстат. – Москва, 2019. – 170 с. – Текст : электронный. – URL: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm (дата обращения: 10.09.2021).
130. Здравоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. – Москва, 2021. – 171 с. – Текст : непосредственный.
131. Зеленюк, Ю. М. Территориальная организация социальной инфраструктуры сельских поселений (на примере Заларинского района Иркутской области) / Ю. М. Зеленюк, Е. С. Михайлова. – Текст : непосредственный // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Науки о Земле. – 2020. – Т. 31. – С. 16-25.
132. Земцов, С. П. Факторы регионального развития в России: география, человеческий капитал или политика регионов / С. П. Земцов, Ю. А. Смелов. – Текст : непосредственный // Журнал новой экономической ассоциации. – 2018. – № 4(40). – С. 84-108.
133. Зингерман, Б. В. О телемедицине «пациент-врач» / Б. В. Зингерман, Н. Е. Шкловский-Корди, А. И. Воробьев. – Текст : непосредственный // Врач и информационные технологии. – 2017. – № 1. – С. 61-79.
134. Злокачественные новообразования у городского и сельского населения Томской области / Л. В. Пикалова, И. Н. Одинцова, Л. Д. Жуйкова, О. А. Ананина [и др.]. – Текст : непосредственный // Российский онкологический журнал. – 2019. – Т. 24, № 3-6. – С. 68-73.
135. Ивановская, В. Ю. Оценка качества жизни населения сельских территорий Вологодской области в 2017 году / В. Ю. Ивановская, А. Л. Ивановская. – Текст : непосредственный // Экономика и предпринимательство. – 2019. – № 7 (108). – С. 1264-1268.

136. Иволга, А. Г. Типологизация сельских территориальных образований как подход к разработке мероприятий по формированию инновационной среды развития сельского туризма / А. Г. Иволга, А. В. Трухачев, В. Л. Ерохин. – Текст : непосредственный // Вестник Национальной академии туризма. – 2018. – № 4 (48). – С. 24-28.

137. Интегрированные модели предоставления первичной медико-санитарной помощи за рубежом / В. И. Перхов, И. В. Самородская, А. А. Третьяков, С. Г. Горин. – Текст : непосредственный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 285-298.

138. Ионин, Л. Г. Понимающая социология. Историко-критический анализ / Л. Г. Ионин. – Москва, 1979. – 207 с. – Текст : непосредственный.

139. Ионов, П. Б. Особенности качества жизни врачей-стоматологов, оказывающих помощь детям в государственных детских стоматологических поликлиниках / П. Б. Ионов, А. О. Карелин. – Текст : непосредственный // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. – 2020. – № 35-36. – С. 64-74.

140. Ирхина, Л. Н. Устойчивое развитие сельских территорий как реализация государственной политики / Л. Н. Ирхина, С. Ф. Хрестина. – Текст : непосредственный // Вестник Нижегородской государственной сельскохозяйственной академии. – 2020. – № 2 (26). – С. 58-64.

141. Исаев, Н. И. Риски социальной эксклюзии в регионах России: методологический инструментарий и результаты оценки / Н. И. Исаев, А. К. Капустин, С. Н. Смирнов. – Текст : непосредственный // Вопросы статистики. – 2015. – № 8. – С. 47-55.

142. История, анализ состояния и перспективы развития телемедицины / И. Б. Максимов, А. Н. Диашев, В. И. Синопальников, Г. И. Семикин [и др.]. – Текст : непосредственный // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2018. – № 3 (8). – С. 103-110.

143. Кабакова, Т. А. Новые формы организации медико-социальной помощи населению старших возрастных групп в сельской местности: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Т. А. Кабакова. – Москва, 2005. – 199 с. – Текст : непосредственный.

144. Кабанов, В. Н. Перспективы пространственно-стратегического развития сельских муниципальных районов России / В. Н. Кабанов, Е. В. Михайлова. – Текст : непосредственный // Вестник АПК Ставрополя. – 2015. – № 4 (20). – С. 318-328.

145. Кадровый кризис региональной системы здравоохранения: социальные предикторы и направления совершенствования врачебного потенциала: монография / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина. – Саратов: Изд-во «Наука», 2021. – 145 с. – Текст : непосредственный.

146. Кайсинов, А. А. Миграция населения из сельских районов и проблемы рационального размещения трудовых ресурсов / А. А. Кайсинов, Л. М. Кубатиева. – Текст : непосредственный // Modern Science. – 2020. – № 5-3. – С. 75-79.

147. Какорина, Е. П. Методика оценки эффективности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения / Е. П. Какорина. – Текст : непосредственный // Здравоохранение. – 2011. – №3. – С. 32-35

148. Калашников, К. Н. Здравоохранение сельских территорий: пространственно-временные аспекты доступности / К. Н. Калашников, И. В. Артамонов – Текст : непосредственный. // Проблемы развития территории. – 2020. – № 2 (106). – С. 120-132.

149. Калинина, И. В. Социальная инфраструктура как потенциал развития сельских территорий: от прошлого к настоящему / И. В. Калинина. – Текст : непосредственный // Региональные проблемы. – 2020. – Т. 23, № 2. – С. 39-46.

150. Калининская, А. А. Проблемы и перспективы развития сельского здравоохранения / А. А. Калининская, И. М. Сон, С. И. Шляфер. – DOI 10.32687/0869-866X-2019-27-2-152-157. – Текст : электронный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 152-157.

151. Камаев, И. А. социальные установки на потребление услуг телемедицины у пациентов и медицинских работников / И. А. Камаев, В. М. Леванов, И. А. Кошелев. – Текст : непосредственный // Медицинский альманах. – 2009. – № 4 (9). – С. 15-19.

152. Карпикова, И. С. Оценка населением уровня благосостояния: сравнительный анализ в поселенческом аспекте / И. С. Карпикова. – Текст : непосредственный // Евразийский союз ученых. – 2019. – № 12-6 (69). – С. 25-29.

153. Качество жизни врачей в контексте финансовых деприваций / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2018. – 17 (2). – С. 80-82.

154. Качество жизни врачей-гематологов разных регионов Российской Федерации / Н. Н. Цыба, Т. И. Ионова, О. В. Лазарева, Т. П. Никитина [и др.]. – Текст : непосредственный // Гематология и трансфузиология. – 2020. – Т. 65, № S1. – С. 238-239.

155. Качество жизни врачей-гематологов Российской Федерации по данным опросника RAND SF-36 / Н. Н. Цыба, Т. И. Ионова, О. В. Лазарева, Т. П. Никитина [и др.]. – Текст : непосредственный // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2020. – Т. 13, № 4. – С. 411-419.

156. Качество жизни населения сельских территорий (на примере районов Республики Башкортостан) / З. М. Ишназарова, И. Н. Семенова, И. А. Ситнова, Р. Ф. Хасанова [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2020. – № 11-1. – С. 45-49.

157. Качество медицинской помощи – современные аспекты / М. В. Еругина, И. Л. Кром, Г. Н. Бочкарёва, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2019. – № 8. – С. 40-44.
158. Каширин, А. К. Обращаемость сельского населения за медицинской помощью: территориальный аспект / А. К. Каширин. – Текст : непосредственный // Аспирантский вестник Поволжья. – 2015. – № 1-2. – С. 233-239.
159. Каширин, А. К. Современные подходы к организации медицинской помощи в сельском районе: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / А. К. Каширин. – Самара, 2007. – 199 с. – Текст : непосредственный.
160. Ким, Д. Перспективы распространения телемедицины: прогностическое моделирование на примере сельских районов США / Д. Ким, Х. Аланази, Т. Даим. – Текст : непосредственный // Форсайт. – 2015. – Т. 9, № 4. – С. 32-41.
161. Кирюхина, Т. В. Роль самообразования в профессиональном совершенствовании врача: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.52. / Т. В. Кирюхина. – Волгоград, 2009. – 139 с. – Текст : непосредственный.
162. Кича, Д. И. Интеграционные процессы в здравоохранении / Д. И. Кича, А. С. Макарян, И. В. Пачгин. – Текст : непосредственный // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 4. – С. 141.
163. Клейменов, М. В. Доступность медицинского обслуживания сельским жителям в условиях модернизации здравоохранения / М. В. Клейменов // Наука и бизнес: пути развития. – 2015. – № 1(43). – С. 19-21.
164. Ковалев, Е. П. Некоторые результаты компаративного анализа качества жизни врачей в российской провинции / Е. П. Ковалев. – Текст : непосредственный // Медицинский альманах. – 2019. – № 5–6 (61). – С. 7-10.
165. Ковалев, Е. П. Оценка удовлетворенности врачей региона профессионально деятельностью / Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии

инноваций : сборник II международной научно-практической конференции. – Саратов, 2021. – С. 131-133.

166. Ковалева, И. В. Теоретико-методологический подход к формированию и развитию территориально - производственной локализации сельских территорий / И. В. Ковалева. – Текст : непосредственный // Международный научно-исследовательский журнал. – 2019. – № 9-2 (87). – С. 92-98.

167. Коваленко, Е. Г. Проблемы инвестирования в развитие инфраструктуры сельских территорий региона / Е. Г. Коваленко, А. А. Князькина. – Текст : непосредственный // Экономика и менеджмент в условиях цифровых перемен. – 2019. – № 1 (4). – С. 62-67.

168. Ковальчук, В. К. Бедность сельского населения как фактор миграции (на материале Центрального Нечерноземья) / В. К. Ковальчук. – Текст : непосредственный // Представительная власть - XXI век: законодательство, комментарии, проблемы. – 2019. – № 7-8 (174-175). – С. 21-30.

169. Коварда, В. В. Теоретико-методический подход к анализу функциональных дисбалансов регионов России / В. В. Коварда. – Текст : непосредственный // Региональная экономика: теория и практика. – 2020. – Т. 18, № 3. – С. 492-510.

170. Козырева, П. М. Масштабы и динамика социально-экономического неравенства в современной России / П. М. Козырева, А. И. Смирнов. – Текст : непосредственный // Россия реформирующаяся. – 2018. – Вып. 16. – С. 290-318.

171. Колоскова, Ю. И. Социальное обустройство территорий как фактор повышения качества и уровня жизни сельского населения / Ю. И. Колоскова, Д. В. Паршуков, З. Е. Шапорова. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2020. – № 11. – С. 101-107.

172. Колпакова, О. В. Комплексное развитие сельских территорий / О. В. Колпакова. – Текст : непосредственный // Синергия Наук. – 2021. – № 58. – С. 83-93.

173. Конституция РФ. – URL : <http://duma.gov.ru>
<http://duma.gov.ru/news/48953> (дата обращения: 22.07.2021). – Текст : электронный.

174. Концепция устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2020 года (Утверждена распоряжением Правительства РФ от 30 ноября 2010 г. 2136-р.) . – Текст : непосредственный // Экономика сельского хозяйства России. – 2009. – № 3. – С. 64-80.

175. Коробкова, О. К. Цифровизация как новый этап генезиса услуг сферы здравоохранения / О. К. Коробкова. – Текст : непосредственный // Бизнес. Образование. Право. – 2020. – № 1 (50). – С. 255-261.

176. Кочеткова, Е. Н. Проблемы занятости и безработицы населения малых сел Республики Хакасии / Е. Н. Кочеткова. – Текст : непосредственный // Modern Economy Success. – 2019. – № 2. – С. 31-36.

177. Краснопольский, И. А. Системы непрерывного медицинского образования в мире: практика, проблемы, пути развития / И. А. Краснопольский. – Текст : непосредственный // Методология и технология непрерывного профессионального образования. – 2020. – № 3 (3). – С. 6-14.

178. Кром, И. Л. Оценка медицинской помощи в контексте качества жизни больных ишемической болезнью сердца / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Г. Ю. Сазанова. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-6. – С. 1174-1177.

179. Кудрина, Е. А. Эффективность подготовки специалистов в системе непрерывного медицинского образования / Е. А. Кудрина. – Текст : непосредственный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № S5. – С. 96-97.

180. Кузнецова, А. Р. Уровень бедности и социальная дифференциация / А. Р. Кузнецова. – Текст : непосредственный // Уфимский гуманитарный научный форум. – 2020. – № 2. – С. 25-31.

181. Кузьмич, Н. П. Развитие социальной инфраструктуры сельских территорий региона в целях улучшения качества жизни населения / Н. П. Кузьмич. – Текст : непосредственный // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2019. – Т. 9, № 4-1. – С. 392-399.

182. Кулешко, М. Я. Повышение качества медицинской помощи как один из инструментов снижения оттока населения из районов Красноярского края / М. Я. Кулешко. – Текст : непосредственный // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – № 5-3 (107). – С. 15-20.

183. Кундрюков, В. А. Цифровизация здравоохранения: достижения и вызовы / В. А. Кундрюков. – Текст : непосредственный // Национальная концепция качества: государственная и общественная защита прав потребителей : сб. тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф. (Санкт-Петербург, 30 сент.-01 окт. 2019 г.) / под редакцией Е. А. Горбашко. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 197-200. – URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_41546925_68159921.pdf (дата обращения: 08.04.2021). – Режим доступа: для авторизованных пользователей.

184. Куприянов, А. Н. Цифровизация в сфере повышения квалификации работников здравоохранения / А. Н. Куприянов, Е. П. Чаплыгина. – Текст : непосредственный // Развитие менеджмента: концепция "Industry 4.0". Материалы II Всероссийской научно-практической конференции / отв. ред. И. А. Тренина. – Орел: Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, 2019. – С. 60-63.

185. Курманалиев, Э. И. Пути развития сельского здравоохранения в современных условиях / Э. И. Курманалиев, Ф. Ж. Мейтиев. – Текст : непосредственный // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2017. – № 2. – С. 53-57.

186. Лаврентьева, А. В. Институциональные аномалии макроэкономических систем: дисс. ... канд. эконом. наук : 08.00.01/ А. В. Лаврентьева. – Волгоград, 2015. – 170 с. – Текст : непосредственный.

187. Лаврентьева, А. Цифровизация в здравоохранении и фармацевтической отрасли - quo vadis? / А. Лаврентьева. – Текст : непосредственный // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. – 2018. – № S13. – С. 202-209.

188. Лебедева, Т. В. Развитие сельских территорий: демографический аспект / Т. В. Лебедева, А. П. Сабинов, А. В. Шаталова. – Текст : непосредственный // Философия хозяйства. – 2021. – № 2 (134). – С. 253-271.

189. Лебедева-Несевря, Н. А. Макросоциальные детерминанты и риски здоровью населения регионов России / Н. А. Лебедева-Несевря, М. Ю. Цинкер, В. М. Чигвинцев. – Текст : непосредственный // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 5. – С. 193-205.

190. Лебедева-Несевря, Н. А. Теория, методология и практика анализа социально детерминированных рисков здоровья населения: дисс. ... д-ра социол. наук : 14.02.05 / Н. А. Лебедева-Несевря. – Волгоград, 2014. – 369 с. – Текст : непосредственный.

191. Левин, Д. К. Телемедицина: новое направление в улучшении доступа, качества и экономической эффективности здравоохранения / Д. К. Левин, А. Никаноров. – Текст : непосредственный // Эндоваскулярная хирургия. – 2017. – Т. 4, № 2. – С. 93-99.

192. Леонова, А. Б. Синдромы профессионального стресса у врачей разных специализаций / А. Б. Леонова, М. А. Багрий. – Текст : непосредственный // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2009. – № 3. – С. 44-53.

193. Лескова, И. В. Диалог между врачом и пациентом: современные реалии / И. В. Лескова, С. В. Тяпина, Д. Д. Жученко – Текст :

непосредственный. // Мир науки. Социология, филология, культурология. – 2019. – Т. 10, № 3. – С. 7.

194. Линденбратен, А. Л. Актуальные проблемы Российского здравоохранения / А. Л. Линденбратен. – Текст : непосредственный // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 60-71.

195. Лифинцева, А. А. Социальная поддержка, стресс и здоровье: источники, ресурсы, социальный контекст / А. А. Лифинцева. – Текст : непосредственный // Глобальный научный потенциал. – 2012. – № 14. – С. 19-21.

196. Ловчикова, Е. И. Социально-экономическое развитие сельских территорий как фактор кадрового обеспечения сельского хозяйства и роста качества жизни населения / Е. И. Ловчикова, А. В. Алпатов, А. С. Волчёнкова. – Орел: ФГБОУ ВО Орловский ГАУ, 2019. – 165 с. – Текст : непосредственный.

197. Логанцова, Н. В. Методика типологизации сельских территорий по уровню социально-экономической безопасности / Н. В. Логанцова. – Текст : непосредственный // Экономика сельского хозяйства России. – 2013. – № 9. – С. 63-69.

198. Лукашин, Н. А. Проблемы развития социальной инфраструктуры сельских территорий в контексте повышения качества жизни сельского населения в Пермском крае / Н. А. Лукашин. – Текст : непосредственный // Аграрная Россия. – 2021. – № 7. – С. 41-44.

199. Лукьянов, В. В. Сравнительное исследование методик измерения синдрома выгорания / В. В. Лукьянов, Н. Г. Васильева. – Текст : непосредственный // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 4. – С. 14-24.

200. Лушников, О. Л. Проблема сохранения здоровья сельского населения Хакасии: объективные и субъективные факторы / О. Л.

Лушникова. – Текст : непосредственный // Уровень жизни населения регионов России. – 2020. – Т. 16, № 2. – С. 90-99.

201. Лядова, А. В. Цифровое здравоохранение: миф или реальность / А. В. Лядова. – Текст : непосредственный // XXI Международная конференция памяти профессора Л. Н. Когана «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования», 22–23 марта 2018 г., Екатеринбург. – Екатеринбург : УрФУ, 2018. – С. 1451-1461. – URL: http://elar.urfu.ru/bitstream/10995/58996/1/978-5-91256-403-1_2018_154.pdf (дата обращения: 25.03.2020).

202. Максимова, Т. М. Особенности состояния здоровья жителей разных типов поселений / Т. М. Максимова, М. П. Пушкина. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2011. – № 1. – С. 3-7.

203. Манерова, О. А. Профессиональный рост и карьера в здравоохранении: приоритеты и проблемы / О. А. Манерова. – Текст : непосредственный // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2011. – № 2. – С. 77-83.

204. Маргинализация профессиональных групп института здравоохранения: социетальный подход / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, № 4. – С. 854-856.

205. Матвеев, Э. Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Э. Н. Матвеев, С. А. Леонов, И. М. Сон. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 2.

206. Маятниковая миграция сельского населения Нижегородской области / И. А. Шевченко, С. А. Соткина, А. А. Голованева, И. С. Макарова [и др.]. – Текст : непосредственный // Успехи современного естествознания. – 2019. – № 1. – С. 117-122.

207. Медико-демографические проблемы сельского населения России / А. А. Калининская, Н. А. Баянова, А. В. Муфтахова, Ф. А. Сулькина [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 6. – С. 1247-1251.

208. Медико-социологическая концептуализация сельского здравоохранения региона: монография / М. Г. Еремина, И. Л. Кром, М. В. Еругина, Г. Ю. Сазанова [и др.]. – Саратов: Изд-во «Наука», 2021. – 205 с. – Текст : непосредственный.

209. Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения региона / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, М. Д. Сапогова [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 18, № 2. – С.

210. Междисциплинарный анализ тенденций институционализации паллиативной помощи в современной России / А. В. Водолагин, А. Б. Шмеркевич, Д. Д. Балакина, И. Л. Кром [и др.]. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2019. – № 7. – С. 20-23.

211. Меренкова, И. Н. Формирование системы мониторинга жизнеобеспечения населения сельских территорий / И. Н. Меренкова, А. И. Добрунова. – Текст : непосредственный // Вестник Воронежского государственного аграрного университета. – 2020. – Т. 13, № 2 (65). – С. 162-168.

212. Мертон, Р. Социальная теория и социальная структура / Р. Мертон. – Москва : АСТ, 2006. – 873 с. – Текст : непосредственный.

213. Мищук, С. Н. Миграция сельского населения Дальнего Востока России в начале XXI века / С. Н. Мищук, С. В. Рязанцев. – Текст : непосредственный // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2021. – Т. 14, № 3. – С. 182-198.

214. Морошкина, М. В. Дифференциация российских регионов по воспроизводственному потенциалу / М. В. Морошкина. – Текст :

непосредственный // Региональная экономика: теория и практика. – 2020. – Т. 18, № 7 (478). – С. 1304-1319.

215. Морошкина, М. В. Пространственное неравенство российских регионов / М. В. Морошкина. – Текст : непосредственный // Региональная экономика: теория и практика. – 2019. – Т. 17, № 7 (466). – С. 1349-1367.

216. Мотивация труда профессиональных групп медицинской организации / Тимофеев Д. А., Цвигайло М. А., Еремина М. Г., Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 153-159.

217. Мошетова, Л. К. Непрерывное медицинское образование - фактор развития кадров здравоохранения и основа качества медицинской помощи / Л. К. Мошетова, О. Л. Задворная. – Текст : непосредственный // Офтальмологические ведомости. – 2011. – Т. 4, № 2. – С. 4-7.

218. Мусаев, Т. К. Формирование условий для населения как фактор развития сельских территорий / Т. К. Мусаев, Г. С. Исбагиева. – Текст : непосредственный // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2017. – № 2 (59). – С. 86-92.

219. Мусаев, Ш. Ж. Проблема риска для здоровья населения процессов концентрирования химических загрязнений в малых реках Саратовской области / Ш. Ж. Мусаев, Ю. Ю. Елисеев, И. Н. Луцевич. – Текст : непосредственный // Гигиена и санитария. – 2012. – Т. 91, № 5. – С. 101-103.

220. Мусин, И. Т. Совершенствование управления качеством доврачебной медицинской помощи сельскому населению: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / И. Т. Мусин. – Казань : Казан. гос. мед. ун-т, 2005. – 199 с. – Текст : непосредственный.

221. Мызрова, К. А. Цифровизация здравоохранения как перспективное направление развития / К. А. Мызрова, Э. А. Туганова. – Текст : непосредственный // Вопросы инновационной экономики. – 2018. – Т. 8, № 3. – С. 479-486.

222. Мяконький, Р. В. Профессиональное становление начинающего хирурга в аспектах андрагогики и социологии медицины / Р. В. Мяконький, под общ. ред. проф. А. В. Быкова. – Рига: LAP LAMBERT, 2020. – 202 с. – Текст : непосредственный.

