

*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

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный консультант**

доктор медицинских наук, профессор

**Кром Ирина Львовна**

**Официальные оппоненты:**

**Доника Алена Димитриевна** – доктор социологических наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра медицины катастроф, профессор кафедры

**Романов Сергей Владимирович** – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства России, директор

**Суслин Сергей Александрович** - доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, заведующий кафедрой

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «20» сентября 2022 г. в «14.00» часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.13 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, строение 1, Научно-исследовательский центр.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.13

доктор медицинских наук,  
профессор



**Манерова Ольга Александровна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы исследования**

Здоровье населения формируется «на основе показателей ... социальных и профессиональных групп, проживающих на определенных территориях, в различных регионах» (Решетников А.В., 2007). Проблемными для большинства регионов Российской Федерации являются сельские территории, составляющие большую часть территории Российской Федерации. Развитие сельских территорий в России «происходит крайне неравномерно, демонстрируя негативные тенденции», диспропорции в качестве жизни городских и сельских территорий (Ирхина Л.Н., 2020; Гатауллин Р.Ф., 2020).

Облигатным фактором развития сельских территорий является здоровье 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 от городского, 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. 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 удаленностью, 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; Лушникова О.Л., 2020; Шикина И.Б., 2020; Виленский И.Л., 2021). Обеспечение конкурентоспособности сельских территорий и модернизация

сельского здравоохранения реализуется 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, 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, общественному здоровью и качеству жизни 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 мультикаузальная 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, межрегиональные и внутрирегиональные экономические и социальные диспропорции. 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; Лушникова 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.; Варганова 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.B., 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 C., 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., 2020; Погосовой Н.В., 2021; Шевченко Ю.Л., Ионовой Т.И., 2021; Maslach С., Leiter М.Р., 2016; Lemaire J.B., 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 исследования** – осуществление комплексного медико-социологического анализа сельского здравоохранения региона в современных социально-экономических условиях и разработка направлений его совершенствования.

В соответствии с поставленной целью предполагается решить следующие **задачи**:

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 факторов 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 детерминируется 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 ограничено 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.

#### **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.

#### **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.

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.

### 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,

– 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**

Достоверность результатов диссертационного исследования определяется избранной методологией исследования, адекватностью методов цели и задачам исследования, репрезентативностью выборочных совокупностей при проведении исследования, использованием современных статистических методов обработки данных.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на заседаниях Министерства здравоохранения Саратовской области (2019–2021 гг.), заседаниях 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.

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертации соответствуют пунктам 1, 2, 4, 6, 10 паспорта научной специальности 14.02.05 – Социология медицины.

#### **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.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы цель, задачи, объект и предмет исследования, определены гипотеза, научная новизна и основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе **«МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ»** автор

обращается к проблеме социальных и организационных рисков состояния здоровья сельского населения – облигатного фактора развития сельских территорий. В параграфе 1.1. **«Медико-демографические характеристики сельского населения и удовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи»** отмечается многофакторность здоровья сельского населения (Лебедева-Несевря Н.А., 2014; Бойцов С.А., Самородская И.В., 2017; Калининская А.А., 2019; Линденбратен А.Л., 2020, Елисеев Ю.Ю., 2020). Рассматриваются взаимосвязи здоровья с базовыми социальными параметрами: бедностью, характеристиками инфраструктуры, жилищными условиями, доступностью медицинской помощи, условия профессиональной деятельности на сельских территориях и индивидуальными факторами здоровья (Кузьмич Н.П., 2019; Земнюк Ю.М., 2020; Калинина И.В., 2020; Проваленова Н.В. 2020). Автор отмечает, что сельское население испытывает социальную эксклюзию по ряду витальных параметров (доходы, доступность медицинской помощи и образования, комфортные бытовые условия). Отмечается, что важная роль в социальном конструировании общественного здоровья принадлежит ухудшению экологических условий жизни значительной доли сельского населения. Приводятся данные исследований неблагоприятных экологических характеристик сельских территорий Саратовской области.