223. Наджафова, М. Н. К вопросу о депопуляции населения Курской области / М. Н. Наджафова. – Текст : непосредственный // Региональный вестник. – 2020. – № 3 (42). – С. 75-77.

224. Население Саратовской области : численность, крупные города. – Текст : электронный // Statdata.ru — ресурс о странах и городах. – URL: <http://www.statdata.ru/naselenie/saratovskoj-oblasti> (дата обращения: : 20.09.2021).

225. Научное обоснование действенных факторов риска здоровью населения, проживающего в отдаленных сельских поселениях / В. Г. Бережной, И. И. Новикова, Ю. В. Ерофеев, И. В. Батухтин. – Текст : непосредственный // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2014. – № 4 (18). – С. 179-185.

226. Нацун, Л. Н. Инвестиции времени в заботу о здоровье: оценка на основе выборочного социологического исследования / Л. Н. Нацун. – Текст : непосредственный // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2020. – Т. 23, № 5. – С. 74-102.

227. Непершина, В. Р. Дополнительное профессиональное образование в структуре непрерывного медицинского образования / В. Р. Непершина. – Текст : непосредственный // Цифровые технологии: тренды и перспективы. Сборник докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Москва. Издательство: Российский новый университет (Москва), 2020. – С. 172-181.

228. Непрерывное профессиональное развитие врачей: факторы мотивации и экономические аспекты / Л. К. Мошетова, Д. А. Сычев, А. Л. Заплатников [и др.]. – Текст : непосредственный // Русский Медицинский Журнал. Медицинское обозрение. – 2019. – № 8. – С. 3-6.

229. Неруш, Т. Г. Основные этапы изучения феномена выгорания / Т. Г. Неруш. – Текст : непосредственный // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – Т. 17, № 4. – С. 454-459.

230. Николаева, У. Г. Качество и образ жизни сельского населения в условиях нарастающей депопуляции: региональный аспект / У. Г. Николаева, Н. Е. Покровский, С. Н. Смирнов. – Текст : непосредственный // Социально-трудовые исследования. – 2019. – № 4 (37). – С. 33-44.

231. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : Методические рекомендации (2-е издание, дополненное), утв. Министерством здравоохранения РФ 30.07 2019 г. – URL : <https://base.garant.ru/72205018/> (дата обращения: 20.05.21). – Текст : электронный.

232. Новиков, В. Г. Современные подходы к типологизации в контексте задач комплексного развития сельских территорий / В. Г. Новиков. – Текст : непосредственный // Экономика сельского хозяйства России. – 2020. – № 11. – С. 94-101.

233. Носкова, М. В. Когнитивный компонент психологической готовности врачей к цифровизации в здравоохранении / М. В. Носкова. – Текст : непосредственный // Инновационный потенциал развития науки в современном мире: достижения и инновации. Сборник научных статей по материалам III Международной научно-практической конференции. – Уфа, 2020. – С. 280-285.

234. Нусхаева, Б. Б. Особенности возрастной структуры сельского населения регионов Юга России / Б. Б. Нусхаева. – Текст : непосредственный // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований РАН. – 2017. – № 4 (32). – С. 173-181.

235. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья : Федеральный закон от 29 июля 2017 г.

№ 242-ФЗ. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221184/ (дата обращения: 22.07.2021). – Текст : электронный.

236. О государственной программе Саратовской области «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства Саратовской области от 17 декабря 2018 г. № 696-П. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/6400201912300001> (дата обращения: 22.07.2021). – Текст : электронный.

237. О Концепции демографической политики Саратовской области на период до 2025 года : Постановление Правительства Саратовской области от 23.05.2008 №214-П. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/933011138> (дата обращения: : 20.12.2021). – Текст : электронный.

238. О персональных данных (п.1 ст.3) : Федеральный закон от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (дата обращения: 04.11.2021). – Текст : электронный.

239. О порядке маршрутизации взрослого населения при оказании первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения области : Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области от 14 октября 2019 г. № 147-п. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/467723360/> (дата обращения: 24.11.2021). – Текст : электронный.

240. О Порядке организации медицинской реабилитации : Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1705н. – URL: <https://base.garant.ru/70330294/> (дата обращения: 04.11.2021). – Текст : электронный.

241. О проведении комплекса мероприятий по созданию Единой дежурной диспетчерской службы скорой медицинской помощи Саратовской области : Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области от 26 января 2021 г. № 17-П. – URL: <https://base.garant.ru/72370960/>(дата обращения: 04.11.2021). – Текст : электронный.

242. О развитии паллиативной медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области от 24 февраля 2014 г. № 260. – URL: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=23792> (дата обращения: 24.11.2021). – Текст : электронный.

243. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254. – URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (дата обращения: 04.11.2021). – Текст : электронный.

244. О Стратегия устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации до 2030 года : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2015 г. N 151-р. – URL: <https://base.garant.ru/70861426/> (дата обращения: 15.01.2022.) . – Текст : электронный.

245. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов : Постановление Правительства Саратовской области от 31 декабря 2021 г. № 1199-П. – URL: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=32898> (дата обращения: 15.02.2022.) . – Текст : электронный.

246. Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" на территории муниципальных районов (городских округов) Саратовской области Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области от 16 марта 2020 г. № 21-п. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/6401202003200011> (дата обращения: 15.01.2022.) . – Текст : электронный.

247. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изм. и доп., вступ. в силу с 13.07.2021) : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021, (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2021)). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

248. Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Комплексное развитие сельских территорий». Постановление Правительства РФ от 31 мая 2019 года № 696.– URL: <https://base.garant.ru/72260516/> (дата обращения: 15.01.2022). – Текст : электронный.

249. Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации : Приказ Минздрава России от 27 августа 2001 г. № 344/76. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/901796267> (дата обращения: 22.07.2021). – Текст : электронный.

250. Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (с изм. на 12 апреля 2012 года) : Приказ Минздрава России от 28 апреля 2011 г. № 364. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/902276660>(дата обращения: 22.07.2021). – Текст : электронный.

251. Об утверждении Основ государственной политики регионального развития Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента Российской Федерации от 16 января 2017 г. № 13. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/420389221> (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

252. Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Саратовской области» : Постановление Правительства Саратовской области от 12 апреля 2013 г. № 181-п <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=24167>. (дата обращения: 15.01.2022.). – Текст : электронный.

253. Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья : Приказ

Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31 мая 2019 г. . – URL: <https://base.garant.ru/72280964/> (дата обращения: 10.10.2021). – Текст : электронный.

254. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : Приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н . – URL: <https://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

255. Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. № 796н . – URL: <https://base.garant.ru/70859232/> (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

256. Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи : Приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н (ред. от 21.02.2020) . – URL: <https://base.garant.ru/70438200/> (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

257. Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий : Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н (Зарегистрировано в Минюсте России 09.01.2018 № 49577). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_287515/ (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

258. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения : Приказ МЗРФ от 13 марта 2019 г № 124н. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/> (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

259. Об утверждении Правил формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств областного бюджета : Постановление Правительства Саратовской области от 20 июня 2016 г. № 379-П. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/6400201607220008> (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

260. Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения : Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 г. № 1304. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72733114/> (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

261. Об утверждении региональной программы Саратовской области «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» : Постановление Правительства Саратовской области от 1 августа 2020 г. № 740-П. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/6400202009080002> (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

262. Об эксплуатации подсистемы «Телемедицинских консультаций» государственной информационной системы здравоохранения Саратовской области : Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области от 21 мая 2021 г. № 104-П. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/6401202105280002>. (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

263. Оберемко, О. А. Фокусированное интервью по Роберту Мертону: особенности и критерии эффективности метода / О. А. Оберемко Н. Н. Терентьева. – DOI 10.14515/monitoring.2018.6.04. – Текст : электронный //

Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. – 2018. – №6. – С. 74–90.

264. Образ жизни и состояние здоровья сельского населения проживающего в разных зонах доступности медицинской помощи / А. А. Калининская, А. В. Муфтахова, Н. А. Баянова, Ф. А. Сулькина. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 8. – С. 55-61.

265. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства / В. И. Стародубов, И. М. Сон, А. Ш. Сененко, А. В. Короткова [и др.]. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №4. – С. 6-13.

266. Овчинников, В. В. Телемедицина: проблемы правового регулирования / В. В. Овчинников. – Текст : непосредственный // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – № 3 (53). – С. 12-15.

267. Орешников, В. В. Оценка и обоснование целесообразности укрупнения муниципальных районов в субъектах Российской Федерации (на примере Республики Башкортостан) / В. В. Орешников. – Текст : непосредственный // Вестник НГИЭИ. – 2019. – № 11 (102). – С. 121-133.

268. Орлов, А. А. Эколого-гигиенические вопросы обеспечения сельского населения питьевой водой / А. А. Орлов, В. А. Спирин, С. А. Мосияш. – Саратов: Буква, 2015. – 148 с. – Текст : непосредственный.

269. Оруджев, Н. Я. Социальный портрет врача-психиатра крупного промышленного города / Н. Я. Оруджев, О. В. Поплавская, И. И. Замятина. – Текст : непосредственный // Социология города. – 2020. – № 2. – С. 65-79.

270. Орусова, О. В. Анализ бедности населения в современной России / О. В. Орусова. – Текст : непосредственный // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2021. – № 1 (53). – С. 124-132.

271. Осипова, Н. Г. Социальное конструирование общественного здоровья / Н. Г. Осипова. – Текст : непосредственный // Вестник

Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2016. – № 4. – С. 119-141.

272. Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях: монография. / М. Г. Еремина, М. В. Еругина, И. Л. Кром, Г. Ю. Сазанова [и др.]. – Саратов, 2021. – 129 с. – Текст : непосредственный.

273. Особенности восприятия здорового образа жизни студентами медицинских ВУЗов / А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, В. А. Решетников, И. А. Ефимов. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – №4. – С. 201-208.

274. Особенности профессионального выгорания, психологического статуса и качества жизни врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения / Н. В. Погосова, С. С. Исакова, О. Ю. Соколова, А. К. Аушева [и др.]. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 6. – С. 69-78.

275. Осокина, О. В. Особенности состояния здоровья сельского населения и организации медицинской помощи в территориях с низкой плотностью населения / О. В. Осокина, С. М. Головина. – Текст : непосредственный // Проблемы региональной экологии. – 2006. – № 2. – С. 33-38.

276. Оценка гигиенических условий питьевого водопользования сельского населения в Саратовской области / А. А. Орлов, А. Н. Данилов, Ю. А. Панкратова, С. А. Мосияш [и др.]. – Текст : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3. – С. 40.

277. Оценка организации и транспортной доступности медицинской помощи жителям села / А. А. Калининская, Н. А. Баянова, А. В. Муфтахова, М. В. Кизеев [и др.]. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 2. – С. 27-34.

278. Оценка социально-экономических аспектов здоровья сельского населения / Н. Е. Комлева, А. Н. Данилов, М. Н. Конькова, М. В. Поздняков. – Текст : непосредственный // Санитарный врач. – 2018. – № 5. – С. 46-51.

279. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью / Г. В. Шнайдер, И. А. Деев, О. С. Кобякова, В. А. Бойков [и др.]. – DOI 10.21045/2071-5021-2020-66-4-4. – Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, №4. – С.4.

280. Оценка удовлетворенности пациентов / Я. П. Сандаков, А. В. Кочубей, В. В. Кочубей, О. А. Евдошенко. – Текст : непосредственный // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 3. – С. 84-91.

281. Оценка численности постоянного населения по муниципальным районам и городским округам Саратовской области 2020-2021гг . – URL: <https://srtv.gks.ru/storage/mediabank/MjnILS4u/%D0%9E%D1%86%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%B0%20%D1%87%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%20%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BD%D0%B0%201.01.2021.pdf> (дата обращения: 27.07.2021). – Текст : электронный.

282. Ошкордина, А. А. Особенности оценки эффективности социально ориентированных услуг здравоохранения в сервисной экономике / А. А. Ошкордина. – Текст : непосредственный // Экономика, общество, человек: теория, методология, реальность. Сборник научных публикаций: в 2 частях. – Министерство образования и науки Российской Федерации, Уральский государственный экономический университет. Екатеринбург, 2015. – С. 142-146.

283. Павлов, А. Ю. Типологизация сельских территорий по уровню и устойчивости социально-экономического развития / А. Ю. Павлов. – Текст :

непосредственный // International Agricultural Journal. – 2019. – Т. 62, № 4. – С. 38.

284. Павлова, Г. Н. Укрепление материально-технической базы путь к улучшению качества жизни сельского населения Сибири / Г. Н. Павлова. – Текст : непосредственный // Никоновские чтения. – 2019. – № 24. – С. 146-148.

285. Паниотто, В. И. Количественные методы в социологических исследованиях. / В. И. Паниотто, В. С. Максименко. – Киев, 2003. – 270 с. – Текст : непосредственный.

286. Панова, Л. В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте / Л. В. Панова. – Текст : непосредственный // Журнал исследований социальной политики. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 177-190.

287. Парханов, А. К. Оценка качества оказания скорой медицинской помощи сельскому населению / А. К. Парханов, Г. М. Баатырова, К. Э. Насирдин. – Текст : непосредственный // Наука и новые технологии. – 2014. – № 4. – С. 110-113.

288. Патракова, С. С. Дифференциация районов Вологодской области по уровню развития сельского хозяйства / С. С. Патракова. – Текст : непосредственный // Развитие территорий. – 2020. – № 3 (21). – С. 27-32.

289. Петров, Г. С. Доступность нефрологической помощи как предиктор хронических болезней почек / Г. С. Петров, И. Л. Кром, М. В. Еругина. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 74-77.

290. Петрова, Л. Е. Качество деятельности врача: оценка работы и дополнительного профессионального образования / Л. Е. Петрова, С. А. Царькова. – Текст : непосредственный // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 3 (108). – С. 122-126.

291. Побочные эффекты цифровизации образовательных технологий в здравоохранении / А. Ю. Щупак, В. М. Остроголовый, А. Д. Лунин, А. И. Воронов. – Текст : непосредственный // Методическое сопровождение

педагогического процесса в медицинском вузе в условиях реализации компетентностного подхода : сборник : Материалы межрегиональной учебно-методической конференции для преподавателей высшей школы / отв. редактор Т. В. Чепель. – Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2020. – С. 125-128.

292. Покида, А. Н. Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики / А. Н. Покида, Н. В. Зыбуновская. – Текст : непосредственный // Здоровье населения и среда обитания. – 2021. – Т. 29, № 7. – С. 19-27.

293. Покровский, Н. Е. Динамика "человеческого капитала" в сельских поселениях России: проблемы сохранения и развития / Н. Е. Покровский, В. А. Шилова. – Текст : непосредственный // Социологическая наука и социальная практика. – 2020. – Т. 8, № 4 (32). – С. 183-198.

294. Полухина, М. Г. Формирование доступности медицинского обслуживания на селе как ключевого элемента устойчивого развития / М. Г. Полухина. – DOI 10.24891/re.17.2.308 – Текст : электронный // Региональная экономика: теория и практика. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 308-330.

295. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.12.2016. – Текст : непосредственный // Парламентская газета. – 2016. – 2-8 дек. (№45). – С. 2-11.

296. Потемкина, Н. В. Дистанционное образование в системе непрерывного медицинского образования / Н. В. Потемкина. – Текст : непосредственный // Московская медицина. – 2020. – № 4 (38). – С. 64-67.

297. Потенциал кадрового развития региональной системы здравоохранения в представлениях организаторов здравоохранения (по результатам экспертного фокус-группового исследования) / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром, М. В. Еругина [и др.]. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2021, № 1. – С. 13-20.

298. Потенциальные участники системы непрерывного медицинского образования - об организации обучения в рамках дополнительного

профессионального образования / Н. Н. Камынина, А. В. Иванов, А. С. Филин, А. В. Власенко [и др.]. – Текст : непосредственный // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2018. – № 3 (59). – С. 61-70.

299. Потенциальный риск для здоровья сельского населения, связанный с потреблением местных продуктов питания, содержащих остаточные количества тяжелых металлов / С. Ю. Чехомов, Ю. В. Елисеева, Н. Н. Пичугина, Ю. Ю. Елисеев. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16, № 4. – С. 934-939.

300. Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на улучшение жилищных условий граждан, проживающих на сельских территориях: Постановление Правительства России от 24 декабря 2021 г. N 24500. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71509392/> (дата обращения: 15.01.2022) . – Текст : электронный.

301. Правительство Саратовской области. Официальный портал. – URL: <https://saratov.gov.ru/region/> (дата обращения: 20.09.2021). – Текст : электронный.

302. Пржедецкая, Н. В. Цифровизация как ключевой фактор в обеспечении конкурентоспособности здравоохранения в России / Н. В. Пржедецкая, А. Ю. Шадрина. – Текст : непосредственный // Инновационное развитие наукоемких технологий и интеллектуальных систем. Сборник статей III Международной научно-практической конференции. – Петрозаводск : Международный центр научного партнерства «Новая Наука», 2020. – С. 85-88.

303. Применение клинико-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности): учебное пособие / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. М. Алексеева, Е. Е. Кобяцкая [и др.], под ред. А.В. Решетникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 179 с. – Текст : непосредственный

304. Применение телемедицины при организации и оказании медицинской помощи пациентам, находящимся в критических состояниях / С. Ф. Гончаров, А. Я. Фисун, А. В. Щёголев, Н. Н. Баранова [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2018. – № 4 (64). – С. 227-231.

305. Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантного профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения : учебное пособие / М. В. Еругина, И. Л. Кром, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина [и др.]; Саратовский государственный медицинский университет. – Саратов: Изд-во «Наука», 2020. – 85 с. – Текст : непосредственный.

306. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества / И. Ю. Юрова, Е. А. Андриянова, Л. М. Федорова, В. В. Масляков. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-5. – С. 1065-1069.

307. Проблематика телемедицины в отечественном здравоохранении / В. В. Морозов, Ю. В. Серяпина, В. П. Бессмельцев, В. А. Слуев. – Текст : непосредственный // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-7. – С. 1365-1368.

308. Проблемы здравоохранения села: монография / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, К. Г. Дзугаев, В. В. Стрючков. – Москва : Академия Естествознания, 2012. – 207 с. – Текст : непосредственный.

309. Проблемы нормативно-правового регулирования целевого обучения: целевой прием, организация обучения и трудоустройство / Н. А. Шевелева, Н. И. Дивеева, И. А. Васильев, А. В. Бабич. – Текст : непосредственный // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Юридические науки. – 2017. – № 4 (31). – С. 84-90.

310. Проблемы реализации непрерывного медицинского образования / С. В. Попов, Л. А. Титова, С. Л. Петросян, В. П. Попова. – Текст :

непосредственный // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 75. – С. 30-37.

311. Проваленова, Н. В. Методика оценки уровня развития социальной инфраструктуры сельских территорий на основе расчета коэффициента жилищно-коммунальной обустроенности / Н. В. Проваленова. – Текст : непосредственный // Вестник НГИЭИ. – 2019. – № 12 (103). – С. 75-83.

312. Проваленова, Н. В. Роль социальной инфраструктуры в развитии сельских территорий / Н. Проваленова, А. Касимов. – Текст : непосредственный // International Independent Scientific Journal. – 2020. – № 20-2. – С. 27-32.

313. Проваленова, Н. В. Сельская агломерация как основа развития социальной инфраструктуры сельских территорий / Н. В. Проваленова. – Текст : непосредственный // Глобальный научный потенциал. – 2020. – № 1 (106). – С. 133-135.

314. Проваленова, Н. В. Формирование методологии исследования социальной инфраструктуры сельских территорий / Н. В. Проваленова. – Текст : непосредственный // Вестник НГИЭИ. – 2020. – № 6 (109). – С. 129–137.

315. Психическое здоровье. – Москва : Гениус Медиа, 2012. – № 4(71). – 84 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=237886>. – ISSN 2074-014X. – Текст : электронный.

316. Пузин, С. Н. Телемедицина как вектор инновационного развития системы оказания услуг в сфере здравоохранения / С. Н. Пузин, О. В. Сертакова, Д. Н. Решетов. – Текст : непосредственный // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 2. – С. 65-73.

317. Пустынникова, Е. В. Инновационные аспекты развития здравоохранения на основе межфирменной интеграции / Е. В. Пустынникова.

– Текст : непосредственный // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Экономика и менеджмент. – 2020. – Т. 14, № 4. – С. 93-99.

318. Развитие медицинских технологий под влиянием глобальной цифровизации как фактор повышения качества медицинских услуг / О. В. Сертакова, М. Н. Дудин, А. В. Зуев, С. А. Гусаренко. – Текст : непосредственный // Экономика и социум: современные модели развития. – 2018. – Т. 8, № 4 (22). – С. 69-79.

319. Растегаев, В. В. Реализация прав пациентов, проживающих в сельской местности: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / В. В. Растегаев. – Москва, 2005. – 167 с. – Текст : непосредственный.

320. Ревматоидный артрит в Российской Федерации: социологические аспекты / А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, С. В. Павлов, Н. Ю. Вяткина [и др.]. – DOI 10.14300/mnnc.2019.14056. – Текст : электронный // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т. 14, № 2. – С. 374-376.

321. Решетников, А. В. Восприятие пандемии Covid-19 жителями Москвы / А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, С. В. Павлов, Н. Ю. Вяткина. – Текст : непосредственный // Социологические исследования. – 2020. – № 7. – С. 138-143.

322. Решетников, А. В. Критерии и показатели оценки социально-экономической эффективности управления финансовыми ресурсами системы ОМС / А. В. Решетников. – Текст : непосредственный // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 25-26.

323. Решетников, А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство / А. В. Решетников. – Москва : Медицина, 2003. – 1047 с. – Текст : непосредственный.

324. Решетников, А. В. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А. В. Решетников, Л. М. Астафьев. – Текст : непосредственный // Социология медицины. – 2005. – № 1 (6). – С. 32-38.

325. Решетников, А. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов / А. В. Решетников., Ш. Г. Айвазян, Н. В. Присяжная. – DOI 10.14515/ monitoring.2020.2.764. – Текст : электронный // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. – № 2. – С. 331-346.

326. Решетников, А. В. Социальный институт медицины (часть 2) / А. В. Решетников. – DOI 10.18821/1728-2810-2018-17-2-68-79. – Текст : электронный // Социология медицины. – 2018. – Т. 17, № 2. – С. 68-79.

327. Решетников, А. В. Социологическое осмысление интегрального понятия качество жизни и методология его оценки : доклад на научно-практической конференции с международным участием (Москва, Сеченовский университет, 5 февраля 2019 г.) / А. В. Решетников. – Текст : непосредственный.

328. Решетников, А. В. Социология медицины: учебник. / А. В. Решетникова. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 256 с. – Текст : непосредственный.

329. Решетников, А. В. Социология пациента / А. В. Решетников, С. А. Ефименко. – Москва : Здоровье и общество, 2008. – 304 с. – Текст : непосредственный.

330. Решетникова, А. В. Экономика здравоохранения / А. В. Решетникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 272 с. – Текст : непосредственный.

331. Риски здоровью профессиональной группы врачей в современных системах здравоохранения (обзор) / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Анализ риска здоровью. – 2020. – № 2. – С. 185-192.

332. Рогалев, К. Роль выездных врачебных бригад в организации медицинской помощи сельскому населению Архангельской области / К. Рогалев, Л. Бекряева. – Текст : непосредственный // Врач. – 2008. – № 11. – С. 73-75.

333. Роженцова, Е. В. Факторы и стимулы перехода населения к здоровому питанию на примере потребления йодированной соли в йододефицитных регионах / Е. В. Роженцова, Е. А. Третьякова. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 3. – С. 5.

334. Роль региональных программ социально-экономического стимулирования в привлечении врачебных кадров в систему сельского здравоохранения / О. А. Доцанникова, Т. В. Поздеева, Ю. Н. Филиппов, А. Л. Хлапов – Текст : непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. – Т. 62, № 4. – С. 172-180.

335. Роль финансовых деприваций в субъективной оценке качества жизни врачей / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, Е. М. Долгова, Г. Н. Бочкарёва. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2019. – № 11. – С. 27-31.

336. Романюк, М. А. Проблемы сельской бедности в России / М. А. Романюк, Н. Г. Платоновский, И. М. Павлова. – Текст : непосредственный // Экономика сельского хозяйства России. – 2019. – № 6. – С. 100-105.

337. Россия реформирующаяся: ежегодник: вып. 17 / отв. ред. М. К. Горшков – Москва : Новый Хронограф, 2019. – 576 с. . – Текст : непосредственный.

338. Россия реформирующаяся: ежегодник: вып. 8 / отв. ред. М. К. Горшков. – Москва : Институт социологии РАН, 2009. – 464 с. . – Текст : непосредственный.

339. Рубцова, В. Н. Новые вызовы здравоохранению в социально-экономическом пространстве сельской местности / В. Н. Рубцова. – Текст : непосредственный // Научное обозрение: теория и практика. – 2018. – № 8. – С. 147-158.

340. Руженский, В. И. Роль медицинского обслуживания в укреплении социального здоровья сельского населения / В. И. Руженский. – Текст : непосредственный // Охрана социального здоровья сельского населения. Сборник материалов конференции «Охрана социального здоровья сельского

населения». Иваново, 08–10 июня 2017 года. – Москва: Акционерное общество "ПРЕССТО", 2017. – С. 122-126.

341. Русановский, Г. А. Проблемы цифровизации сельского здравоохранения России в условиях региональной дифференциации / Г. А. Русановский С. Г. Былина. – Текст : непосредственный // Экономическая безопасность и качество. – 2019. – № 2 (35). – С. 27-33.

342. Русский, В. Г. К вопросу о сельской бедности в России / В. Г. Русский, Н. Г. Платоновский. – Текст : непосредственный // Инвестиции в России. – 2019. – № 11 (298). – С. 9-15.

343. Савельева, Ж. В. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян / Ж. В. Савельева, Л. М. Мухарямова, И. Б. Кузнецова. – Текст : непосредственный // Мир России. Социология. Этнология. – 2018. – Т. 27, № 3. – С. 154-179.

344. Савицкая, А. А. Развитие сельских территорий и ее влияние на качество жизни населения муниципального образования Республики Хакасия / А. А. Савицкая. – Текст : непосредственный // Трибуна ученого. – 2019. – № 11. – С. 218-227.

345. Садыков, Р. М. Бедность в России: сравнительный анализ и особенности / Р. М. Садыков. – Текст : непосредственный // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – Т. 16, Вып. 8. – С. 1494-1505.

346. Самойлова, Д. Д. Медико-социологическое обоснование социализации больных при пограничных психических расстройствах : дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.05 / Д. Д. Самойлова. – Москва, 2011. – 167 с. – Текст : непосредственный.

347. Самооценка здоровья и удовлетворенность медицинской помощью сельским населением возраста 60+ Калининградской области / И. Б. Шикина, И. Ю. Чухриенко, Т. Г. Задоркина, И. А. Михайлов [и др.]. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 10. – С. 37-43.

348. Самородская, И. В. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: факторы окружающей среды / И. В. Самородская, В. Ю. Семенов, С. А. Бойцов. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Том. 25, № 5. – С. 260-265.

349. Сельское здравоохранение России в 2012 году: статистические материалы / Г. А. Александрова, Е. В. Огрызко, Н. А. Голубев, Н. Я. Несветайло [и др.] . – Москва : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2013. – 83 с. – Текст : непосредственный.

350. Сельское здравоохранение России в 2017 году: статистические материалы / А. В. Поликарпов, Г. А. Александрова, Н. А. Голубев, Н. Я. Несветайло [и др.]. – Москва : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2018. – 83 с. – Текст : непосредственный.

351. Сельское здравоохранение России в 2019 году: статистические материалы / Е. Г. Котова, В. И. Стародубов, Г. А. Александрова, Н. А. Голубев [и др.] . – Москва : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2020. – 83 с. – Текст : непосредственный.

352. Сельское здравоохранение России в 2020 году: статистические материалы / Е. Г. Котова, О. С. Кобякова, В. И. Стародубов, Г. А. Александрова [и др.]. – Москва : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. – 84 с. – Текст : непосредственный.

353. Семин, А. Н. Механизм повышения закрепляемости молодых специалистов в агропромышленном комплексе России: вопросы теории и практики / А. Н. Семин, А. С. Кучеров - Тюмень: ГАУ «Северного Зауралья», 2016. – 154 с. . – Текст : непосредственный.

354. Сергеева, С. В. Факторы риска развития йоддефицитных состояний и их коррекция на территории Саратовской области / С. В. Сергеева, Ю. Ю. Елисеев. – Текст : непосредственный // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 2. – С. 66-67.

355. Серебрякова, Н. А. Структурная и функциональная асимметричность развития / Н. А. Серебрякова. – Текст : непосредственный // Регион: системы, экономика, управление. – 2011. – № 3 (14). – С. 34-40.

356. Сибирская, Е. В. Использование методов оценки деятельности в сфере промышленной политики на макроуровне / Е. В. Сибирская. – Текст : непосредственный // Вестник ОрелГИЭТ. – 2010. – № 1. – С. 17-21.

357. Сидельников, С. А. Научное обоснование технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения : дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03/ С. А. Сидельников. – Москва, 2019. – 370 с. – Текст : непосредственный.

358. Смирнов, С. Н. Российская деревня: вечное на фоне трансформаций. Заметки непрофессионала / С. Н. Смирнов. – Текст : непосредственный // Мир России: Социология, этнология. – 2013. – Т. XXII(4). – С. 61-85.

359. Смирнова, С. Н. К вопросу об оценке потенциала сельских территорий / С. Н. Смирнова. – Текст : непосредственный // Актуальные проблемы экономики и управления. – 2020. – № 2 (26). – С. 73-82.

360. Совершенствование профессиональных компетенций у выпускников, направленных в первичное звено здравоохранения / О. И. Фролова, В. А. Жмуров, В. Л. Калинина, К. А. Викулова [и др.]. – Текст : непосредственный // Медицинская наука и образование Урала. – 2020. – Т. 21. № 4 (104). – С. 88-95.

361. Современные аспекты непрерывного медицинского образования и пути его развития / И. В. Фанта, С. А. Артюшкин, С. С. Павлова, И. И. Чернушевич. – Текст : непосредственный // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2019. – Т. 3, № 2-2. – С. 63-65.

362. Современные проблемы жизнеобеспечения населения сельских территорий / И. Н. Меренкова, А. И. Добрунова, А. А. Сидоренко, О. А. Жарикова. – Текст : непосредственный // Инновации в АПК: проблемы и перспективы. – 2020. – № 2 (26). – С. 208-218.

363. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / Н. К. Гусева, М. В. Доютова, В. А. Соколов, И. А. Соколова. – Текст : непосредственный // Медицинский альманах. – 2015. – № 3 (38). – С. 11-15.

364. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / М. В. Еругина, И. Л. Кром, О. В. Ермолаева, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 76.

365. Современные тенденции в сфере непрерывного профессионального образования / Е. И. Аксенова, Л. Б. Шубина, Д. М. Грибков, М. В. Седова [и др.]. – Текст : непосредственный // Московская медицина. – 2019. – № 3 (31). – С. 12-21.

366. Современные трансформации института здравоохранения от медицинской помощи к медицинской услуге/ М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром, М. В.Еругина [и др.]. – Текст : непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения : стратегии инноваций : сборник Всероссийской научно-практической конференций. – Саратов, 2018. – С. 102-105.

367. Современные трансформации пространства медицины от медицинской помощи к медицинской услуге / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Биоэтика. – 2019. – № 1 (23). – С. 27-29.

368. Состояние социальной эффективности здравоохранения (по данным оценки удовлетворенности пациентов оказанной помощью) / А. В. Олейник, Н. А. Садовникова, Д. Л. Мушников, Л. Г. Ананьина [и др.]. – Текст : непосредственный // Образовательный вестник Сознание. – 2020. – Т. 22, № 2. – С. 10-15.

369. Социально-демографические характеристики сельского населения, влияющие на смену места жительства / К. А. Устинова. – Текст : непосредственный // Исследования молодых учёных: экономическая теория,

социология, отраслевая и региональная экономика /под ред. О. В. Тарасовой, А. А. Горюшкина. – Новосибирск: Институт экономики и организации промышленного производства СО РАН, 2017. – С. 138-144.

370. Социально-экономические проблемы доступности медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией / Н. Ю. Жужлова, М. В. Еругина, Г. Ю. Сазанова, И. Л. Кром. – Текст : непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, № 6. – С. 284-287.

371. Социальные риски здоровья детского населения в России: региональный контекст (обзор) / М. Г. Еремина, Н. Н. Шигаев, И. Л. Кром, М. В. Еругина [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17. № 1. – С. 67-70.

372. Социальные факторы и ценностно-мотивационные ориентиры здоровьесберегающего поведения сельских жителей Якутии / Е. П. Аммосова, Т. М. Климова, Р. Н. Захарова, А. И. Федоров [и др.]. – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2019. – Т. 157, № 2. – С. 50-54.

373. Социальный портрет современного сельского врача - реалии и перспективы / О. А. Доцанникова, Т. В. Поздеева, Ю. Н. Филиппов, А. Л. Хлапов [и др.]. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 1. – С. 7.

374. Сравнительная оценка показателей здоровья и образа жизни городского и сельского населения пожилого возраста Воронежской области / В. И. Попов, А. В. Скребнева, И. Э. Есауленко, Е. П. Мелихова. – Текст : непосредственный // Гигиена и санитария. – 2018. – Т. 97, № 8. – С. 681-685.

375. Сравнительный анализ основных демографических показателей сельского и городского населения Саратовской области / М. В. Еругина, И. Л. Кром, Г. Ю. Сазанова, М. Г. Еремина [и др.]. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 18, № 2. – С.

376. Стародубов, В. И. Полиморбидность лиц старших возрастных групп в городской и сельской местности Нижегородской области / В. И.

Стародубов, А. Н. Эделева, Т. П. Сабгайда. – Текст : непосредственный // Успехи геронтологии. – 2018. – Т. 31, № 1. – С. 25-31.

377. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации (утв. Указом Президента Российской Федерации от 31. 12. 2015 № 683). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191669/61a97f7ab0f2f3757fe034d11011c763bc2e593f/. (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

378. Стратегия пространственного развития Российской Федерации на период до 2025 года, утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 13 февраля 2019г. N 207-р. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/552378463> (дата обращения: 15.01.2022). – Текст : электронный.

379. Стратегия экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года (утв. Указом Президента Российской Федерации от 13. 05. 2017 № 208). – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71572608> (дата обращения: 10.10.2019). – Текст : электронный.

380. Студенникова, Н. С. Здоровье сельских жителей - определяющий фактор развития сельских территорий / Н. С. Студенникова. – Текст : непосредственный // Вестник сельского развития и социальной политики. – 2017. – № 3(15). – С. 91-93.

381. Султанова, Э. И. Комплексная оценка качества жизни врачей-стоматологов / Э. И. Султанова. – Текст : непосредственный // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 1. – С. 424-426.

382. Суслин, С. А. Здоровье населения и организационные подходы к совершенствованию медицинской помощи в сельской местности / С. А. Суслин. – Текст : непосредственный // Главврач. – 2012. – №10. – С. 8-12.

383. Суслин, С. А. Медико-демографические тенденции в состоянии здоровья сельского населения / С. А. Суслин, А. К. Каширин, А. А. Катин.

– Текст : непосредственный // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 10. – С. 260-263.

384. Суслин, С. А. Современные подходы к определению качества медицинской помощи / С. А. Суслин. – Текст : непосредственный // Здоровоохранение. – 2010. – №9. – С. 25-32.

385. Суховеева, А. Б. Особенности демографического развития сельских территорий восточных районов РФ (на примере Еврейской автономной области) / А. Б. Суховеева. – Текст : непосредственный // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2018. – № 9 (95). – С. 155-160.

386. Сычева, И. В. Исследование категории «Социальная инфраструктура» / И. В. Сычева, Н. А. Сычева. – Текст : непосредственный // Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки. – 2012. – № 2–1. – С. 230-238.

387. Татарова, С. П. Сельская инфраструктура как фактор развития поселений / С. П. Татарова, Н. А. Затеева. – Текст : непосредственный // Вестник Восточно-Сибирского государственного института культуры. – 2017. – № 2 (2). – С. 49-55.

388. Телемедицина. следующий этап - телефармация? / А. А. Свистунов, Ю. В. Олефир, Г. С. Лебедев, К. А. Кошечкин. – Текст : непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 56, № 4. – С. 6.

389. Телемедицина: нормативно-правовое обеспечение, реалии и перспективы применения в отечественном здравоохранении / Д. В. Мелик-Гусейнов, Л. А. Ходырева, П. С. Турзин [и др.] // Медицинский алфавит. Серия «Обозрение». – 2019. – Т.2. – С. 40.

390. Терентьева, Е. В. Сопоставительный анализ инструментария теледерматологии как элемента системы электронного здравоохранения / Е. В. Терентьева, Д. Э. Мухамедьярова, Н. Г. Терентьева. – Текст :

непосредственный // Современные технологии управления. – 2020. – № 2 (92). – С. 9.

391. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения / И. Л. Кром, М. В. Еругина, М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 148-152.

392. Тихий, В. И. Обеспечение устойчивого социально-экономического развития сельских территорий региона / В. И. Тихий, С. С. Иванов. – Текст : непосредственный // Региональная экономика: теория и практика. – 2018. – Т. 16, № 8 (455). – С. 1467-1480.

393. Тихонова, Н. Е. Феномен социальной эксклюзии в условиях России / Н. Е. Тихонова. – Текст : непосредственный // Мир России. – 2003. – Т. XII(1). – С. 36-84.

394. Толмачев, Д. А. Характеристика показателей качества жизни у врачей функциональной диагностики / Д. А. Толмачев, С. Б. Пономарев. – Текст : непосредственный // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 11. – С. 171-175.

395. Третьяков, А. А. О медико-социальной интеграции в современном здравоохранении / А. А. Третьяков, В. И. Перхов. – Текст : непосредственный // Медицина и организация здравоохранения. – 2020. – Т. 5. № 1. – С. 4-11.

396. Третьякова, Е. П. Правовые аспекты регулирования телемедицины / Е. П. Третьякова. – Текст : непосредственный // Цифровое право. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 58.

397. Труфанова, С. В. Уровень занятости и жизни населения на фоне демографического потенциала сельских территорий / С. В. Труфанова, А. Ф. Зверев. – Текст : непосредственный // Вестник ИрГСХА. – 2015. – № 67. – С. 139-147.

398. Турун, П. П. Региональные особенности сельского расселения Юга России / П. П. Турун. – Текст : непосредственный // Вестник Ставропольского государственного университета. – 2010. – № 4. – С. 107-176.

399. Тянь, Н. Г. Цифровизация здравоохранения / Н. Г. Тянь, Е. Д. Прохорова, А. С. Пенькова. – Текст : непосредственный // Ученые заметки ТОГУ. – 2018. – Т. 9, № 4. – С. 99-102.

400. Удовлетворенность врачей (в социальной роли пациентов) медицинской помощью в сельском здравоохранении региона / М. Г. Еремина, Е. А. Григорьева, И. Л. Кром, М. В. Еругина. – Текст : непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 18, № 1. – С.

401. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: "всем не угодишь" или "пациент всегда прав"? / М. А. Садовой, О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов [и др.]. – Текст : непосредственный // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16, № 1. – С. 152-161.

402. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Д. С. Тюфилин, Е. С. Куликов [и др.]. – DOI 10.21045/2071-5021-2016-49-3-5. – Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 3. – С. 5.

403. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации / Д. А. Тимофеев, М. В. Еругина, И. Л. Кром [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 1. – С. 50-53.

404. Устинова, К. А. Социально-демографические характеристики сельского населения, влияющие на смену места жительства / К. А. Устинова. – Текст : непосредственный // Исследования молодых учёных: экономическая теория, социология, отраслевая и региональная экономика / под ред. О. В. Тарасовой, А. А. Горюшкина. – Новосибирск: ИЭОПП СО РАН, 2017. – С. 138-144.

405. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин / В. В. Полунина, Г. Т. Мустафина, Н. Х. Шарафутдинова, А. Б.

Латыпов [и др.]. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 4. – С. 438-442.

406. Факторы, влияющие на удовлетворенность больных медицинской помощью в ходе медицинской реабилитации / С. В. Харитонов, Н. П. Лямина, М. В. Голубев, И. В. Погонченкова. – Текст : непосредственный // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. – С. 143.

407. Фаронова, Ю. В. Пространственно-временная динамика качества жизни населения субъектов РФ / Ю. В. Фаронова, А. Р. Ахунов, Т. П. Тельнова. – Текст : непосредственный // Успехи современного естествознания. – 2020. – № 4. – С. 163-168.

408. Федоляк, В. С. Межрегиональные диспропорции социально-экономического развития сквозь призму базовых теорий региональной экономики / В. С. Федоляк. – DOI 10. 18500/1994-2540-2019-19-1-16-20. – Текст : электронный // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Экономика. Управление. Право. – 2019. – Т. 19, Вып. 1. – С. 16-20.

409. Феоктистова, Н. И. Факторы, влияющие на депопуляцию населения Дальнего Востока / Н. И. Феоктистова. – Текст : непосредственный // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – № 66-3. – С. 53-60.

410. Фокин, В. Я. Территориальная изолированность как фактор депопуляции населения сельских монопрофильных территорий / В. Я. Фокин. – Текст : непосредственный // Дискуссия. – 2017. – № 2 (76). – С. 71-78.

411. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи : монография / А. В. Решетников, Е. Е. Ачкасов, В. А. Решетников, Н. В. Присяжная. – Москва: ТПС Принт, 2017. – 296 с. – Текст : непосредственный,

412. Хазиев, Д. Ф. Здоровье сельского населения и основные направления его улучшения на примере Мамадышского района / Д. Ф.

Хазиев. – Текст : непосредственный // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 1. – С. 30-31.

413. Хачецуков, З. М. Социальный комфорт в контексте трансформационных процессов в структуре современной Российской повседневности / З. М. Хачецуков. – Текст : непосредственный // Вестник МГИМО Университета. – 2013. – № 2. – С. 214-219.

414. Хашаева, А. Б. Социальная инфраструктура как предмет изучения сельских территорий / А. Б. Хашаева. – Текст : непосредственный // Бюллетень Калмыцкого научного центра РАН. – 2020. – № 1. – С. 216-226.

415. Холопова, Ю. С. Особенности функционирования объектов сельской социальной инфраструктуры / Ю. С. Холопова. – Текст : непосредственный // Современное развитие экономических и правовых отношений. Образование и образовательная деятельность. – 2013. – Т. 2013. – С. 174-178.

416. Хусаинова, Р. М. Проявление феномена прокрастинации у учителей в зависимости от качества жизни / Р. М. Хусаинова. – Текст : непосредственный // Сибирский психологический журнал. 2018. – № 68. – С. 162-173.

417. Хуснутдинова, Г. А. Мобилизационная медицина: социальный портрет медицинского работника в современных условиях / Г. А. Хуснутдинова, Ю. Р. Хайруллина. – Текст : непосредственный // Электронный экономический вестник Татарстана. – 2020. – № 1. – С. 71-79.

418. Цветкова, Г. С. Теория и практика институциональных рисков / Г. С. Цветкова, О. С. Грознова. – Текст : непосредственный // Вестник Чувашского университета. – 2012. – № 1. – С. 476-480.

419. Циренщиков, В. С. Цифровизация экономики Европы / В. С. Циренщиков. – Текст : непосредственный // Современная Европа. – 2019. – № 3. – С. 104-113.

420. Цифровая революция в здравоохранении: достижения и вызовы. – Текст : электронный // Петербургский Международный Экономический

Форум (ПМЭФ 2017). – URL: <https://tass.ru/pmef-2017/articles/4278264> (дата обращения: 08.04.2021).

421. Цифровизация медицины изменит привычный уклад работы отрасли // Аналитический центр при Правительстве РФ : [сайт]. – URL: <http://ac.gov.ru/events/014209.html> (дата обращения: 10.05.21). – Текст : электронный.

422. Цыганков, Б. Д. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью (по данным иностранной литературы) / Б. Д. Цыганков, Я. В. Малыгин. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22, № 4. – С. 18-22.

423. Чазов, Е. И. Здравоохранение стоит на трех китах / Е. И. Чазов. – Текст : непосредственный // Доктор. Ру. – 2008. – № 3. – С. 57-58.

424. Чемидова, Л. С. Уровень жизни как причина миграции сельского населения Калмыкии / Л. С. Чемидова. – Текст : непосредственный // Вестник Института комплексных исследований аридных территорий. – 2019. – № 2-2 (39). – С. 41-45.

425. Чеснокова, И. В. Структура и основные принципы непрерывного медицинского образования на современном этапе / И. В. Чеснокова. – Текст : непосредственный // Развитие образования. – 2019. – № 1 (3). – С. 58-60.