Автор останавливается на российских и зарубежных исследованиях (Панова Л.В., 2019; Полухина М.Г., 2019; Балашова Н.Н., 2020; Zhang D., Son H., 2020; Lee H., Hirai A.H., 2020; Ikeda Y., Fujiwara H., 2021), фиксирующих различия в доступности различных видов медицинской помощи сельскому и городскому населению. Ограничения доступности медицинской помощи на сельских территориях России рассматриваются в связи с недофинансированием системы здравоохранения, тенденциями к «оптимизации» сельских медицинских организаций, особенностями расселения на территории, транспортной доступностью, особенностями организации медицинской помощи, недостаточным ресурсным обеспечением организаций здравоохранения на сельских территориях.

Автор отмечает, что в ситуации пандемии Covid-19 ограничение медицинской помощи связано с уровнем доходов населения и недостатком специалистов, особенно в сельских или отдаленных районах.

В параграфе 1.2. **«Основные проблемы и векторы оптимизации медицинской помощи сельским жителям в современной России»** реализация перспектив

модернизации российского здравоохранения рассматривается автором в контексте формирования инновационной цифровой системы здравоохранения. Современное здравоохранение в настоящее время испытывает масштабную инклюзию цифровых технологий. Отмечается, что формирующаяся доступность здравоохранения при использовании цифровых технологий обеспечивает огромные социальные преимущества в региональных условиях (Блинова Т.В., 2019; Русановский Г.А., 2019; Березкина И.А., 2020; Alam K., Mahumud R., 2019; Soobiah C., Desveaux L., 2020; Stephanie L., Sharma R.S., 2020). Однако процесс цифровизации происходит в России «объективно медленно».

Автор рассматривает многоуровневое распределение институциональных рисков цифровизации сельского здравоохранения в регионе, отмечая, что они возникают в ситуациях неэффективности функционирования институциональных механизмов и нестабильности институциональной среды.

Во 2 главе «**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**» представлены этапы, программа, характеристика баз 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».

**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.

Диссертационное исследование включало 5 этапов.

Программно-методическое обеспечение исследования представлено в таблице 1.

Исследование выполнялось в Саратовской области, типичном регионе Российской Федерации, входящем в состав Приволжского Федерального округа. Для решения поставленных задач разработанные и проведенные автором в течение 2017–2021 гг. на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России, в медицинских организациях районов Саратовской области эмпирические исследования включают анализ статистических данных по Российской Федерации и Саратовской области, нормативных документов федерального и регионального уровня.

Аналитический обзор литературы, нормативно-правовых документов проводился с использованием современных компьютерных технологий. Анализ результатов проведенных в диссертационной работе эмпирических исследований проводился с использованием Программ SPSS (PASW) Statistic 16 и Microsoft Excel 7,0.

Таблица 1 – 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
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

Продолжение Таблицы 1

Задачи исследования	Эмпирические исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения (объекты) и объем исследования	Источники информации	Методы обработки полученных данных
	«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 1

Задачи исследования	Эмпирические исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения (объекты) и объем исследования	Источники информации	Методы обработки полученных данных
	«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 1

Задачи исследования	Эмпирические исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения (объекты) и объем исследования	Источники информации	Методы обработки полученных данных
	«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 1

Задачи исследования	Эмпирические исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения (объекты) и объем исследования	Источники информации	Методы обработки полученных данных
	«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 сельского здравоохранения в регионе.		Аналитический		Результаты собственных исследований Электронная справочная правовая информационная система «Консультант». Данные официальной статистики демографии и здравоохранения по Саратовской области и Российской Федерации	

В 3 главе «**МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2011–2021 гг.**» автором осуществлен ретроспективный компаративный анализ демографических характеристик здоровья сельского населения РФ и Саратовской области как типичного представителя российских регионов.

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, 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.

В параграфе 4.1. **«Удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в медицинских организациях сельской местности»** 4 главы **«СЕЛЬСКИЙ ЖИТЕЛЬ КАК ПОТРЕБИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ ТЕРРИТОРИИ»** 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.

В параграфе 4.2. **«Медико-социологическая оценка потребителями медицинских услуг доступности медицинской помощи в сельском здравоохранении»** 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 обуславливают и особенности самосохранительного поведения представителей данной группы, специфику которого 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.

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.

С целью изучения мнения сельских жителей о приоритетных направлениях повышения эффективности сельского здравоохранения нами проведено социологическое исследование «Приоритетные направления улучшения деятельности сельского здравоохранения 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).

**В параграфе 5.1. «Формирование рынка медицинских услуг и особенности организации медицинской помощи сельским жителям (за период**

2011–2021 гг.)» 5 главы «**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**» при обсуждении 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. 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.

В параграфе 5.2. **«Нормативно-правовое обеспечение оказания медицинской помощи сельскому населению и направление развития сельского здравоохранения»** автор проводит анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих организацию сельского здравоохранения, который показал, что в настоящее время в России действует комплекс современных документов, регламентирующих организацию, координацию и контроль оказания медицинской помощи сельскому населению.

В параграфе 5.3. **«Состояние ресурсного обеспечения (финансовый, материальный и кадровый потенциал) и возможности информатизации, цифровизации сельского здравоохранения в современных условиях»** с целью изучения ресурсного обеспечения сельского здравоохранения 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.

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.

В параграфе 6.1. «Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения и основные тенденции оптимизации его уровня» 6 главы «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СТАТУС И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СЕЛЬСКОГО ВРАЧА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ» автор обращается к современным исследованиям качества жизни, релевантного здоровью. При проведении компаративного анализа качества жизни респондентов из сельского здравоохранения 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 автором не установлено достоверных гендерных и возрастных различий качества жизни респондентов. Предположение о влиянии на качество жизни степени финансовых деприваций в исследовании не подтвердилось.

При компаративном анализе автором 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 1).