426. Численность населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2019 года / Росстат. – Москва : Федеральная служба государственной статистики, 2019. – 544 с. – Текст : непосредственный.

427. Численность населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2021 года / Росстат. – Москва : Федеральная служба государственной статистики, 2021. – 443 с. – Текст : непосредственный.

428. Чистяков, А. В. Восприятие цифровизации здравоохранения как тренда на снижение качества медицинского обслуживания населения / А. В.

Чистяков, М. А. Третьяков. – Текст : непосредственный // Современные прикладные исследования : материалы четвертой национальной научно-практической конференции. – Новочеркасск : ЮРГПУ (НПИ), 2020. – С. 266-270.

429. Чистяков, С. Н. Система непрерывного медицинского профессионального образования: проблемы и перспективы развития / С. Н. Чистяков. – Текст : непосредственный // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – № 1 (18). – С. 7-9.

430. Шабанов, В. Л. Качество жизни сельского и городского населения россии: сравнительный анализ отдельных аспектов / В. Л. Шабанов. – Текст : непосредственный // Теория и практика общественного развития. – 2020. – № 10 (152). – С. 13-17.

431. Шабанов, В. Л. Структурные особенности сельской бедности и способы ее преодоления / В. Л. Шабанов. – Текст : непосредственный // Региональные агросистемы: экономика и социология. – 2020. – № 4. – С. 83-89.

432. Шабунова, А. А. Здоровьесберегательная активность как фактор здоровья: гендерный аспект / А. А. Шабунова, В. Р. Шухатович, П. С. Корчагина. – Текст : непосредственный // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2013. – № 3 (27). – С. 123-132.

433. Шабунова, А. А. Здоровьесбережение - важный ресурс достижения демографического благополучия / А. А. Шабунова. – Текст : непосредственный // Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции. Сер. "Демография. Социология. Экономика. " / под ред. С. В. Рязанцева, Т. К. Ростовской. – Москва: Экон-Информ, 2019. – С. 163-167.

434. Шакарова, И. С. Состояние и перспективы развития непрерывного образования врачей-гастроэнтерологов / И. С. Шакарова, Е. Г. Карпова. – Текст : непосредственный // Глобальный научный потенциал. – 2020. – № 2 (107). – С. 86-88.

435. Шамин, А. Е. Организационно-экономические условия развития социальной инфраструктуры сельских территорий / А. Е. Шамин, Н. В. Проваленова. – Текст : непосредственный // Вестник НГИЭИ. – 2020. – № 2 (105). – С. 77-89.
436. Шаров, С. Ю. Ресурсы развития сельского расселения в современной России / С. Ю. Шаров. – Текст : непосредственный // Народонаселение. – 2020. – Т. 23, № 3. – С. 109-118.
437. Шестакова, И. В. Изменение карьер-ориентированных векторов в медицине / И. В. Шестакова. – Текст : непосредственный // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2017. – № 6. – С. 87-89.
438. Шиняева, О. В. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян / О. В. Шиняева, А. Б. Падиарова. – Ульяновск: УлГТУ, 2010. – 168 с. – Текст : непосредственный.
439. Шляфер, С. И. Анализ заболеваемости городского населения старше трудоспособного возраста в России / С. И. Шляфер. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 1. – С. 13-19.
440. Шулдяков, А. В. Развитие сельскохозяйственных территорий России с учетом анализа мировых миграционных потоков и тенденций / А. В. Шулдяков, В. С. Бобер. – Текст : непосредственный // Бизнес и дизайн ревю. – 2019. – № 2 (14). – С. 6.
441. Шюц, А. Структура повседневного мышления / А. Шюц. – Текст : непосредственный // Социс. – 1988. – № 2. – С. 129-131.
442. Щавелева, М. В. Распространенность факторов риска и самооценка здоровья сельского населения / М. В. Щавелева, С. З. Глебо. – Текст : непосредственный // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 2 (71). – С. 44-48.
443. Щербакова, А. С. Сельская бедность населения: мировая оценка / А. С. Щербакова. – Текст : непосредственный // Никоновские чтения. – 2020. – № 25. – С. 309-312.

444. Щитова, Н. А. Социально-экономический компонент оценки качества жизни сельского населения Ставропольского края / Н. А. Щитова, В. С. Белозеров, В. С. Тикунов. – Текст : непосредственный // Вестник Московского университета. Серия 5: География. – 2019. – № 2. – С. 69-77.

445. Югов, Е. А. Миграция сельского населения в Липецкой области / Е. А. Югов. – Текст : непосредственный // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2020. – № 12 (194). – С. 102-113.

446. Юргель, Н. В. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению / Н. В. Юргель, М. Ю. Хубиева. – Текст : непосредственный // Вестник Росздравнадзора. – 2008. – № 2. – С. 39-42.

447. Ямилов, Р. М. Административно-территориальная реформа: трансформация местного самоуправления в региональном контексте (на примере Удмуртской Республики) / Р. М. Ямилов. – Текст : непосредственный // Вестник Удмуртского университета. Серия Экономика и право. – 2021. – Т. 31, № 4. – С. 627-638.

448. Янё, В. С. Социально-экономическая ситуация Приволжского федерального округа в контексте реализации программы устойчивого развития российских регионов / В. С. Янё. – Текст : непосредственный // Региональная экономика: теория и практика. – 2017. – Т. 15, Вып. 6. – С. 1082-1099.

449. Ярашева, А. В. Образовательный капитал как основа построения трудовых стратегий / А. В. Ярашева. – Текст : непосредственный // Народонаселение. – 2020. – Т. 23, № 4. – С. 115-124.

450. Ященко, Н. А. Эконометрический анализ депопуляции населения России / Н. А. Ященко. – Текст : непосредственный // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2020. – № 8-1. – С. 124-129.

451. A Digital Patient-Provider Communication Intervention (InvolveMe): Qualitative Study on the Implementation Preparation Based on Identified

Facilitators and Barriers / B. Seljelid, C. Varsi, L. S. Nes [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of medical internet research. – 2021. – Vol. 23, Iss. 4. – article number: e22399.

452. A framework for analysing learning health systems: Are we removing the most impactful barriers? / S. McLachlan, K. Dube, O. Johnson, D. Buchanan [et al.]. – DOI 10.1002/lrh2.10189. – Текст : электронный // Learning Health Systems. – 2019. – Vol. 3, Iss. 4. – article number: e10189.

453. A new model of online health care delivery science education for mid-career health care professionals / A. Faerber, A. Andrews, A. Lobb [et al.]. – DOI 10.1016/j.hjdsi.2018.12.002. – Текст : электронный // Healthc. – 2019. – Vol.7, Iss. 4. – P. S2213-0764(17)30247-6.

454. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors / P. Verma, J. A. Ford, A. Stuart [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC Health Serv Res. – 2016. – Vol. 16. – P. 126.

455. Airola, E. Learning and Use of eHealth Among Older Adults Living at Home in Rural and Nonrural Settings: Systematic Review / E. Airola. – DOI 10.2196/23804. – Текст : электронный // Journal of medical internet research. – 2021. – Vol. 23, Iss. 12. – article number: e23804.

456. Almeida, R. S. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review / R. S. Almeida, S. Bourliataux-Lajoinie, M. Martins. – DOI 10.1590/0102-311x00027014. – Текст : электронный // Cad Saude Publica. – 2015. – Vol. 31, Iss.1. – P. 11-25.

457. Andargoli, A. E. e-Health in Australia: A synthesis of thirty years of e-Health initiatives / A. E. Andargoli. – Текст : непосредственный // TELEMATICS AND INFORMATICS. – 2021. – Vol. 56. – article number: 101478.

458. Applying the Electronic Health Literacy Lens: Systematic Review of Electronic Health Interventions Targeted at Socially Disadvantaged Groups / C. Cheng, A. Beauchamp, G. R. Elsworth, R. H. Osborne. – DOI 10.2196/18476. –

Текст : электронный // Journal of medical internet research. – 2020. – Vol. 22, Iss. 8. – article number: e18476.

459. Are health systems redesigning how health care is delivered? / D. P. Scanlon, J. B. Harvey, L. J. Wolf, [et al.]. – Текст : непосредственный // Health services research. – 2010. – Vol. 55, Iss. SI, App. 3. – P. 1129-1143.

460. Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS / C. Rodriguez-Blazquez, M. Joao Forjaz, A. Gimeno-Miguel [et al.]. – Текст : непосредственный // International journal of environmental research and public health. – 2020. – Vol. 17, Iss. 15. – article number: 5268.

461. Assessing Unperceived Learning Needs in Continuing Medical Education for Primary Care Physicians: A Scoping Review / H. Armson, L. Perrier, M. Lofft [et al.]. – DOI 10.1097/CEH.0000000000000300. – Текст : электронный // Journal Of Continuing Education In The Health Professions. – 2020. – Vol. 40, Iss. 4. – P. 257-267.

462. Assessment of Changes in Rural and Urban Primary Care Workforce in the United States from 2009 to 2017 / D. Zhang, H. Son, Y. Shen, G. Li [et al.]. – Текст : непосредственный // JAMA Network Open. – 2020. – Vol. 3, Iss. 10. – article number: e2022914.

463. Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany / P. Vu-Eickmann, J. Li, A. Mueller [et al.]. – Текст : непосредственный // International archives of occupational and environmental health. – 2018. – Vol. 91, Iss. 5. – P. 643-654.

464. Attitudes, Barriers, and Concerns Regarding Telemedicine Among Swedish Primary Care Physicians: A Qualitative Study / H. Glock, V. M. Nymberg, B. B. Bolmsjo [et al.]. – DOI 10.2147/IJGM.S334782 – Текст : электронный // International journal of general medicine. – 2021. – Vol. 14. – P. 9237-9246.

465. Bally, E. L. S. Toward Integration of mHealth in Primary Care in the Netherlands: A Qualitative Analysis of Stakeholder Perspectives / E. L. S. Bally, T. Cesuroglu. – Текст : непосредственный // *Frontiers in public health*. – 2020. – Vol. 7. – article number: 407.

466. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review / V. Akhlaq, B. McKinstry, K. B. Muhammad, A. Sheikh. – DOI 10.1093/heapol/czw056. – Текст : электронный // *Health Policy Plan*. – 2016. – Vol. 31. – P. 1310-1325.

467. Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review / J. Wilson, M. Heinsch, D. Betts [et al.]. – DOI 10.1186/s12889-021-11623-w. – Текст : электронный // *BMC public health*. – 2021. – Vol. 21, Iss. 1. – article number: 1556.

468. Barriers for implementation and use of health information systems from the physicians' perspectives / S. Malekzadeh, N. Hashemi, A. Sheikhtaheri, N.-S. Hashemi. – Текст : непосредственный // *Studies in Health Technology and Informatics*. – 2018. – Vol. 251. – P. 269-272.

469. Barriers to Digitalisation of Healthcare in Germany: A Survey of Experts / P. Nohl-Deryk, J. K. Brinkmann, F. M. Gerlach, J. Schreyögg [et al.]. – Текст : непосредственный // *Gesundheitswesen*. – 2018. – Vol. 80, Iss. 11. – P.: 939-945.

470. Barriers to Use of Remote Monitoring Technologies Used to Support Patients With COVID-19: Rapid Review / E. Houlding, K. K. V. Mate, K. Engler, D. Ortiz-Paredes [et al.]. – DOI 10.2196/24743– Текст : электронный // *JMIR mhealth and uhealth*. – 2021. – Vol. 9, Iss. 4. – article number: e24743.

471. Behavior change techniques to promote healthcare professionals' eHealth competency: A systematic review of interventions / L. Virtanen, A. M. Kaihlanen, E. Laukka [et al.]. – DOI 10.1016/j.ijmedinf.2021.104432. – Текст : электронный // *International journal of medical informatics*. – 2021. – Vol. 149. – article number: 104432.

472. Buhi, E. R. Digital Health and AJPB: The Time Has Come! / E. R. Buhi. – DOI 10. 2105/AJPB. 2015. 302585. – Текст : электронный // American Journal of Public Health. – 2015. Vol. 105, Iss. 3. – P. 420.

473. Buja, L. M. Medical education today: all that glitters is not gold / L. M. Buja. – DOI 10.1186/s12909-019-1535-9. – Текст : электронный // BMC Medical Education. – 2019. – article number: 110.

474. Call to action: Rural health: a presidential advisory from the American Heart Association and American Stroke Association / R. A. Harrington, R. M. Califf, A. Balamurugan, E. Sanchez [et al.]. – Текст : непосредственный // Circulation. – 2020. – Vol. 141, Iss. 10. – P. E615-E644.

475. Can Remote Patient Monitoring Be the New Standard in Primary Care of Chronic Diseases, Post-COVID-19? / A. E. Muller, R. C. Berg, P. S. J. Jardim, T. B. Johansen [et al.]. – DOI 10.1089/tmj.2021.0399. – Текст : электронный // Telemedicine and e-health. – 2021. – Online ahead of print.

476. Chen, J. Evaluating Telehealth Adoption and Related Barriers Among Hospitals Located in Rural and Urban Areas / J. Chen, A. Amaize, D. Barath. – Текст : непосредственный // Journal of Rural Health. – 2021. – Vol. 37, Iss. 4. – P. 801-811.

477. Christensen, C. How disruptive innovation can finally revolutionize healthcare. / C. Christensen, A. Waldeck, R. Fogg. – Текст : электронный // Innosight & The Christensen Institute. – 2017. – URL: <https://www.christenseninstitute.org/publications/how-disruption-can-finally-revolutionize-healthcare/> (дата обращения: 10.05.2021).

478. Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis / R. T. Lee, B. Seo, S. Hladky, B. L. Lovell [et al.]. – Текст : непосредственный // Hum. Resour. Health. – 2013. – Vol. 11. – P. 48.

479. Crawford, A. Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health / A. Crawford, E. Serhal. – Текст : непосредственный // J Med Internet Res. – 2020. – Vol. 22, Iss. 6. – article number:e19361.

480. Davidson, L. Patient experiences of integrated care within the United Kingdom: A systematic review / L. Davidson, J. Scott, N. Forster. – Текст : непосредственный // International journal of care coordination. – 2021. – Vol. 24, Iss. 2. – P. 39-56. – article number: 20534345211004503.

481. Definitions, measures, and uses of rurality: A systematic review of the empirical and quantitative literature / K. S. Nelson, T. D. Nguyen, N. A. Brownstein, J. T. Watson [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of Rural Studies. – 2021. – Vol. 82. – P. 351-365.

482. Determinants of access to eHealth services in regional Australia / K. Alam, R. Mahumud, F. Alam [et al.]. – Текст : непосредственный // International journal of medical informatics. – 2019. – Vol. 131. – article number: 103960.

483. Determinants of physicians' online medical services uptake: a cross-sectional study applying social ecosystem theory / Z. G. Li, C. Zhang, R. Liu [et al.]. – DOI 10.1136/bmjopen-2021-048851. – Текст : электронный // BMJ Open. – 2021. – Vol. 11, Iss. 9. – article number: e048851.

484. Determinants of rural-urban differences in health care provider visits among women of reproductive age in the United States / H. Lee, A. H. Hirai, C.-C. Lin, J. E. Snyder. – Текст : непосредственный // PLoS ONE. – 2020. – Vol. 15. – article number: e0240700.

485. Development features and study characteristics of mobile health apps in the management of chronic conditions: a systematic review of randomised trials / M. Cucciniello, F. Petracca, O. Ciani, R. Tarricone. – DOI 10.1038/s41746-021-00517-1. – Текст : электронный // NPJ digital medicine. – 2021. – Vol. 4, Iss. 1. – article number: 144.

486. Differences in Rural and Urban Health Information Access and Use / X. Chen, H. Orom, J. L. Hay, Y. Li [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of Rural Health. – 2019. – Vol. 35, Iss. 3. – P. 405-417.

487. Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: Challenges, Recommendations, and a Call for Papers / G. Fagherazzi, C. Goetzinger, M. A. Rashid, G. A. Aguayo [et al.]. – DOI 10.2196/19284. – Текст : электронный //

Journal of medical internet research. – 2020. – Vol. 22, Iss. 6. – article number: e19284.

488. Digital Health Value Realization Through Active Change Efforts / R. Bhyat, S. Hagens, K. Bryski, J. F. Kohlmaier. – DOI 10.3389/fpubh.2021.741424. – Текст : электронный // *Frontiers in public health*. – 2021. – Vol. 9. – article number: 741424.

489. Does digital inclusion affect quality of life? Evidence from Australian household panel data / M. A. Ali, K. Alam, B. Taylor [et al.]. – Текст : непосредственный // *Telematics and informatics*. – 2020. – Vol. 51. – article number: 101405.

490. Drobnjaković, M. The socio-spatial aspect of rurality – A case study of rural settlements in Central Serbia [Sozialräumliche Aspekte von Ruralität – eine Fallstudie über ländliche Siedlungen in Zentralserbien] / M. Drobnjaković, J. Ćikić. – Текст : непосредственный // *Mitteilungen der Österreichischen Geographischen Gesellschaft*. – 2020. – Vol. 162. – P. 469-494.

491. Dymitrow, M. The concept of 'rural' as a psychosocial process: From concept attainment to concept unlearning / M. Dymitrow. – Текст : непосредственный // *Quaestiones Geographicae*. – 2019. – Vol. 38, Iss. 4. – P. 15-28.

492. Dyrbye, L. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents/ L. Dyrbye, T. Shanafelt. – DOI 10.1111/medu.12927. – Текст : электронный // *Medical Education*. – 2016. – Vol. 50. – P. 132-149.

493. eHealth Implementation Issues in Low-Resource Countries: Model, Survey, and Analysis of User Experience / N. Archer, C. Lokker, M. Ghasemaghaei [et al.]. – Текст : непосредственный // *Journal of medical internet research*. – 2021. – Vol. 23, Iss. 6. – article number: e23715.

494. ESC e-cardiology working group position paper: overcoming challenges in digital health implementation in cardiovascular medicine. / I. Frederix, E. G. Caiani, P. Dendale, S. Anker [et al.]. – DOI

10.1177/2047487319832394. – Текст : электронный // European Journal of Preventive Cardiology. – 2019. – Vol. 26, Iss. 11. – P. 1166-1177.

495. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology / J. A. Ajani, T. A. D'Amico, D. J. Bentrem, J. Chao [et al.]. – DOI 10.6004/jnccn.2019.0033. – Текст : электронный // Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN. – 2019. – Vol. 17, Iss. 7. – P. 855-883.

496. Establishing and Evaluating an ASCO Learning Cohort: a Longitudinal Project Assessing the Learning Needs and Behaviors of Oncology Professionals / R. Manochakian, T.J. George, L. Horn [et al.]. – DOI 10.1007/s13187-019-01649-5. – Текст : электронный // Journal Of Cancer Education. – 2021. – Vol. 36, Iss. 3. – P. 478-483.

497. Examining Associations Between Physician Data Utilization for Practice Improvement and Lifelong Learning / S. Sockalingam, W. Tavares, D. Wiljer [et al.]. – DOI 10.1097/CEH.0000000000000268. – Текст : электронный // Journal Of Continuing Education In The Health Professions. – 2019. – Vol. 39, Iss. 4. – P. 236-242.

498. Examining the determinants of eHealth usage among elderly people with disability: The moderating role of behavioural aspects / M. A. Ali, K. Alam, B. Taylor [et al.]. – Текст : непосредственный // International journal of medical informatics. – 2021. – Vol. 14. – article number: 104411.

499. Expect delays: Poor connections between rural and urban health systems challenge multidisciplinary care for rural Americans with diabetic foot ulcers / B. L. Sutherland, K. Pecanac, C. M. Bartels, M. B. Brennan. – Текст : непосредственный // Journal of Foot and Ankle Research. – 2020. – Vol. 13, Iss. 1. – P. 32.

500. Factors impacting patient outcomes associated with use of emergency medical services operating in urban versus rural areas: A systematic review / A. R. M. Alanazy, S. Wark, J. Fraser, A. Nagle. – Текст : непосредственный //

International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2019. – Vol. 16, Iss. 10. – P. 1728.

501. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update) / J. Ross, F. Stevenson, R. Lau, E. Murray. – DOI 10.1186/s13012-016-0510-7. – Текст : электронный // Implementation science. – 2016. – Vol. 11. – article number: 146.

502. Gajarawala, S. N. Telehealth benefits and barriers / S. N. Gajarawala, J. N. Pelkowski. – DOI 10.1016/j.nurpra.2020.09.013. – Текст : электронный // J. Nurse Pract. – 2020. – Vol. 17, Iss. 2. – P. 218-221.

503. Gajić, A. Classification of rural areas in Serbia: Framework and implications for spatial planning / A. Gajić, N. Krunic, B. Protić. – DOI 10.3390/su13041596. – Текст : электронный // Sustainability (Switzerland). – 2021. – Vol. 13, Iss. 4. – P. 1-15.

504. Gallent, N. Defining rurality and the scope of rural planning / N. Gallent, M. Gkartzios. – DOI 10.4324/9781315102375-3. – Текст : электронный // The Routledge Companion to Rural Planning. Edition Publisher: Routledge. – 2019. – P. 17-27.

505. Gleiss, A. Removing barriers for digital health through organizing ambidexterity in hospitals / A. Gleiss, S. Lewandowski. – DOI 10.1007/s10389-021-01532-y. – Текст : электронный // Journal of public health-heidelberg. 2021.

506. Graetz, I. The health IT special issue: enduring barriers to adoption and innovative predictive methods / I. Graetz. – DOI 10.37765/ajmc.2020.42140. – Текст : электронный // American Journal of Managed Care. – 2020. – Vol. 26, Iss. 1. – P. 19.

507. Granja, C. Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature / C. Granja, W. Janssen, M. A. Johansen. – Текст : непосредственный // Journal of medical internet research. – 2018. – Vol. 20, Iss. 5. – article number: e10235.

508. Halfacree, K. H. Locality and social representation: Space, discourse and alternative definitions of the rural / K. H. Halfacree. – Текст : непосредственный // Journal of Rural Studies. – 1993. – Vol. 9, Iss. 1. – P. 23-37.

509. Health data poverty: an assailable barrier to equitable digital health care / H. Ibrahim, X. Liu, N. Zariffa [et al.]. – Текст : непосредственный // Lancet digital health. – 2021. – Vol. 3, Iss. 4. – P. E260-E265.

510. Healthcare providers' acceptance of telemedicine and preference of modalities during COVID-19 pandemics in a low-resource setting: An extended UTAUT model / K. B. Shiferaw, S. A. Mengiste, M. K. Gullslett [et al.]. – DOI 10.1371/journal.pone.0250220. – Текст : электронный // Plos one. – 2021. – Vol. 16, Iss. 4. – article number: e0250220.

511. Healthcare system maturity for integrated care: results of a Swiss nationwide survey using the SCIROCCO tool / I. Peytremann-Bridevaux, S. Schussele Filliettaz, P. Berchtold [et al.]. – Текст : непосредственный // BMJ open. – 2021. – Vol. 11, Iss. 2. – article number: e041956.

512. Henning, C. Senior housing in Sweden: a New concept for aging in place / C. Henning, U. Ahnby, S. Osterstrom. – DOI 10.1080/19371910802595307. – Текст : электронный // Social work in public health. – 2009. – Vol. 24, Iss. 3. – P. 235–254.

513. Hochmuth, A. Implementation and participatory design of digital health interventions / A. Hochmuth, A.-K. Exner, C. Dockweiler. – Текст : непосредственный // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2020. – Vol. 63, Iss. 2. – P. 145-152.

514. Holm, H. A. Quality issues in continuing medical education / H. A. Holm. – DOI 10.1136/bmj.316.7131.621. – Текст : электронный // BMJ. – 1998. – Vol. 316, Iss. 7131. – P. 621-624.

515. Hughes, G. Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts / G. Hughes, S. E. Shaw, T. Greenhalgh. – Текст : непосредственный // Milbank quarterly. – 2020. – Vol. 98, Iss. 2. – P. 446-492.

516. Hürden bei der Digitalisierung der Medizin in Deutschland (Barriers for Digitalization in the German Medicine Sector). / Nohl-Deryk P, Brinkmann J, Gerlach F, Schreyögg J, [et al.]. – DOI 10.1055/s-0043-121010. – Текст : электронный // Gesundheitswesen. 2018. – VOL. 80, Iss. 11. – P. 939-945.

517. Identifying and Overcoming Policy-Level Barriers to the Implementation of Digital Health Innovation in Ontario: Qualitative Study / C. Soobiah, L. Desveaux, S. Bhatia [et al.]. – Текст : непосредственный // Health services research. – 2020. – Vol. 55, Appl. 1. – P. 112-113.

518. Identifying and overcoming policy-level barriers to the implementation of digital health innovation: qualitative study / L. Desveaux, C. Soobiah, R. S. Bhatia, J. Shaw. – DOI 10.2196/14994. – Текст : электронный // Med Internet Res. – 2019. – Vol. 21. – article number: e14994.

519. Identifying barriers in telemedicine-supported integrated care research: scoping reviews and qualitative content analysis / L. Harst, P. Timpel, L. Otto, P. Richter [et al.]. – DOI 10.1007/s10389-019-01065-5. – Текст : электронный // Public Health. – 2019. – Vol. 28. – P. 583-559.

520. Ikeda, Y. Is there a difference between urban and rural areas in the disposal of home medical care waste? 13 years of nation-wide repeated cross-sectional study in Japan / Y. Ikeda, H. Fujiwara, M. Sasaki. – Текст : непосредственный // Journal of Material Cycles and Waste Management. . – 2021. – Vol. 23, Iss. 1. – P. 323-329.

521. Improving Person-Centredness in Integrated Care for Older People: Experiences from Thirteen Integrated Care Sites in Europe / A. Stoop, M. Lette, E. A. Ambugo [et al.]. – DOI 10.5334/ijic.5427. – Текст : электронный // International journal of integrated care. – 2020. – Vol. 20, Iss. 2. – P. 16.

522. In the digital age: a systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults / Y. X. Shi, D. H. Ma, J. Zhang, B. W. Chen. – DOI 10.1007/s10389-021-01604-z. – Текст : электронный // Journal of public health-heidelberg. – 2021. – P. 1-9.

523. Integrated Care for Older People and the Implementation in the INSPIRE Study / C. Takeda, S. Guyonnet, Y. Sumi Y. [et al.]. – Текст : непосредственный // Jpad-journal of prevention of alzheimers disease. – 2020. – Vol. 7, Iss. 2. – P. 70-74.

524. Is Telemedicine our cup of tea? A nationwide cross-sectional survey regarding doctors' experience and perceptions / L. Alam, M. Alam, A. M. Malik, V. Faraid. – DOI 10.12669/pjms.37.5.3970. – Текст : электронный // Pakistan journal of medical sciences. – 2021. – Vol. 37, Iss. 5. – P. 1319-1325.

525. Jacob, C. Social, Organizational, and Technological Factors Impacting Clinicians' Adoption of Mobile Health Tools: Systematic Literature Review / C. Jacob, A. Sanchez-Vazquez, C. Ivory. – DOI 10.2196/15935. – Текст : электронный // Jmir mhealth and uhealth. – 2020. – Vol. 8, Iss. 2. – article number: e15935.

526. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan / H. Arai, Y. Ouchi, K. Toba, T. Endo [et al.]. – DOI 10.1111/ggi.12450. – Текст : электронный // Geriatrics and Gerontology International. – 2015. – Vol. 15, Iss. 6. – P. 673-87.

527. Jarallah, J. S. Continuing medical education and primary care physicians in Saudi Arabia: perception of needs and problems faced / J. S. Jarallah, T. A. Khoja, S. A. Mirdad. – Текст : непосредственный // Saudi Medical Journal. – 1998. – Vol. 19. – P. 720-727.

528. Kafadar, D. Evaluation of Experiences and Perceptions of Family Physicians on Continuing Medical Education and the Effect on Daily Clinical Practice / D. Kafadar, A. D. Esen, S. Arica. – DOI 10.18521/ktd.620552. – Текст : электронный // Konuralp Tip Dergisi. – 2019. – Vol.11, Iss.3. – P.337-343.

529. Katrak, H. Measuring the shortage of medical practitioners in rural and urban areas in developing countries: a simple framework and simulation exercises with data from India / H. Katrak. – DOI 10. 1002/hpm. 871. – Текст : электронный // Int J Health Plann Manage. – 2008. – Vol. 23, Iss. 2. – P. 93-105.

530. Kim, S. H. Global trends in continuing medical education and continuing development: A proposal for implementation in Korea / S. H. Kim, J.Y. Park. – DOI 10.5124/jkma.2020.63.12.782. – Текст : электронный // Journal Of The Korean Medical Association. – 2020. – Vol. 63, Iss. 12. – P. 782-788.

531. Kirby, J. B. Rural–Urban Differences in Access to Primary Care: Beyond the Usual Source of Care Provider / J. B. Kirby, K. R. Yabroff. – Текст : непосредственный // American Journal of Preventive Medicine. – 2020. – Vol. 58, Iss. 1. – P. 89-96.

532. Kumar, S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention / S. Kumar. – DOI10.3390/healthcare4030037. – Текст : электронный // Healthcare. – 2016. – Vol. 4. – P. 37.

533. Lemaire, J. B. Burnout among doctors / J. B. Lemaire, J. E. Wallace. – DOI 10.1136/bmj.j3360. – Текст : электронный // BMJ. – 2017. – Vol. 358. – article number: j3360.

534. Lerner, A. M. An obsolete dichotomy? Rethinking the rural? Urban interface in terms of food security and production in the global south / A. M. Lerner, H. Eakin. – Текст : непосредственный // Geographical Journal. – 2010. – Vol. 177, Iss. 4. – P. 311-320.

535. Leutz, W. N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom / W. N. Leutz. – Текст : непосредственный // Milbank Quarterly. – 1999. – Vol. 77, Iss. 1. – P. 77-110.

536. Making the Learning Continuum a Reality: The Critical Role of a Graduate Medical Education-Continuing Medical Education Partnership / K. E. Whitehurst, M. Carraway, H. G. Garrison [et al.]. – DOI 10.1097/CEH.0000000000000271. – Текст : электронный // Journal Of Continuing Education In The Health Professions. – 2019. – Vol. 39, Iss. 4. – P. 279-284.

537. Marchand, C. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. / C. Marchand, S. Peckham. – Текст : непосредственный // Br J Gen Pract. – 2017. – Vol. 67. – P. e227-e237.

538. Maslach, C. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry / C. Maslach, M. P. Leiter. – DOI10.1002/wps.20311pmid:27265691. – Текст : электронный // World Psychiatry. – 2016. – Vol. 358. – P. 103-111.

539. Measuring integrated care at the interface between primary care and secondary care: a scoping review / A. O'Farrell, G. McCombe, J. Broughan [et al.]. – DOI 10.1108/JICA-11-2020-0073. – Текст : электронный // Journal of integrated care ahead-of-print(ahead-of-print). March 2021.

540. Meriade, L. Integrated care pathway for breast cancer: A relational and geographical approach // L. Meriade, C. Rochette. – Текст : непосредственный // Social science & Medicine. – 2021. – Vol. 270. – article number: 113658.

541. Mohamadali, N. A. The organization factors as barrier for sustainable health information systems (HIS) – a review / N. A. Mohamadali, N. A. Zahari. – DOI 10.1016/j.procs.2017.12.165. – Текст : электронный // Procedia Computer Science. – 2017. – Vol. 124. – P. 354-361.

542. Montoya-Sanabria, S. M. Rurality as an analytic category: Implications for public health [Ruralidad como una categoría analítica: Implicaciones para la salud pública] / S. M. Montoya-Sanabria. – Текст : непосредственный // Revista de Salud Publica. – 2020. – Vol. 22, Iss. 6. – P. 1-7.

543. Nolte, E. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective / E. Nolte, M. McKee – USA Open University Press. – 2011. – 259 p. – Текст : непосредственный.

544. Online Guide for Electronic Health Evaluation Approaches: Systematic Scoping Review and Concept Mapping Study / T. N. Bonten, A. Rauwerdink, J. C. Wyatt [et al.]. – DOI 10.2196/17774. – Текст : электронный // Journal of medical internet research. – 2020. – Vol. 22, Iss. 8. – article number: e17774. – PMID 32784173.

545. Organizational factors affecting successful physician-system integration: A qualitative study of Washington State health executives / A. M.

Nguyen, C. E. Johnson, S. J. Wood [et al.]. – Текст : непосредственный // Health care management review. – 2021. – Vol. 46, Iss. 1. – P. 35-43.

546. Overcoming barriers to implementing electronic health Records in Rural Primary Care Clinics / P. Mason, R. Mayer, W.-W. Chien, J. P. Monestime. – Текст : непосредственный // Qualitative Report. – 2017. – Vol. 22. – P. 2943-2955.

547. Participation of French Hospital Physicians to Continuing Medical Education Events: A Survey with 300 Physicians to Assess Duration, Methods, Financing, and Needs / H. Maisonneuve, C. Touboul, D. Bertrand [et al.]. – DOI 10.1002/chp.20022. – Текст : электронный // Journal of continuing education in the health professions. – 2009. – Vol. 29, Iss. 2. – P. 127-131.

548. Pousttchi, K. Digital Transformation / K. Pousttchi. – Текст : электронный // Encyclopedia of Business Informatics. – URL: <https://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de/lexikon/technologien-methoden/Informatik--Grundlagen/digitalisierung/digitale-transformation/digitale-transformation>. (дата обращения: 08.03.2020).

549. Predictors of Hospital Patient Satisfaction as Measured by HCAHPS: A Systematic Review / O. Mazurenko, T. Collum, A. Ferdinand [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of healthcare management. – 2017. – Vol. 62, Iss. 4. – P. 272-283.

550. Predictors of Patient Satisfaction in Spine Surgery: A Systematic Review / B. M. Lehrich, K. Goshtasbi, N. J. Brown [et al.]. – Текст : непосредственный // World neurosurgery. – 2021. – Vol. 146. – P. E1160-E1170.

551. Preparing health professions students to lead change / L. Rotenstein, K. Perez, D. Wohler, [et al.]. – DOI 10.1108/LHS-02-2018-0011. – Текст : электронный // Leadersh Health Serv. – 2019. – Vol. 32, Iss. 2. – P. 182–194.

552. Provider- and patient-related barriers to and facilitators of digital health technology adoption for hypertension management: scoping review / R. S. Palacholla, N. Fischer, A. Coleman, S. Agboola [et al.]. – DOI 10.2196/11951. – Текст : электронный // Mir Cardio. – 2019. – Vol. 3. – article number: e11951.

553. Psychometric properties of instruments measuring quality and satisfaction in mental health: A systematic review / S. Sanchez-Balcells, M. Callarisa Roca, N. Rodriguez-Zunino [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of advanced nursing. – 2018. – Vol. 74. Iss. 11. – P. 2497-2510.

554. Quality of Life – A Concept Paper: Defining, Measuring and Reporting. Quality of Life for Canadians // TBS staff working paper. 2000. URL: <http://www.statcan.ca/english/concepts/qol/index.html>.

555. Quality of life and mental health in russian general population and burnout among physicians during covid-19 pandemic / Yu. L. Shevchenko, T. I. Ionova, V. Ya. Melnichenko, T. P. Nikitina. – Текст : непосредственный // Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center. – 2021. – Vol. 16, № 3. – P. 4-11.

556. Quantitative Analysis of Oncology Professional Learning Preferences / T.J. George, R. Manochakian, L. Horn [et al.]. – DOI 10.1200/JOP.18.00731. – Текст : электронный // Jco Oncology Practice. – 2020. – Vol. 16, Iss. 2. – P. e155-e165.

557. Regional differences in reasons for consultation and general practitioners' spectrum of services in northern Germany – results of a cross-sectional observational study / I. Schaäfer, H. Hansen, T. Ruppel [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC Fam Pract. – 2020. – Vol. 21. – P. 22.

558. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. / L. N. Dyrbye, F. S. Jr. Massie, A. Eacker [et al.] – Текст : непосредственный // JAMA. – 2010. – Vol. 304. – P. 1173-1180.

559. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / B. Escudier, C Porta, M. Schmidinger, N. Rioux-Leclercq [et al.]. – DOI 10.1093/annonc/mdz056. – Текст : электронный // Ann Oncol. – 2019. – Vol. 30, Iss. 5. – P. 706-720.

560. Rethinking workforce planning for integrated care: using scenario analysis to facilitate policy development / G. H. Rees, P. Crampton, R. Gauld [et

al.]. – Текст : непосредственный // BMC health services research. – 2020. – Vol. 20, Iss. 1. – article number: 429.

561. Robert, E. Freeland and Jesse Hoey The Structure of Deference: Modeling Occupational Status Using Affect Control Theory / E. Robert. – Текст : непосредственный // American Sociological Review. – 2018. – Vol. 83(2) . – P. 243-277.

562. Rothenberger, D. A. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action / D. A. Rothenberger. – DOI 10.1097/DCR.0000000000000844. – Текст : электронный // Dis Colon Rectum. – 2017. – Vol. 60, Iss. 6. – P. 567-576.

563. Rural and Urban Differences in the Adoption of New Health Information and Medical Technologies / D. A. Haggstrom, J. L. Lee, S. L. Dickinson [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of Rural Health. – 2019. – Vol. 35, Iss. 2. – P. 144-154.

564. Rural use of health service and telemedicine during COVID-19: The role of access and eHealth literacy / K. L. Rush, C. Seaton, E. Li, N. D. Oelke [et al.]. – DOI 10.1177/14604582211020064. – Текст : электронный // Health informatics journal. – 2021. – Vol. 27, Iss. 2. – article number: 14604582211020064.

565. Rural-Urban Differences in Dental Service Utilization and Dental Service Procedures Received Among US Adults: Results From the 2016 Medical Expenditure Panel Survey / H. Luo, Q. Wu, R. A. Bell, R. Basu [et al.]. – Текст : непосредственный // Journal of Rural Health. – 2021. – Vol. 37, Iss. 3. – P. 655-666.

566. Saeed, S. A. Disparities in Health Care and the Digital Divide / S. A. Saeed, R. M. Masters. – DOI 10.1007/s11920-021-01274-4. – Текст : электронный // Current psychiatry reports. – 2021. – Vol. 23, Iss. 9. – article number: 61.

567. Sahin, E. Telemedicine interventions for older adults: A systematic review / E. Sahin, B. G. Y. Veizi, M. I. Naharci. – DOI

10.1177/1357633X211058340. – Текст : электронный // Journal of telemedicine and telecare. – 2021. – article number: 1357633X211058340.

568. SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges / R. M. J. J. van der Kleij, M. J. Kasteleyn, E. Meijer, T. N. Bonten [et al.]. – DOI 10. 1080/13814788. 2019. 1658190. – Текст : электронный // J European journal of general practice. – 2019. – Vol. 25, Iss. 4. – P. 179-189.

569. Series: eHealth in primary care. Part 4: Addressing the challenges of implementation / A. Versluis, S. van Luenen, E. Meijer [et al.]. – Текст : непосредственный // European journal of general practice. 2020. – Vol. 26, Iss. 1. – P. 140-145.

570. Sharma, R. Digital healthcare: Historical development, applications, and future research directions / R. Sharma, N. Kshetri. – Текст : непосредственный // International journal of information management. – 2020. – Vol. 53. – article number: 102105.

571. Shortell, S. M. Reflections on the Five Laws of Integrating Medical and Social Services-21 Years Later / S. M. Shortell. – Текст : непосредственный // Milbank quarterly. – 2021. – Vol. 99, Iss. 1. – P. 91-98.

572. Stephanie, L. Digital health eco-systems: An epochal review of practice-oriented research / L. Stephanie, R. S. Sharma. – Текст : непосредственный // International journal of information management. – 2020. – Vol. 53. – article number: 102032.

573. Strasser, R. Rural healthcare access and policy in developing countries. / R. Strasser, S. M. Kam, S. M. Regalado. – Текст : непосредственный // Annu Rev Public Health. – 2016. – Vol. 37. – P. 395-412.

574. Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals / M. P. Gagnon, M. Desmartis, M. Labrecque, J. Car [et al.]. – DOI 10.1007/s10916-010-9473-4. – Текст : электронный // Journal of Medical Systems. – 2012. – Vol. 36. – P. 241-277.

575. Tan, A. J. Q. Telemedicine experiences and perspectives of healthcare providers in long-term care: A scoping review / A. J. Q. Tan, K. D. B. Rusli, L. McKenna. – DOI 10.1177/1357633X211049206. – Текст : электронный // Journal of telemedicine and telecare. – 2021. – article number: 1357633X211049206.

576. Technology impact types for digital transformation / K. Pousttchi, A. Gleis, B. Buzzi, M. Kohlhagen. – DOI 10.1109/CBI.2019.00063. – Текст : электронный // 21st conference on business informatics (CBI). IEEE, Moscow. – 2019. – P. 487-494.

577. Telemedicine and eHealth Literacy in the Era of COVID-19: A Cross-Sectional Study in a Peripheral Clinic in Israel / K. Dopelt, N. Avni, Y. Haimov-Sadikov, I. Golan [et al.]. – DOI 10.3390/ijerph18189556. – Текст : электронный // International journal of environmental research and public health. – 2021. – Vol. 18, Iss. 18. – article number: 9556.

578. Telemedicine: A Link between Analysis, Remedy and Health / B. Maske, S. Sathe, S. Chaudhary, S. Patil. – Текст : непосредственный // Annals of medical and health sciences research. – 2021. – Vol 11. – P. 91-93, Appl. 3.

579. The fragment of research the quality of life and professional burnout of doctors in children's polyclinics in Volgograd / L. P. Slivina, M. E. Morozov, A. A. Khaydukova, E. I. Kalinchenko[et al.]. – Текст : непосредственный // Bioethics. – 2020. . – № 2 (26). – P. 52-57.

580. The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs / T. Czypionka, M. Kraus, M. Reiss [et al.]. – Текст : непосредственный // BMC health services research. – 2020. – Vol. 20, Iss. 1. – article number: 1102.

581. The primary care workforce in Europe: A cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011 / P. P. Groenewegen, M. W. G. Bosmans, W. G. W. Boerma, P. Spreeuwenberg. – Текст : непосредственный // European Journal of Public Health. – 2020. – Vol. 30, Suppl. 4. – P. iv12-iv17.

582. The validity and reliability of self-reported satisfaction with healthcare as a measure of quality: a systematic literature review / V. Anufriyeva, M. Pavlova, T. Stepurko [et al.]. – Текст : непосредственный // International journal for quality in health care. – 2021. – Vol. 33, Iss. 1. – article number: mzaa152.

583. Toth, F. Integration vs separation in the provision of health care: 24 OECD countries compared / F. Toth. – Текст : непосредственный // Health economics policy and law. – 2020. – Vol. 15, Iss. 2. – P. 160-172. – article number: PII S1744133118000476.

584. Trends in the Use of Telehealth During the Emergence of the COVID-19 Pandemic - United States, January-March 2020 / L. M. Koonin, B. Hoots, C. A. Tsang, Z. Leroy [et al.]. – DOI 10.15585/mmwr.mm6943a3. – Текст : электронный // Mmwr-morbidity and mortality weekly report. – 2020. – Vol. 69, Iss. 43. – P. 1595-1599.

585. Use of Active Learning and Sequencing in a Weekly Continuing Medical Education/Graduate Medical Education Conference / J. P. Austin, ; P. A. Carney, D. J. Rozansky [et al.]. – DOI 10.1097/CEH.0000000000000266. – Текст : электронный // Journal Of Continuing Education In The Health Professions. – 2019. – Vol. 39, Iss.4. – P.285-286.

586. Utilization Barriers and Medical Outcomes Commensurate With the Use of Telehealth Among Older Adults: Systematic Review / C. Kruse, J. Fohn, N. Wilson [et al.]. – DOI 10.2196/20359. – Текст : электронный // Jmir medical informatics. – 2020. – Vol. 8, Iss. 8. – article number: e20359.

587. Vannieuwenborg, F. Integrating digital health services: the role of the government and the challenge of cost allocation / F. Vannieuwenborg, S. Verbrugge, D. Colle. – Текст : непосредственный // 17th international conference on E-health net-working, Application & Services (HealthCom). IEEE. – 2015. – Boston. – P. 81–85.

588. Viewpoints on healthcare delivery science education among practicing physicians in a rural state / K. Weeks, M. Swanson, A. Manorot, G. Conley [et al.].

– Текст : непосредственный // *Advances in Medical Education and Practice*. – 2021. – Vol. 12. – P. 29-39.

589. Villumsen, S. National monitoring and evaluation of eHealth: a scoping review / S. Villumsen, J. Adler-Milstein, C. Nohr. – DOI 10.1093/jamiaopen/ooz071. – Текст : электронный // *Jamia open*. – 2020. – Vol. 3, Iss. 1. – P. 132-140.

590. Wagner, E. H. Organizing care for patients with chronic illness / E. H. Wagner, B. T. Austin, M. Von Korff. – Текст : непосредственный // *Milbank Quarterly*. – 1996. – Vol. 74. – P. 511-544.

591. Wagner, E. H. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited / E. H. Wagner. – Текст : непосредственный // *Milbank Quarterly*. – 2019. – Vol. 97, Iss. 3. – P. 659-664.

592. West, C. P. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. / C. P. West, T. D. Shanafelt, J. C. Kolars. – Текст : непосредственный // *JAMA*. – 2011. – Vol. 306. – P. 952–960.

593. Will this benefit my patients? Expected benefits of information from a continuing medical education program may lead to higher participation rates by family physicians / A. Gonzalez-Reyes, T. Schuster, P. Pluye [et al.]. – DOI 10.3233/EFI-200371. – Текст : электронный // *Education For Information*. – 2020. – Vol. 56, Iss. 1. – P. 51-58.

594. Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology / A. Bakker, W. Schaufeli, M. Leiter, T. Taris. – Текст : непосредственный // *Work Stress*. – 2008. – Vol. 3. – P. 187-200.

595. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality / M. Linzer, L. B. Manwell, E. S. Williams [et al.]. – DOI 10.7326/0003-4819-151-1-2009070 70-00006. – Текст : электронный // *Ann Intern Med*. – 2009. – Vol. 151, Iss. 1. – P. 28-36, w6-9.

596. World Health Organization, 2018, web – Digital Health. Resolution WHA71. 7. Seventy-First World Health Assembly, World Health Organization,

May 26, 2018. – Текст : электронный – URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-en.pdf. (дата обращения: 10.07.2021).

597. Zaidan, B. B. Impact of data privacy and confidentiality on developing telemedicine applications: a review participates opinion and expert concerns / B. B. Zaidan, A. A. Zaidan, M. L. Mat Kiah. – Текст : непосредственный // Pharmacology. – 2011. – Vol. 7. – P. 382-387.

598. Zaporozhets, D. V. Typology of infrastructure support of agricultural systems / D. V. Zaporozhets, O. S. Zvyagintseva. – Текст : непосредственный // International Research Journal. – 2019. – № 11-1 (89). – P. 157-161.

ПРИЛОЖЕНИЕ А.



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

05.10.2020 № 10-01-26/13771

на № _____

Мероприятия по модернизации здравоохранения предусматривают целевое совершенствование ресурсного обеспечения организаций здравоохранения и, в первую очередь, его кадровой инфраструктуры, являющейся основным фактором в повышении доступности, результативности и качества оказываемой медицинской помощи. Кадровые ресурсы являются основным фактором организации и реформирования системы здравоохранения.

Оптимизация кадровой политики является одной из ключевых задач отечественного здравоохранения. Кадровая политика в системе здравоохранения Российской Федерации формируется и осуществляется на разных уровнях и видах управления этой социальной сферой. Совершенствование кадровой политики современного российского здравоохранения, требует новых методологических подходов к исследованию кадровых процессов и отношений. Выработкой и апробацией научно-обоснованных направлений совершенствования кадровой политики в сфере здравоохранения страны обусловлена актуальность задачи коренного улучшения кадрового обеспечения медицинских организаций как непереложного условия реализации национального проекта «Здоровье».

При этом первостепенное внимание обращают сейчас на обеспеченность кадрами в здравоохранении. Именно этим обусловлена необходимость научного обоснования направлений развития кадрового потенциала региона.

Министерство здравоохранения области выражает Вам благодарность за Ваш вклад в развитие кадрового потенциала регионального здравоохранения. Благодаря результатам исследования и предложенных Вами мер нивелирования проблем кадрового кризиса в здравоохранении в последнее время удалось приостановить отток медицинских кадров из медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области. В течение последних 3-х лет обеспеченность врачами и средними медработниками остается практически на одном уровне, причем по основным клиническим специальностям (терапия, педиатрия, хирургия, неонатология, пульмонология, урология, эндокринология, акушерство и гинекология, сердечно-сосудистая хирургия и

др.) обеспеченность врачами в области находится на уровне показателей по Российской Федерации и Приволжского федерального округа. В городской и сельской местностях за последние несколько лет отмечаются позитивные изменения. Благодаря реализации программных мероприятий, обеспеченность врачами здесь увеличилась.

Настоящим письмом сообщаем, что результаты Ваших исследований по проблемам кадрового кризиса в здравоохранении и разработке направлений развития кадрового потенциала Саратовской области, изложенные в учебном пособии «Приоритетные направления развития кадрового потенциала региона на основе анализа социальных предикторов кадрового кризиса, релевантных профессиональной группе врачей, и структурно-профессиональных особенностей региональной системы здравоохранения», авторы М.В. Еругина, И.Л. Кром, Е.П. Ковалев, М.Г. Еремина, Г.Н. Бочкарева, Е.А. Григорьева, были учтены при формировании дорожной карты «Создание оптимальной модели здравоохранения Саратовской области» на 2020-2021 гг.

**Заместитель министра –
начальник управления
по охране материнства и детства**



Д.А. Грайфер

ПРИЛОЖЕНИЕ Б.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ПРИВОЛЖСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР» ФЕДЕРАЛЬНОГО
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА (ФБУЗ ПОМЦ ФМБА РОССИИ)

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России
С.В. Романов
« 21 / 12 / 2021 г.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Мы, нижеподписавшиеся, заместитель директора по поликлиническому разделу работы С.А. Дзюбак, заместитель директора по науке и профессиональной подготовке О.П. Абаева, начальник отдела кадров М.М. Мурыгина составили настоящий акт о внедрении в деятельность ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России результатов исследований по проблемам совершенствования сельского здравоохранения, изложенных в монографии М.Г. Ереминой, М.В. Еругиной, И.Л. Кром, Г.Ю. Сазановой, Е.М. Долговой, Г.Н. Бочкаревой «Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях» при формировании системы координации деятельности медицинских организаций ФМБА России в Приволжском федеральном округе.

Заместитель директора по
поликлиническому разделу работы



С.А. Дзюбак

Заместитель директора по науке
и профессиональной подготовке



О.П. Абаева

Начальник отдела кадров

М.М. Мурыгина



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Рабочая, зд. 145/155,
помещ. 34, г. Саратов, 410012
Тел.: (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00
www.minzdrav.saratov.gov.ru
e-mail: minzdrav@saratov.gov.ru

14032022 № 01-23/2045
на № _____



УТВЕРЖДАЮ
Заместитель Председателя
Правительства области –
министр здравоохранения
области

Костин О.Н.

11.03.2022г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Комиссией в составе: первый заместитель министра здравоохранения Саратовской области Степченкова Елена Александровна, начальник отдела кадров министерства здравоохранения Саратовской области Гамаюнова Татьяна Вячеславовна, начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохранения Саратовской области Сопырева Наталья Анатольевна, составлен настоящий акт о внедрении результатов исследования М.Г. Ереминой, М.В. Еругиной, Г.Ю. Сазановой, Е.М. Долговой, Г.Н. Бочкаревой, И.Л. Кром, изложенных в монографии «Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях», в деятельность медицинских организаций регионального здравоохранения, с целью повышения доступности медицинской помощи сельскому населению и совершенствования структуры сельского здравоохранения

Первый заместитель министра

Е.А. Степченкова

Начальник отдела кадров

Т.В. Гамаюнова

Начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению

Н.А. Сопырева



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

пл. Ленина, д. 1, г. Орел, 302021
 телефон 47-53-47, факс 47-55-45
 e-mail: zdrav@adm.orel.ru
<http://orel-region.ru>

11.03.2022 № 1-2-1542

«Утверждаю»
 Член Правительства Орловской области -
 руководитель Департамента
 здравоохранения Орловской области

С.С. Шувалов
 «11» марта 2022 г.

Комиссия в составе: заместитель начальника управления здравоохранения - начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Горохова Е.В., заместитель начальника финансово-экономического управления - начальник отдела планирования, анализа и мониторинга Воробьева М.В., начальник отдела по работе с кадрами подведомственных учреждений Плескачева Е.Ю., изучив результаты исследований М.Г. Ереминой, М.В. Еругиной, И.Л. Кром, Г.Ю. Сазановой, Е.М. Долговой, Г.Н. Бочкаревой, изложенные в монографии «Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях», приняли решения о целесообразности внедрения результатов исследования в деятельность департамента здравоохранения и медицинских организаций Орловской области в части предложенных подходов к определению рисков доступности медицинской помощи и использования разработанного механизма типологизации сельских муниципальных районов с целью повышения доступности и совершенствования структуры сельского

здравоохранения на основе трехэтапной модели организации медицинской помощи населению сельских территорий.

Заместитель начальника управления здравоохранения — начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению



Горохова Е.В.,

заместитель начальника финансово-экономического управления - начальник отдела планирования, анализа и мониторинга



Воробьева М.В.,

Начальник отдела по работе с кадрами подведомственных учреждений



Плескачева Е.Ю.



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

ул. Симферопольская, 2, г. Севастополь, 299003, тел. (8692) 41-73-01, 41-73-06, @mail: sevzdrav@sev.gov.ru

Утверждаю

Директор Департамента –
член Правительства Севастополя



В. Денисов подпись
Денисов Виталий Степанович

11.03.2022 г.

Комиссия в составе: первого заместителя директора Департамента Солдатовой А.В., заместителя директора Департамента Семиной Л.В., начальника отдела кадровой работы Организационно-правового управления Департамента Поданевой О.В., составили настоящий акт о внедрении результатов исследования И.Л. Кром, М.Г. Ереминой, М.В. Еругиной, Г.Ю. Сазановой, Е.М. Долговой, Г.Н. Бочкаревой, изложенных в монографии «Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях», в деятельность Департамента и медицинских организаций г. Севастополь:

- проведение мониторинга качества жизни врачей медицинских организаций городского и сельского здравоохранения в целях своевременной оценки состояния указанной профессиональной группы, профилактики профессионального выгорания, коррекции программ, мероприятий и прогноза развития кадрового ресурса здравоохранения.

Первый заместитель директора Департамента

А.В. Солдатова

Заместитель директора Департамента

Л.В. Семина

Начальник отдела кадровой работы

Организационно-правового управления Департамента

О.В. Поданева

ПРИЛОЖЕНИЕ В.

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава России
А.В. Еремин



АКТ *А.В.Е.*

**О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ
ЕРЕМИНОЙ МАРИИ ГЕННАДЬЕВНЫ
«МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ
СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

1. Наименование кафедры, дисциплины: кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение».

2. Курс, факультет

Институт подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования. Слушатели курсов профессиональной переподготовки специалистов и повышения квалификации по специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

Обучающиеся по программам высшего образования в ординатуре по специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

3. Место и время использования: лекции, семинарские и практические занятия по темам: «Организация медицинской помощи населению», «Планирование деятельности медицинских организаций».

4. Краткая аннотация: внедрены результаты анализа векторов институционализации сельского здравоохранения, компаративного анализа качества жизни и предикторов удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в сельском здравоохранении, направлений профилактики, преодоления дисфункций, кадрового кризиса и развития системы сельского здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

5. Форма внедрения:

В материалах и презентациях лекций, при проведении практических занятий, семинаров – дискуссий, тренингов по решению практических задач.

Автор: М.Г. Еремина, к.м.н., доцент *М.Г. Еремина*

Зав. кафедрой: М.В. Еругина, д.м.н., профессор *М.В. Еругина*

Директор Департамента организации образовательной деятельности: Н.А. Клоктунова, к.с.н., доцент *Н.А. Клоктунова*

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
 МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
 ФЕДЕРАЦИИ
 (ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)
 ул. Ленина, 3, г. Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация 450004
 тел. (347) 272-41-73, факс 272-37-51
 http://www.bashgmu.ru, E-mail: rector@bashgmu.ru
 ОКПО01963597 ОГРН 1020202561136
 ИНН 0274023688, КПП 027401001

УТВЕРЖДАЮ
 Директор по учебной
 работе
 А.А.Цыглин
 2022г.

17.07.2022 № 2563-01

На № _____ от _____

АКТ
О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ЕРЕМИНОЙ МАРИИ ГЕННАДЬЕВНЫ
«МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ
СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

1. Наименования предложения для внедрения: направления профилактики, преодоления дисфункций и развития системы сельского здравоохранения в субъектах Российской Федерации.
 Наименование кафедры, дисциплины: кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО, дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение».
2. Кем предложен: М.Г. Ереминой и преподавателями кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правопедения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.
3. Источники информации: коллективная монография «Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях».
4. Где и когда внедрено: 2021 г. Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.
5. Эффективность внедрения: материалы используются в учебном процессе.

Зав. кафедрой общественного здоровья
 и организации здравоохранения с курсом ИДПО
 д.м.н., профессор

Завуч кафедры, к.м.н.

Доцент кафедры, к.м.н.

Подпись: *Н.Х.Шарафутдинова*
 Заверяю:
 Ученый секретарь
 Минздрава России
 М.Ю.Павлова

ПРИЛОЖЕНИЕ Г.

Уважаемый коллега. Просим Вас ответить на вопросы анкеты

1. Пол

- мужской
- женский

2. Возраст

3. Сколько лет Вы страдаете хроническим заболеванием?

4. Есть ли у Вас группа инвалидности?

- да
- нет

5. Как Вы решаете собственные проблемы со здоровьем

- обращаюсь в медицинскую организацию по месту жительства
- обращаюсь в частную клинику
- обращаюсь к своим коллегам по работе
- лечусь самостоятельно
- другое

6. В качестве пациента в какие медицинские организации Вы обращались в течение года?

- поликлиника по месту жительства
- стационар муниципальный (государственный)
- частные медицинские организации (амбулаторно)
- частный стационар
- другое (указать что именно)

7. Где Вам оказывают медицинскую помощь в связи с заболеванием?

- поликлиника по месту жительства
- стационар
- на дому
- частные медицинские организации (амбулаторно)
- частный стационар
- другое (указать что именно)

8. Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться с негативными явлениями в деятельности медицинских организаций, в которых Вы получаете медицинскую помощь?

- очереди
- невозможность попасть на прием в удобное время
- плохая организация работы регистратуры
- опоздания, нерегламентируемые перерывы в работе специалистов
- отсутствие нужных специалистов
- невнимательное отношение сотрудников медицинской организации

- хамство, неуважительное отношение врачей, мед. сестер
- отсутствие нужного оборудования

9. Сколько времени Вам приходится тратить на дорогу в медицинскую организацию?

- до 15 минут
- до 30 минут
- до 1 часа
- до 2 часов
- более 2 часов (укажите максимальное количество часов, потраченных на дорогу в медицинскую организацию)_____

10. Какое время до медицинской организации предполагает, что медицинская помощь в данной организации для Вас недоступна?

- до 15 минут
- до 30 минут
- до 1 часа
- до 2 часов
- более 2 часов (укажите максимальное количество часов)_____

11. Сколько времени Вам приходится тратить на ожидание приема специалиста?

- до 15 минут
- до 30 минут
- до 1 часа
- до 2 часов
- более 2 часов (укажите максимальное количество часов)

12. Доступны ли Вам платные медицинские услуги?

- да
- нет, не доступны

13. Почему Вы обращаетесь за платными медицинскими услугами?

- отсутствие очередей, близость к дому, удобный график работы
- наличие врачей узкой специализации и высокая квалификация врачей
- более современное оборудование и большое количество видов исследования
- индивидуальный подход, доброжелательный персонал
- доверие к результатам обследования и лечения

14. Как вы оцениваете качество оказываемых платных медицинских услуг по сравнению с бесплатными?

- платные медицинские услуги более высокого качества
- платные медицинские услуги более низкого качества
- платные и бесплатные медицинские услуги равноценны по качеству

15. Всегда ли Вы выполняете предписания врача, касающиеся лечения хронического заболевания?

- да, всегда
- когда как
- нет

16. Если не (когда как), то почему?**(несколько вариантов ответа)**

- не доверяю врачу
 не доверяю официальной медицине
 не согласен с методами обследования и лекарствами, выбранными для лечения
 не люблю принимать лекарства
 не верю в возможность выздоровления
 не хватает средств на лекарства
 не до конца понятно, что необходимо делать
 из-за собственной неорганизованности
 другое (напишите) _____
 затрудняюсь ответить

17. Приходилось ли Вам отказываться от приема препаратов из-за отсутствия денег?

- да
 нет

18. Какую сумму Вы готовы тратить на покупку лекарственных препаратов?

- 1000-2000 руб.
 2000-3000 руб.
 3000-4000
 4000-5000
 5000-6000
 6000-7000
 7000-8000
 8000-9000
 9000-10000
 Свыше 10000 руб.
 Не считаю нужным тратить

19. При необходимости постоянного приема лекарственных препаратов Вы принимаете их в настоящее время?

- нет
 эпизодически
 регулярно

20. Учитывая, что удовлетворенность – это качество и доступность медицинской помощи, оцените, пожалуйста, удовлетворённость медицинской организацией, в которой Вам оказывают медицинскую помощь (1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо 5 – очень хорошо 6 – затрудняюсь ответить):

21.

| | 1 | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| поликлиника по месту жительства | | | | | | |
| стационар | | | | | | |
| на дому | | | | | | |
| частные медицинские организации | | | | | | |
| другое | | | | | | |

22. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам лечащего врача?

| | да | нет | не в полной мере |
|---------------------------------|----|-----|------------------------|
| поликлиника по месту жительства | | | |
| стационар | | | |
| на дому | | | |
| частные медицинские организации | | | |
| другое | | | |

23. Какие, по Вашему мнению, имеются в настоящее время проблемы при оказании медицинской помощи пациентам?**(несколько вариантов ответа)**

- ограничение доступности бесплатной медицинской помощи
- высокая стоимость лекарств
- плохое качество медицинской помощи
- плохие условия пребывания в стационаре
- недостаточное оснащение медицинских организаций
- невнимательное отношение медицинского персонала
- недостаточная квалификация медицинского персонала
- большие очереди на приём к врачу
- отсутствие психологической поддержки пациента и семьи
- отсутствие социальной поддержки
- другое (укажите)

24. Как бы Вы оценили качество и доступность медицинской помощи больным в медицинских организациях г. Саратова?

- хорошее
- удовлетворительное
- плохое
- затрудняюсь ответить

25. Как бы Вы оценили качество и доступность медицинской помощи больным в медицинских организациях районов Саратовской области?

- хорошее
- удовлетворительное
- плохое
- затрудняюсь ответить

26. Оцените, пожалуйста, отзывчивость системы здравоохранения

| | вы сокая оц енка | сред няя оцен ка | ни зкая оценка |
|--|---------------------------|---------------------------|----------------------|
| Уважительное отношение сотрудников медицинской организации | | | |
| Понимание объяснений врача. Достаточное время общения с врачом. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Надлежащие условия. Достаточность пространства помещений. Чистота помещения. | | | |
| Желание сменить медицинскую организацию. | | | |
| Наличие объяснений результатов обследования. | | | |
| Доверие к лечащему врачу. | | | |
| Близость медицинской организации от места проживания. | | | |

27. Напишите, пожалуйста, свои предложения, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи в регионе. Нам важно знать Ваше мнение.

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д.

В рамках социологического исследования «Анализ доступности медицинской помощи врачам (в социальной роли пациентов) в сельском здравоохранении» (по результатам проведения экспертной фокус-группы) был использован в качестве инструмента сценарий (гайд) фокус-группового исследования:

ГАЙД ФОКУС-ГРУППЫ

«Анализ доступности медицинской помощи врачам (в социальной роли пациентов) в сельском здравоохранении»

Знакомство, описание цели и задач группы.

Вводные вопросы Проблемы с организацией медицинской и лекарственной помощи населению, проживающему в отдаленных районах, имеются в большинстве стран. Какие тенденции на Ваш взгляд, в настоящее время фиксируются в системе сельского здравоохранения региона? Опишите, в чем это проявляется? Характерны ли отмеченные тенденции для российского здравоохранения в целом? Соответствуют ли диспропорции в распределении медицинских кадров в сельском здравоохранении российским и мировым тенденциям? С чем это связано?

Основные вопросы

Существуют ли финансовые ограничения доступности медицинской помощи для врачей в ситуации хронического заболевания? Какие условия профессиональной деятельности определяют ограничения эффективного лечения врачей в ситуации хронического заболевания? Какие виды медицинской помощи ограниченно доступны врачам? Почему? Какие последствия ограничений медицинской помощи Вы рассматриваете? По каким причинам могут не выполняться медицинские рекомендации врачами в ситуации болезни? Насколько, по Вашему мнению, дефицит врачебных кадров влияет на выбор врачом в ситуации болезни формата выполнения медицинских рекомендаций? Как Вы думаете, насколько для врачей доступны платные медицинские услуги?

Связан ли кадровый кризис в сельском здравоохранении с проблемой соматических деприваций специалистов? Какие направления повышения доступности медицинской помощи для специалистов здравоохранения Вы видите? В каком формате Вы предполагаете расширение социальных гарантий для врачей в региональном здравоохранении? Какие Вы предполагаете механизмы финансирования медицинской помощи специалистам здравоохранения? Возможно ли, на Ваш взгляд, создание иной, чем существующая, системы социальных гарантий медицинским кадрам здравоохранения?

Какие направления совершенствования профессиональной деятельности врачей представляются Вам наиболее важными? Почему? Какие организационные меры могут этому способствовать? Какие направления минимизации профессиональных рисков в здравоохранении представляются Вам наиболее значимыми? Какие факторы, по Вашему мнению, определяют решение проблемы защищенности врачей в медицинских организациях? Какие шаги необходимо предпринимать для этого?

Подведение итогов: перевод и активация обсуждения в ракурсе обсуждения «случаев из практики, из жизни», разговор об особенностях и возможных вариантах преодоления кадрового кризиса региональной системы здравоохранения.

Завершение обсуждения модератором, снижение эмоциональной окраски дискуссии; благодарность участникам, прощание.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е.

Уважаемый коллега. Просим Вас ответить на вопросы анкеты

- 1. Сколько времени Вам приходится тратить на дорогу в медицинскую организацию?**
 - менее 15 минут
 - менее 30 минут
 - менее 1 часа
 - менее 2 часов
 - более 2 часов
- 2. Какое время до медицинской организации предполагает, что медицинская помощь в данной организации для Вас недоступна?**
 - менее 15 минут
 - менее 30 минут
 - менее 1 часа
 - менее 2 часов
 - более 2 часов
- 3. Сколько времени Вам приходится тратить на ожидание приёма специалиста?**
 - менее 15 минут
 - менее 30 минут
 - менее 1 часа
 - менее 2 часов
 - более 2 часов
- 4. Доступны ли Вам платные медицинские услуги?**
 - да
 - иногда
 - нет, не доступны
- 5. Как вы оцениваете качество оказываемых платных медицинских услуг по сравнению с бесплатными?**
 - платные медицинские услуги более высокого качества
 - платные медицинские услуги более низкого качества
 - платные и бесплатные медицинские услуги равноценны по качеству
- 6. Всегда ли Вы выполняете предписания врача, касающиеся лечения хронического заболевания?**
 - да, всегда
 - когда как
 - нет
- 7. Если не выполняете предписания врача, касающиеся терапии, то по какой причине? (несколько вариантов ответа)**
 - не доверяю врачу
 - не доверяю официальной медицине
 - не согласен с методами и лекарствами, выбранными для лечения
 - не люблю пить лекарства
 - не верю в возможность выздоровления
 - не хватает средств на лекарства
 - не до конца понятно, что необходимо делать
 - из-за собственной лени
 - другое (напишите) _____

затрудняюсь ответить

8. Приходилось ли Вам отказываться от приема препаратов из-за отсутствия денег? (несколько вариантов ответа)?

да, приходилось

нет, я мог(ла) оплачивать необходимые медицинские услуги

нет, мне не приходилось пользоваться платными медицинскими услугами

9. Какую сумму ежемесячно Вы готовы тратить на покупку лекарственных препаратов?

до 500 руб.

500-1000 руб.

1000-2000 руб.

2000-3000 руб.

Свыше 3000 руб.

Не могу тратить

10. Принимаете ли Вы лекарственные препараты в настоящее время?

нет

эпизодически

регулярно

11. Укажите, сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно в настоящее время _____

12. Какие виды медицинских услуг Вы оплачиваете из личных средств?

консультации узких специалистов

консультации врача-терапевта

медицинские процедуры

лабораторные исследования

инструментальные исследования

13. Доступны ли Вам платные медицинские услуги?

да

иногда

нет, не доступны

14. Если доступны, почему Вы обращаетесь за платными медицинскими услугами?

отсутствие очередей,

близость к дому,

удобный график работы

наличие врачей узкой специализации и высокая квалификация врачей

более современное оборудование

большое количество видов исследования

индивидуальный подход, доброжелательный персонал

доверие к результатам обследования и лечения

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.

Уважаемый коллега. Просим Вас ответить на вопросы анкеты

Специальная часть

1. Считаете ли Вы реальной для себя угрозой заражения коронавирусом в настоящее время (один вариант ответа)

- опасности заражения нет;
- вероятность заражения существует, но незначительная;
- вероятность заражения высокая;
- я уже переболел(а) этой инфекцией;
- затрудняюсь ответить.

2. Что больше всего Вас тревожит в сложившейся ситуации, связанной с распространением коронавируса (несколько вариантов ответа)

- быстрое распространение инфекции;
- высокие показатели смертности;
- отсутствие эффективного лечения;
- отсутствие вакцины;
- широкий спектр осложнений заболевания;
- дефицит средств индивидуальной защиты;
- недостаток информации по проблеме;
- несовершенство способов профилактики;
- страх за здоровье детей;
- страх за здоровье родителей;
- боязнь заражения;
- ограничение поездок в другие страны, закрытие границ;
- неясный прогноз развития пандемии;
- возможные панические настроения у населения;
- потеря заработной платы (ее части);
- другое (напишите)

3. Укажите изменение профессиональной деятельности в период эпидемии Covid-19

4. Укажите основные проблемы в оказании помощи больным с хроническими заболеваниями в период эпидемии Covid-19

5. Каковы, по Вашему мнению, основные причины снижения качества и доступности медицинской помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, в период эпидемии Covid-19?

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ И.

Уважаемый коллега!

Мы просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы нашей анкеты.

1. Как Вы считаете, есть ли кадровый кризис в региональной системе здравоохранения?

- да
- нет
- затрудняюсь ответить

2. Какие признаки кадрового кризиса Вы наблюдаете? (несколько вариантов ответа)

- дефицит врачей
- снижение престижа профессии
- низкая доступность бесплатной медицинской помощи
- высокая стоимость лечения (медицинской помощи)
- низкий уровень оплаты труда
- отсутствие притока молодых специалистов
- плохое отношение общества к врачам
- низкая квалификация врачей
- профессиональное выгорание специалистов
- другое – укажите, что именно

3. Какие направления в повышении уровня жизни врачей Вы считаете эффективными?

(несколько вариантов ответа)

- совершенствование системы оплаты труда
- повышение базовых окладов
- формирование гибкого механизма регулирования стимулирующих выплат
- научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки
- другое – укажите, что именно

4. Что включает формирование привлекательной для врачей профессиональной среды?

(несколько вариантов ответа)

- оснащение медицинских организаций современным оборудованием
- оснащение рабочего места скоростным интернетом, справочными медицинскими программами
- развитие телемедицинских технологий
- своевременное предоставление очередного и дополнительного отпусков
- психологическое консультирование и сопровождение врачей с целью профилактики профессионального стресса и выгорания
- организация наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов
- формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
- другое – укажите, что именно

5. Какие практики позволят минимизировать риски профессиональной деятельности?

(несколько вариантов ответа)

- вовлечение врачей в профессиональные ассоциации
- юридическое сопровождение профессиональной деятельности
- повышение квалификации
- психологическое консультирование
- другое – укажите, что именно

6. Какие из предложенного комплекса мероприятий Вы считаете наиболее эффективными для преодоления кадрового кризиса?

(несколько вариантов ответа)

- целевая подготовка специалистов для регионального здравоохранения
- повышение уровня оплаты труда в зависимости от роста квалификации врача
- формирование привлекательной для врачей профессиональной среды
- внедрение индивидуальных и организационных практик минимизации рисков профессиональной деятельности
- внедрение наставничества в медицинских организациях для молодых специалистов
- формирование «социальных лифтов» для специалистов, работающих в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
- преодоление дефицита и неоптимальной структуры медицинских кадров в региональном здравоохранении
- профориентационная работа с будущими врачами, начиная со школьной скамьи
- научно обоснованное нормирование труда врачей, минимизирующее переработки
- другое – укажите, что именно

7. Укажите преимущества жизни в районе Саратовской области

8. Каковы недостатки проживания в районе Саратовской области?

9. Укажите преимущества работы в медицинской организации района Саратовской области (по сравнению с медицинскими организациями г. Саратова)

10. Каковы недостатки работы в медицинской организации района Саратовской области?

11. Предполагаете ли Вы продолжить работать в медицинской организации района Саратовской области?

- да
- нет

12. Если «да», то какие факторы оказали влияние на Ваше решение?

13. Если «нет», то куда Вы предполагаете переехать?

- в другой регион
- в другой район Саратовской области
- г. Саратов

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ К.

Уважаемый коллега. Просим Вас ответить на вопросы анкеты

1. Пол

- мужской
- женский

2. Возраст

- до 30
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 и более

3. Сколько лет Вы проживаете в районе области?**4. Сколько лет Вы работаете в медицинской организации района Саратовской области?****5. Ваша медицинская специальность****6. Стаж работы по специальности (лет)****7. Медицинская организация, в которой Вы работаете:**

- стационар районной больницы
 - поликлиника районной больницы
 - амбулатория районной больницы
 - иное, _____ указать _____ что _____ именно
-

8. Насколько часто в Вашей медицинской организации практикуется совместная разработка планов ведения пациента врачами участковой службы и узкими специалистами?

- всегда
- скорее часто
- скорее редко
- никогда

9. Примерно, какая часть первичных приемов пациентов участковой службы, по Вашей оценке, на практике заканчивается направлением к узкому специалисту?

- менее 5%
- 5-10%
- 11-25%
- 26-50%

51 и более %

10. Организованы ли в Вашей медицинской организации школы пациентов, страдающих хроническими заболеваниями для пациентов?

- с артериальной гипертензией
- с сахарным диабетом
- с бронхиальной астмой
- с другими хроническими заболеваниями
- нет
- другой вариант ответа _____

11. Если в Вашей медицинской организации есть отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи, насколько часто передается участковым врачам информация об оказании неотложной медицинской помощи пациентам Вашего участка?

- всегда
- скорее часто
- скорее редко
- никогда

12. Как часто поликлиника получает информацию о госпитализации приписанных к ней пациентов?

- менее чем в 10% госпитализаций
- в 11-20% случаев
- в 21-30% случаев
- в 31-40% случаев
- в 41-50% случаев
- более чем в 51% случаев
- получает обо всех случаях госпитализации
- не получает

13. Существовала ли в условиях обычной работы до марта 2020 г. в вашей медицинской организации практика посещения на дому пациентов в первые дни после завершения ими стационарного лечения по поводу инфаркта миокарда или острого нарушения мозгового кровообращения?

- да, существовала
- да, существовала, но сейчас не практикуется
- нет, не существовала

14. Как часто в условиях обычной работы до марта 2020 г. в стационар возвращались пациенты, которые были ранее пролечены в вашей медицинской организации, из-за неудовлетворительного оказания им помощи на амбулаторном этапе?

- всегда
- часто
- редко
- иногда
- никогда

15. Имеете ли Вы доступ ко всем электронным медицинским записям пациента (результаты проведенных обследований и консультаций, информация об

обращениях и лечении пациента), если они были внесены врачами Вашей или других медицинских организаций Саратовской области?

- да, все электронные медицинские записи доступны
- нет, но доступны только медицинские записи, внесенные врачами нашей и (или) другой медицинской организации
- нет, у нас нет доступа к электронным медицинским записям пациентов
- нет, у нас нет записей в электронной форме

16. Как часто вы получаете информацию о результатах санаторно-курортного лечения пациентов, которым Вы оформляли санаторно-курортную карту?

- всегда
- часто
- редко
- иногда
- никогда

17. Как часто пациенты Вашего стационара при наличии показаний переводились для долечивания в специализированные учреждения (отделения) восстановительного лечения?

- всегда
- часто
- редко
- иногда
- никогда

18. По Вашему мнению, какую часть конечного фонда Вашего стационара занимают пациенты, нуждающиеся в переводе в учреждения (отделения) восстановительного лечения или учреждения социальной помощи?

- менее 10%
- 11-20%
- 21-30%
- 31-40%
- 41-50%
- 51% и более

19. С работниками каких социальных служб вы взаимодействовали в своей работе в условиях обычной работы до марта 2020 г.?

- с работниками отдела социальной защиты, обслуживающего население, проживающее на прикреплённой территории
- с работниками стационарных учреждений социального обслуживания
- иные службы _____
- такого взаимодействия не было

20. Обращались ли Вы по собственной инициативе в службы социальной защиты в тех случаях, когда считали, что Вашим пациентам необходима помощь этих служб, в условиях обычной работы до марта 2020 г.?

- всегда
- часто
- редко
- иногда

никогда

21. Как часто пациенты Вашего стационара при наличии показаний переводятся в стационарные учреждения социальной помощи?

всегда

часто

редко

иногда

никогда

22. Как бы Вы оценили степень преемственности ведения пациентов между стационарными и амбулаторными учреждениями в Вашем районе области?

низкая

средняя

высокая

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ Л.

Уважаемый коллега!

Мы просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы нашей анкеты.

I. Общая часть**15. Пол**

- мужской
- женский

16. Возраст**17. Общий трудовой стаж****18. Врачебная специальность, по которой Вы работаете****19. Стаж работы по специальности****20. Есть ли у Вас дополнительные специализации****21. Должность в медицинской организации****22. Стаж работы в занимаемой должности****23. Квалификационная категория**

- высшая
- первая
- вторая
- не имею

24. Учёная степень

- кандидат медицинских наук
- доктор медицинских наук
- нет степени

25. Медицинская организация, в которой Вы работаете:

- государственная
- муниципальная
- негосударственная
- стационар
- поликлиника (амбулатория)

II. Специальная часть

1. Уровень дохода на каждого члена семьи _____ /тыс.руб.

2. Состав семьи _____ /чел.

3. Количество несовершеннолетних детей _____ /чел.

4. Каковы жилищные условия Вашей семьи?

- имеем собственную квартиру, дом
- снимаем квартиру, дом
- живём в общежитии
- живём у родственников
- другое

5. Насколько получаемая Вами зарплата соответствует уровню жизни в настоящее время?

- зарплате не хватает на питание
- зарплате хватает только на питание и самые необходимые вещи
- на зарплату редко, но возможно купить позволить купить дорогие вещи (например, из бытовой техники)
- зарплате хватает на всё, кроме дорогих покупок, как квартира, машина и др.
- затрудняюсь ответить

6. Страдаете ли Вы хроническим заболеванием?

- да
- нет

7. Сколько лет?**8. Есть ли у Вас группа инвалидности?**

- да
- нет

9. Вы переехали в район Саратовской области по Программе «Земский доктор»?

- да
- нет

10. Укажите преимущества жизни в районе Саратовской области (несколько вариантов ответа)

- экологическая обстановка лучше, чем в городе
- размеренная жизнь, более спокойно, чем в городе
- родственники живут рядом
- красивая природа
- другое
- нет преимуществ

11. Укажите недостатки проживания в районе Саратовской области (несколько вариантов ответа)

- отсутствие развитой инфраструктуры
- низкая зарплата

- плохие дороги
- удалённость от центра
- отсутствие нормальной работы для членов семьи
- недостаток квалифицированных кадров
- нет недостатков

12. Укажите преимущества работы в медицинской организации района Саратовской области (по сравнению с медицинскими организациями г. Саратова)

(несколько вариантов ответа)

- малочисленный коллектив, всех знаю, контакт с пациентами
- универсальность работы, уникальный опыт
- близость к дому
- меньшая нагрузка
- самостоятельность в работе, принятии решений
- социальные льготы
- другое
- нет преимуществ

13. Укажите недостатки работы в медицинской организации района Саратовской области

(несколько вариантов ответа)

- кадровый дефицит
- низкая зарплата
- недостаточная оснащённость оборудованием
- недостаточное финансирование медицинской организации
- другое
- нет недостатков

14. Предполагаете ли Вы продолжить работать в медицинской организации района Саратовской области?

- да
- нет

15. Если «да», то какие факторы оказали влияние на Ваше решение?

(несколько вариантов ответа)

- маленькая зарплата, пенсия
- постоянное место жительства
- работа
- семья
- привычка
- патриотизм
- хороший коллектив
- другое

16. Если «нет», то куда Вы предполагаете переехать?

- в другой регион
- в другой район Саратовской области
- г. Саратов

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ М.

Гайд формализованного интервью, использованного в социологическом исследовании «Риски цифровизации в сельской медицине региона»

I. Знакомство, информирование респондента о целях интервью, конфиденциальности.

– Уважаемый коллега! Обращаемся к Вам, как эксперту, и просим Вас принять участие в интервью и ответить на ряд вопросов. Полученные результаты интервью будут использоваться в обобщенном виде, анонимность гарантируется.

II. Вводные вопросы

1. Известно ли Вам, что в рамках Национального проекта «Здравоохранение» осуществляется цифровизация здравоохранения, включающая телемедицину?

- да
 нет

2. Приходилось ли Вам использовать телемедицинские технологии в своей профессиональной деятельности?

- да
 нет

III. Основная часть

1. Какие проблемы региональной системы здравоохранения могут быть решены с развитием телемедицины?

2. Какие проблемы практического здравоохранения Вы бы хотели решать дистанционно?

3. Какие минусы Вы видите в развитии телемедицины?

4. По действующему законодательству врачи не могут дистанционно поставить диагноз и назначить лечение. Поддерживаете ли Вы расширение возможностей телемедицины?

- да
 нет

5. Считаете ли Вы, что использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить доступность медицинской помощи?

- да

нет

6. Считаете ли Вы, что использование различных форм телемедицинских технологий позволит повысить качество медицинских услуг?

да

нет

7. Считаете ли Вы, что применение телекоммуникаций между врачом и пациентом будет способствовать повышению приверженности к лечению пациента?

да

нет

8. Готовы ли Вы проводить консультации тех пациентов, которых наблюдаете с помощью различных форм телемедицинских технологий?

да

нет

9. Считаете ли Вы возможным давать консультацию и назначать лечение первичным пациентам с помощью телемедицины?

да

нет

10. Готовы ли Вы проводить или получать консультации других врачей относительно их пациентов с помощью различных форм телемедицинских технологий?

да

нет

11. Готовы ли Вы консультировать пациентов, которые лечатся у других врачей, при необходимости получения пациентом «альтернативного мнения» с помощью различных форм телемедицинских технологий?

да

нет

12. Считаете ли Вы возможным передачу пациентам результатов их обследования с помощью электронных средств связи?

да

нет

13. Считаете ли Вы положительным тот факт, что после принятия закона стала возможной выписка рецептов на лекарственные препараты, справок и рецептов на медицинские изделия в форме электронного документа?

да

нет

14. Готовы ли Вы вести контроль состояния больного с помощью носимых гаджетов, зарегистрированных как медицинские изделия?

да

нет

15. Считаете ли Вы, что услуги с применением телемедицинских технологий целесообразно использовать исключительно в системе ДМС или платной помощи?

- да
- нет

16. Считаете ли Вы, что государство должно предоставить населению возможность получать бесплатную медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, чтобы повысить доступность услуг для отдельных групп населения (инвалидов, малообеспеченных, жителей отдаленных территорий и т.д.)?

- да
- нет

17. Считаете ли Вы, что, при принятии решения о включения телемедицинских технологий в систему ОМС возможно серьезное сопротивление врачебного сообщества?

- да
- нет

18. Считаете ли Вы, что применение телемедицинских технологий должно быть организовано вне существующих клиник, виртуально, в качестве отдельного вида медицинской деятельности?

- да
- нет

19. Как Вы считаете, не повлечет ли развитие телемедицины сокращение и оптимизацию медицинского персонала?

- да
- нет

20. Как Вы считаете, с внедрением телемедицинских технологий, возрастет ли риск врачебных ошибок?

- да
- нет

21. По Вашему мнению, будут ли пациенты доверять подобного рода дистанционным консультациям?

- да
- нет

22. По Вашему мнению, с внедрением телемедицины, возрастет ли на врачей дополнительная нагрузка?

- да
- нет

23. По Вашему мнению, с внедрением телемедицины, должна ли увеличиться оплата труда врачей, применяющих телемедицинские технологии?

- да
- нет

24. Как Вы считаете, должны ли измениться нормы труда врача, применяющего телемедицинские технологии?

- да
- нет

IV. Подведение итогов:

– перевод и активация обсуждения в ракурсе: что устраивает? что не устраивает? что сделать, чтобы было лучше?

– завершение обсуждения модератором, снижение эмоциональной окраски интервью; благодарность респонденту, прощание.

V. Критерии включения

1. Пол

- мужской
- женский

2. Возраст

3. Врачебная специальность, по которой Вы работаете

4. Стаж работы по специальности

5. ли у Вас дополнительные специализации

- да
- нет

6. Должность в медицинской организации

7. Стаж работы в занимаемой должности

8. Квалификационная категория

- высшая
- первая
- вторая
- не имею

9. Учёная степень

- кандидат медицинских наук
- доктор медицинских наук
- нет степени

10. Работаете ли Вы по совместительству?

- да
- нет

11. Заканчивали ли Вы ординатуру?

- да
- нет

12. Если «да», по какой специальности?

ПРИЛОЖЕНИЕ Н.

Опросник ВОЗ КЖ-100 [55, 346]

Дата обследования: « _____ » _____ 20 _____ г.

Инструкция

Дальнейшие вопросы касаются того, что Вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть ваша первая реакция на вопрос.

Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе вопросника мы просим вас оценивать вашу жизнь в **ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**.

Например, имея в виду последние две недели, Вы отвечаете на вопрос:

Насколько сильно Вы беспокоитесь о своем здоровье?

| | | | | |
|----------------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем не беспокоюсь | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

Вы должны обвести кружком номер того ответа, который наилучшим образом описывает степень вашей обеспокоенности здоровьем **ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ**. Таким образом, вы должны обвести кружком цифру 4, если вы были «относительно сильно» обеспокоены своим здоровьем, или цифру 1, если вы «совсем не беспокоились» о своем здоровье.

Приложения А и Б

Пожалуйста, прочитайте каждый вопрос, оцените свои чувства и обведите кружком номер наиболее подходящего ответа.

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, **КАК МНОГО** определенных вещей (например, положительных эмоций, таких как счастье или удовольствие) Вы испытали за последние 2 недели. Если Вы испытали их чрезвычайно много, то обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «предельно много» в шкале, следующей после вопроса. Если Вы совсем не испытывали этих вещей, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «предельно много», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.2 Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?

| | | | | |
|------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно мало | средне | относительно много | предельно много |

F1.3 Насколько вам трудно справляться с болью или дискомфортом?

| | | | | |
|-----------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| предельно легко | относительно легко | средне | относительно трудно | предельно трудно |

F1.4 В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F2.2 Насколько легко вы утомляемы?

| | | | | |
|------------------|---------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| предельно трудно | относительно трудно | средне | относительно легко | предельно легко |

F2.4 Насколько сильно вас беспокоит усталость?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F3.2 Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?

| | | | | |
|------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно мало | средне | относительно много | предельно много |

F3.4 Как сильно вас беспокоят проблемы сна?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F4.1 Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F4.3 Насколько оптимистично вы ощущаете свое будущее?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F4.4 Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?

| | | | | |
|---------------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем не испытываю | относительно мало | средне | относительно много | предельно много |

F5.3 Насколько хорошо вы можете концентрировать свое внимание?

| | | | | |
|----------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем не могу | относительно плохо | средне | относительно хорошо | предельно хорошо |

F6.1 Насколько высоко Вы цените себя?

| | | | | |
|--------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем низко | относительно низко | средне | относительно высоко | предельно высоко |

F6.2 Насколько вы уверены в себе?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F7.2 Чувствуете ли вы себя подавленным из-за того, как вы выглядите?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F7.3 Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы у вас чувство дискомфорта?

| | | | | |
|------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно мало | средне | относительно много | предельно много |

F8.2 Насколько обеспокоенным вы себя чувствуете?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F8.3 Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F8.4 Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F10.2 Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?

| | | | | |
|-----------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| предельно легко | относительно легко | средне | относительно трудно | предельно трудно |

F10.4 Насколько сильно вы обеспокоены какими-либо ограничениями в выполнении повседневных дел?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F11.2 Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких-либо лекарств для нормального функционирования в вашей повседневной жизни?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F11.3 Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F11.4 Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F13.1 Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F15.2 В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F15.4 Беспокоят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F16.1 Насколько безопасно вы себя чувствуете в повседневной жизни?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | в основном нет | когда как | в основном да | да, вполне |

F16.2 Чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | в основном нет | когда как | в основном да | да, вполне |

F16.3 Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F17.1 Насколько комфортно ваше жилье (место проживания)?

| | | | | |
|------------|----------------|--------------------------------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | в основном нет | в какой-то мере да, в какой-то - нет | в основном да | да, вполне |

F17.4 Насколько вам нравится жить там, где вы живете?

| | | | | |
|--------------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем не нравится | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F18.2 Есть ли у вас финансовые трудности?

| | | | | |
|------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно мало | средне | относительно много | предельно много |

F18.4 В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F19.1 Насколько легко вы можете получать качественную медицинскую помощь?

| | | | | |
|------------------|---------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| предельно трудно | относительно трудно | средне | относительно легко | предельно легко |

F21.3 В какой мере вы получаете наслаждение от проведения своего свободного времени?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F22.1 Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?

| | | | | |
|------------|----------------|--------------------------------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | в основном нет | в какой-то мере да, в какой-то - нет | в основном да | да, вполне |

F22.2 В какой мере вас беспокоит шум в районе вашего проживания?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F23.2 Много ли у вас проблем с транспортом?

| | | | | |
|------------|-------------------|--------|--------------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно мало | средне | относительно много | предельно много |

F23.4 Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?

| | | | | |
|------------------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем не ограничивают | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ПОЛНО вы испытываете или чувствуете себя способным делать определенные вещи в последние 2 недели, например, свои повседневные дела, такие как умывание, одевание или еда. Если вы были способны в полной мере осуществлять их, то обведите кружком номер, соответствующий утверждению «да, вполне». Если вы совсем не были способны делать

их, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «да, вполне», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Помните, что все вопросы относятся к последним двум неделям.

F2.1 Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?

| | | | | |
|------------|-------------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном недостаточно | когда как | В основном достаточно | Вполне достаточно |

F7.1 Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | когда как | В основном да | Да, вполне |

F10.1 В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | когда как | В основном да | Да, вполне |

F11.1 Насколько вы зависите от лекарств?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | когда как | В основном да | Да, полностью |

F14.1 Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других, когда вам это нужно

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | когда как | В основном да | Да, вполне |

F14.2 В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | когда как | В основном да | Да, вполне |

F17.2 Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | когда как | В основном да | Да, вполне |

F18.1 Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?

| | | | | |
|------------|-------------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном недостаточно | когда как | В основном достаточно | Вполне достаточно |

F20.1 Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?

| | | | | |
|------------|----------------|--------------------------------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | В какой-то мере да, в какой-то - нет | В основном да | Да, вполне |

F20.2 В какой мере вы обладаете возможностями получать информацию, в которой почувствуете необходимость?

| | | | | |
|------------|----------------|--------------------------------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | В какой-то мере да, в какой-то - нет | В основном да | Да, вполне |

F21.1 Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?

| | | | | |
|------------|----------------|--------------------------------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | В какой-то мере да, в какой-то - нет | В основном да | Да, вполне |

F21.2 Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?

| | | | | |
|------------|----------------|-----------------|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | В какой-то мере | В основном да | Да, вполне |

| | | | | |
|--|--|-------------------------|--|--|
| | | да, в какой-то – нет | | |
|--|--|-------------------------|--|--|

F23.1 Обеспечены ли вы необходимыми вам транспортными средствами?

| | | | | |
|------------|----------------|--|---------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Совсем нет | В основном нет | В какой-то мере да, в какой-то - нет | В основном да | Да, вполне |

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО УДОВЛЕТВОРЕННЫ, ДОВОЛЬНЫ ИЛИ СЧАСТЛИВЫ вы были в последние две недели различными аспектами своей жизни, например, своей семейной жизнью или той энергией, которой вы обладаете. Решите, в какой степени вы удовлетворены каждым из аспектов вашей жизни, и обведите кружком тот номер, который лучше всего подходит к тому, что вы чувствуете. Вопросы относятся к последним двум неделям.

G2 Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

G3 В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

G4 Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F2.3 Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F3.3 Насколько вы удовлетворены своим сном?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F5.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F5.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F6.3 Насколько вы удовлетворены собой?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F6.4 Насколько вы удовлетворены своими способностями?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F7.4 Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F10.3 Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять свои повседневные дела?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F13.3 Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F15.3 Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F14.3 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от членов семьи?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F14.4 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от друзей?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F13.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F16.4 Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищенности?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F17.3 Насколько вы удовлетворены условиями в своем доме (месте, где вы постоянно живете)?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F18.3 Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F19.3 Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F19.4 Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|

F20.3 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F20.4 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F21.4 Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F22.3 Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязненность, зашумленность, красота или привлекательность)?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F22.4 Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F23.3 Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F13.2 Чувствуете ли вы себя счастливым от общения с членами своей семьи?

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------|------------------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень несчастлив | в основном несчастлив | ни да, ни нет | в основном счастлив | вполне счастлив |

G1 Как вы оцениваете свое качество жизни?

| | | | | |
|--------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень плохое | в основном плохое | ни плохое, ни хорошее | в основном хорошее | вполне хорошее |

F15.1 Как вы оцениваете вашу сексуальную жизнь?

| | | | | |
|-------------|---------------------|------------------------|----------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень низко | в основном низко | ни низко, ни высоко | в основном высоко | Очень высоко |

F3.1 Как хорошо вы спите?

| | | | | |
|-------------|---------------------|------------------------|----------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень плохо | в основном плохо | ни плохо, ни хорошо | в основном хорошо | Очень хорошо |

F5.1 Как вы оцениваете свою память?

| | | | | |
|-------------|---------------------|------------------------|----------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень низко | в основном низко | ни низко, ни высоко | в основном высоко | Очень высоко |

F19.2 Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?

| | | | | |
|--------------|-------------------|-----------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень плохое | в основном плохое | ни плохое, ни хорошее | в основном хорошее | вполне хорошее |

Следующие вопросы определяют, КАК ЧАСТО вы испытываете определенные вещи, например, поддержку со стороны семьи или друзей, или негативные вещи, такие как чувство небезопасности. Если вы не испытывали их совсем в течение последних двух недель, выберите ответ «никогда». Если испытывали, решите, насколько часто это было, и выберите соответствующий номер. Так, например, если в течение последних двух недель вы все время испытывали боль, то выберите номер, соответствующий ответу «всегда», и обведите его. Все вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.1 Как часто вы испытываете боль?

| | | | | |
|---------|----------------|--------------------|----------------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | довольно редко | ни часто, ни редко | довольно часто | всегда |

F4.2 Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?

| | | | | |
|---------|----------------|--------------------|----------------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | довольно редко | ни часто, ни редко | довольно часто | всегда |

F8.1 Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние, тревога и депрессия?

| | | | | |
|---------|----------------|--------------------|----------------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| никогда | довольно редко | ни часто, ни редко | довольно часто | всегда |

Следующие ниже вопросы относятся к той РАБОТЕ, которую вы выполняете. Слово «работа» здесь означает любую важную деятельность, которой вы занимаетесь, иначе говоря, ваше основное занятие. Это включает добровольную работу, дневное обучение, заботу о доме, уход за детьми, оплачиваемую или неоплачиваемую работу. Таким образом, «работа» здесь означает ту деятельность, которая, по вашим ощущениям, отнимает большую часть вашего времени и энергии. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F12.1 Можете ли вы работать?

| | | | | |
|------------|--------------------|-----------|-----------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | в основном не могу | когда как | в основном могу | да, вполне |

F12.2 Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?

| | | | | |
|------------|-------------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | в основном недостаточно | когда как | в основном достаточно | вполне достаточно |

F12.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?

| | | | | |
|----------------------|----------------------------|---------------|-------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

F12.3 Как вы оцените свою способность работать?

| | | | | |
|--------------|-------------------|---------|--------------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень низкая | в основном низкая | средняя | в основном высокая | очень высокая |

Следующие несколько вопросов спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ СПОСОБНЫ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ (например, в пределах своей квартиры, или своего дома, или вокруг дома во дворе и т. п.) в последние две недели. Это относится к вашей физической способности перемещать свое тело так, что это позволяет вам делать то, что вы хотите делать, а также то, что вам необходимо делать.

F9.1 Как хорошо вы способны передвигаться?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно плохо | средне | относительно хорошо | предельно хорошо |

F9.3 Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F9.4 Насколько сильно трудности при передвижении влияют на характер вашей жизни?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F9.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?

| | | | | |
|----------------------|----------------------------|---------------|-------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| очень неудовлетворен | в основном не удовлетворен | ни да, ни нет | в основном удовлетворен | вполне удовлетворен |

Следующие вопросы связаны с ВАШИМИ ЛИЧНЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ и тем, как они влияют на вашу жизнь. Эти вопросы относятся к религии, духовности или любым другим убеждениям, которых вы можете придерживаться. Эти вопросы также относятся к последним двум неделям.

F24.1 Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F24.2 В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?

| | | | | |
|--------------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем не чувствую | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F24.3 Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

F24.4 Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?

| | | | | |
|------------|--------------------|--------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| совсем нет | относительно слабо | средне | относительно сильно | предельно сильно |

Следующие вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ВАЖНЫ для вас различные аспекты вашей жизни. Мы спрашиваем, что вы думаете о том, как сильно они влияют на качество вашей жизни. Например, один вопрос – о том, насколько важен для вас сон. Если сон не важен для вас, обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «не важно». Если сон «весьма важен» для вас, но не является «предельно важным», вам надо обвести номер, соответствующий утверждению «весьма важно». В отличие от предыдущих вопросов, эти вопросы относятся НЕ ТОЛЬКО к последним двум неделям.

ImpG.1 Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

ImpG.2 Насколько важно для вас ваше здоровье?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp1.1 Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp2.1 Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp3.1 Насколько важен для вас сон, приносящий отдых?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp4.1 Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp4.2 Насколько важно для вас ощущать удовольствие?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp4.3 Насколько важно для вас ощущать надежду?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp5.1 Насколько важна для вас способность усваивать и помнить важную информацию?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp5.2 Насколько важна для вас способность разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp5.3 Насколько для вас важна способность к концентрации внимания?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp6.1 Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp7.1 Насколько важно для вас представление о своем теле и внешности?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp8.1 Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство и т.п.)?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp9.1 Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp10.1 Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи и т.п.)

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp11.1 Насколько важно для вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp12.1 Насколько важна для вас ваша способность работать?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp13.1 Насколько для вас важны взаимоотношения с другими людьми?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp14.1 Насколько важна для вас поддержка окружающих?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp15.1 Насколько важна для вас ваша сексуальная жизнь?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp16.1 Насколько важно для вас чувство физической безопасности и защищенности?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp17.1 Насколько важны для вас домашние условия?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp18.1 Насколько важны для вас ваши финансовые ресурсы?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp19.1 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам медицинскую помощь?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp19.2 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам социальную помощь?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp20.1 Насколько важна для вас возможность получать новую информацию или знания?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp20.2 Насколько важна для вас возможность получать новые навыки?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp21.1 Насколько важен для вас отдых или досуг?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp22.1 Насколько важны для вас окружающая вас среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность)?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp23.1 Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Imp24.1 Насколько важны для вас ваши личные убеждения?

| | | | | |
|----------|------------|-------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| не важно | мало важно | важно | весьма важно | предельно важно |

Информация о Вас

POL * Пожалуйста, укажите ваш пол (обведите нужный номер справа)

- мужской – 1
- женский – 2

V0ZR1 * Когда Вы родились? ____ / ____ / ____
(ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД)

V0ZR2 * Вам на сегодня _____ полных лет

0BR2 * Уровень Вашего образования (обведите нужное):

- неоконченное среднее (менее 11 кл.)1
- среднее (10-11 кл.).....2
- среднее специальное (закончил техникум, колледж)3
- незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза).....4
- высшее.....5

SEMP1 * Ваше семейное положение в настоящее время (обведите нужное):

- Замужем/женат.....1
- Не замужем/не женат.....2
- состою в незарегистрированном браке3
- разъехался(лась) с супругом(ой).....4
- вдова/вдовец.....5

PROF Ваша профессия (основной род занятий) в настоящее время: __

DEN Учитывая все источники дохода, каков в среднем Ваш ежемесячный доход?
_____ руб.

CHILD Есть ли у Вас дети?

- нет1
 да, один ребенок2
 двое детей3
 трое детей или более4

G1.2 Ваше здоровье?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------|--------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| очень плохое | в основном хорошее | ни плохое, ни хорошее | в основном хорошее | очень хорошее |

ZD0R1 Больны ли Вы в настоящий момент? (обведите нужное)

нет-1

да-2

ZD0R2 Если ДА, то чем именно? (пожалуйста, напишите):

IN V1 Есть ли у Вас инвалидность? (обведите нужное)

нет-1

да-2

1NV2 Если ДА, то какой группы? (напишите) _____

Внимание, вопрос для всех

BOL3 Пожалуйста, укажите, какое лечение Вы получали в последние две недели:

- стационарное (в режиме круглосуточного стационара, с отпуском по выходным дням либо без отпуска)1
- лечение в режиме дневного стационара, то есть проводил в стационаре только дневное время (не менее 4 дней в неделю)2
- лечение с режимом частичной госпитализации, т.е. посещал стационар не более 3 дней в неделю)3
- я проводил в стационаре только вечер и ночь (не менее 4 раз в неделю)4
- я получал амбулаторное лечение (включая любое из следующего: посещение или телефонная консультация с врачом, прием прописанных врачом медикаментов, выполнение рекомендованных врачом процедур, таких как массаж, инъекции, физиотерапия и т. п.)5
- я чувствовал себя больным, но не получал никакого лечения6
- я здоров и не получал никакого лечения7
- я получал только альтернативное лечение (у специалистов по нетрадиционной медицине или у лиц, не имеющих обычного медицинского образования, таких как экстрасенсы, знахари и т. п.)8

БЛАГОДАРИМ ЗА ПОМОЩЬ!

ПРИЛОЖЕНИЕ П.

Уважаемые коллеги! Просим ответить на вопросы «да» или «нет»

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место)
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее)
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть одному, чтобы со мной никто не общался
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие)
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг
10. Моя работа притупляет эмоции
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе
12. Бывает, что я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения
14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения
15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь
17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимания партнеру меньше, чем положено
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами
27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной
28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т.п.
29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему

внимания

30. В общении на работе я придерживаюсь принципа «не делай людям добра, не получишь зла».
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты)
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.
34. Я очень переживаю за свою работу
35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности
36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.
38. Я часто радуюсь, что моя работа приносит пользу людям
39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние
41. Бывают дни, когда отношения с партнерами складываются хуже, чем обычно
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми
44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнером автоматически, без души
47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия
49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки
50. Успехи на работе вдохновляют меня
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной)
52. Я потерял покой из-за работы
53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнеров
54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу
55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции
56. Я часто работаю через силу
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание
61. Контингент партнеров, с которыми я работаю, очень трудный

62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив
64. Я в отчаянии от того, что на работе у меня серьезные проблемы
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день закончился
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций
71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко
74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств
75. Моя карьера сложилась удачно
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой
77. Некоторых из моих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями
80. Если предоставляется случай, то я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала – обозлила, сделала нервным, притупила эмоции
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ Р.

Гайд формализованного интервью, использованного
в социологическом исследовании «Самообразование в системе
непрерывного медицинского образования»

I. Знакомство, информирование респондента о целях интервью, конфиденциальности

Уважаемый коллега! Обращаемся к Вам, как эксперту, и просим Вас принять участие в интервью и ответить на ряд вопросов. Полученные результаты интервью будут использоваться в обобщенном виде, анонимность гарантируется.

II. Вводные вопросы

1. Читаете ли Вы медицинские журналы, посвященные вопросам Вашей профессиональной деятельности?

- да
 нет

2. Какие медицинские журналы, посвященные вопросам Вашей профессиональной деятельности, Вы читаете?

- не читаю

3. Какие медицинские журналы, посвященные вопросам Вашей профессиональной деятельности, Вы выписываете?

- я не выписываю профессиональных журналов

4. Как часто Вы посещаете научную библиотеку медицинского университета?

- регулярно один раз в месяц и чаще
 до нескольких раз в год
 эпизодически
 не посещаю

5. времени Вы затрачиваете на чтение специальной литературы?

- до нескольких часов в день
 до нескольких часов в неделю
 до нескольких часов в месяц
 реже
 затрудняюсь ответить

6. Откуда, в основном, Вы черпаете информацию, необходимую Вам в Вашей повседневной профессиональной деятельности?

- из периодических медицинских изданий
 из монографий

из нормативных актов (законов, постановлений, приказов, рекомендаций, стандартов)

- из неформального общения с коллегами
- на курсах повышения квалификации
- на семинарах и конференциях, проводимых ведущими научными центрами
- из сети Интернет
- другое (напишите)
- затрудняюсь ответить

7. Расставьте перечисленные источники информации по степени значимости для Вашей профессиональной деятельности (путем присвоения им соответствующих порядковых номеров)

периодические медицинские издания

из нормативных актов (законов, постановлений, приказов, рекомендаций, стандартов)

- неформальное общение с коллегами
- на курсах повышения квалификации
- семинары, конференции, проводимые в Вашем городе
- семинары и конференции, проводимые ведущими научными центрами
- сеть Интернет

8. Последние курсы повышения квалификации Вы проходили на базе

- СГМУ
- иногороднего научного медицинского центра, ВУЗа

9. Последние курсы повышения квалификации Вы проходили

- очно
- очно- заочно
- дистанционно
- заочно

10. Какая форма обучения с Вашей точки зрения наиболее эффективна?

- очная
- очно- заочная
- дистанционная
- заочная
- иная (напишите)
- затрудняюсь ответить

11. С какой периодичностью необходимо повышение квалификации?

- 1 раз в 5 лет
- ежегодно
- постоянно
- затрудняюсь ответить

12. Как правило, Вы читаете публикации

- исключительно касающиеся Вашей профессиональной специализации
- клинические публикации на широкий круг тем в рамках Вашего профессионального профиля
- общего медицинского профиля
- рассматривающие медико- этические и медико-философские проблемы

затрудняюсь ответить

13. При даче рекомендаций пациентам по выбору препаратов для лечения Вы чаще всего ориентируетесь?

(несколько вариантов ответа)

- на новейшие данные из медицинской печати
- на информацию из научных монографий
- на сведения, полученные Вами на курсах повышения квалификации
- на сведения, полученные Вами на конференциях и семинарах
- на сведения, почерпнутые Вами из сети Интернет
- на сведения, полученные Вами из общения с медицинскими представителями
- на опыт коллег
- на свой клинический опыт
- затрудняюсь ответить

14. С какой целью Вы предполагают участие в системе НМО?

(несколько вариантов ответа)

- получения сертификатов
- повышения профессиональной компетентности
- необходимости изменений в профессиональной карьере
- желания помочь пациентам
- возможности профессионального общения
- обучение под руководством экспертов
- требование администрации

15. Каковы перспективы использования современных технологий и практик, полученных при прохождении циклов повышения квалификации, в профессиональной деятельности?

- да, есть перспективы использования современных технологий в практике,
- нет перспектив
- затрудняюсь ответить.

16. Каковы факторы, определяющие отсутствие перспектив использования современных технологий и практик, полученных при прохождении циклов повышения квалификации, в профессиональной деятельности?

- отсутствие поддержки администрации
- отсутствие современного оборудования в медицинской организации
- стандарты ОМС
- финансовые ограничения пациента при выполнении рекомендаций врача

17. Укажите актуальные проблемы профессионализации и современного постдипломного образования врачей

III. Подведение итогов:

– перевод и активация обсуждения в ракурсе: что устраивает? что не устраивает? что сделать, чтобы было лучше?

– завершение обсуждения модератором, снижение эмоциональной окраски интервью; благодарность респонденту, прощание.

ПРИЛОЖЕНИЕ С.

Уважаемый коллега!

Мы просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы нашей анкеты.

Специальная часть

1. Насколько получаемая Вами зарплата соответствует уровню жизни в настоящее время

- зарплата не хватает на питание
- зарплата хватает только на питание и самые необходимые вещи
- на зарплату редко, но возможно купить позволить купить дорогие вещи (например, из бытовой техники)
- зарплата хватает на всё, кроме дорогих покупок, как квартира, машина и др.
- затрудняюсь ответить

2. Уровень дохода на каждого члена семьи _____/тыс.руб.

3. Перед Вами лестница из 7 ступеней. На какую ступень по уровню врачебного профессионализма Вы себя ставите

| | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Начинающие врачи | | | | | | Врачи высокого профессионализма |

4. По Вашему мнению, сколько сегодня должен получать врач Вашей квалификации

_____ руб.

5. Зарплата по основному месту работы не всегда удовлетворяет Вас и приходится искать дополнительные заработки

- да
- нет
- отказ от ответа

6. В чем состояли дополнительные заработки в последние месяцы

- дополнительная ставка врача в своей МО
- работа в качестве врача в частной МО
- частная лицензированная практика
- частная нелицензированная практика
- распространение лекарств различных фармацевтических компаний
- другое

7. С каким чувством Вы ходите на работу

- с радостью
- ни радости, ни огорчения
- когда как
- без удовольствия
- затрудняюсь ответить

8. Если бы у Вас была возможность вновь выбрать профессию, кем бы Вы стали (один ответ)

- врачом, по той же специальности
 врачом, но с другой специализацией
 стал бы.....
 затрудняюсь ответить

9. Перед Вами таблица, позволяющая оценить, насколько Вы удовлетворены различными аспектами жизни

| | 1 (минимальная оценка) | 2 | 3 | 4 | 5 (максимальная оценка) |
|--|----------------------------------|---|---|---|-------------------------------|
| Довольны ли Вы своим финансовым положением | | | | | |
| Довольны ли Вы своим здоровьем | | | | | |
| Довольны ли Вы своими жилищными условиями | | | | | |
| Довольны ли Вы своим семейным положением | | | | | |
| Довольны ли Вы своей работой | | | | | |
| Довольны ли Вы своей жизнью в целом | | | | | |

Благодарим Вас!