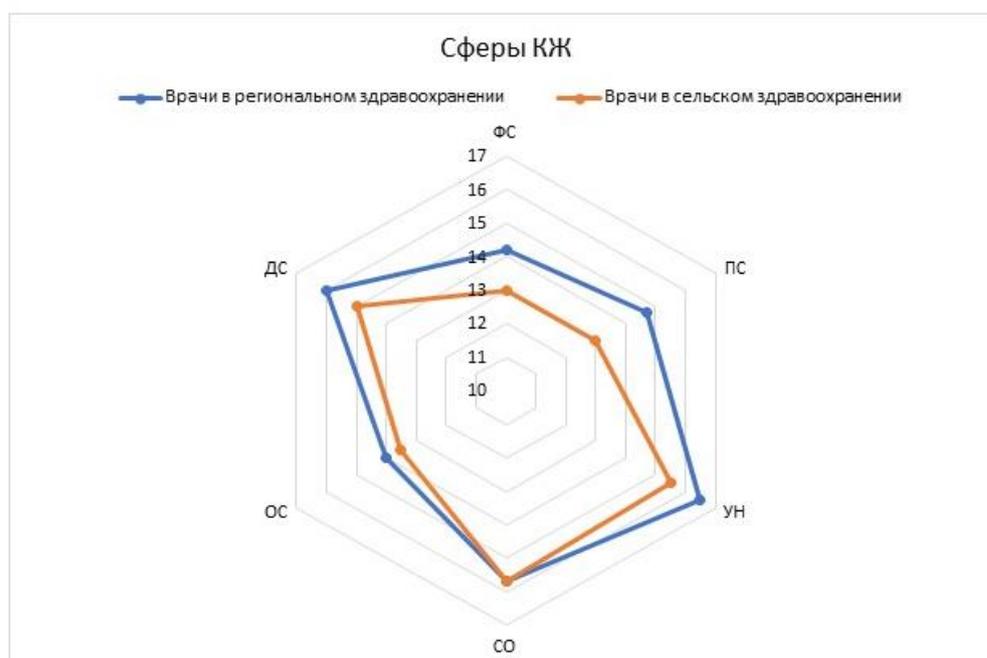


Рисунок 1 – Показатели качества жизни врачей региона и сельского здравоохранения

В параграфе 6.2. «Современные факторы (экономические, профессиональные, психологические и этические), влияющие на статусную позицию и престиж профессии сельского врача» автор отмечает, что контент и особенности профессиональной деятельности врачей формируют профессиональный стресс, проявляющийся в форме эмоционального выгорания. В исследовании «Оценка влияния эмоционального выгорания на качество жизни врачей» установлено, что у большинства (52,9%) респондентов определяется эмоциональное выгорание в фазе «истощение». Лишь 20,2% респондентов не имеют эмоционального выгорания (рисунок 2).

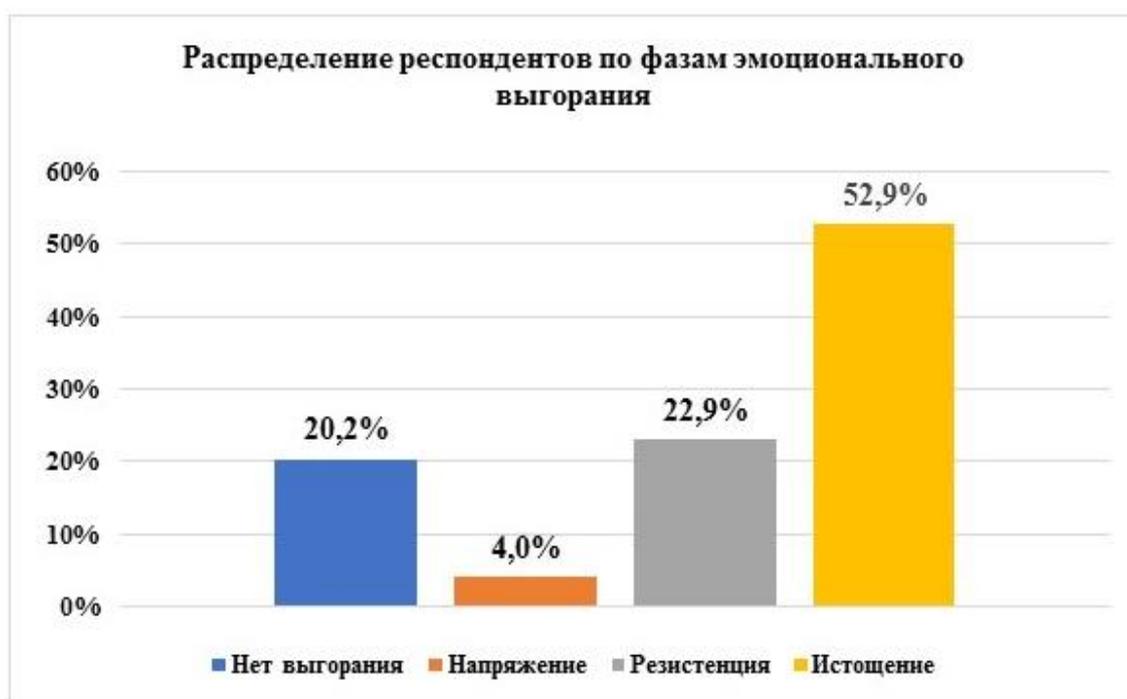


Рисунок 2 – Распределение респондентов по фазам эмоционального выгорания (%)

При проведении компаративного анализа автором выявлены статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ) средних показателей качества жизни респондентов с различными фазами эмоционального выгорания. Представлены доказательства влияния расположения медицинской организации на сельской территории на распределение респондентов по фазам выгорания (рисунок 3).

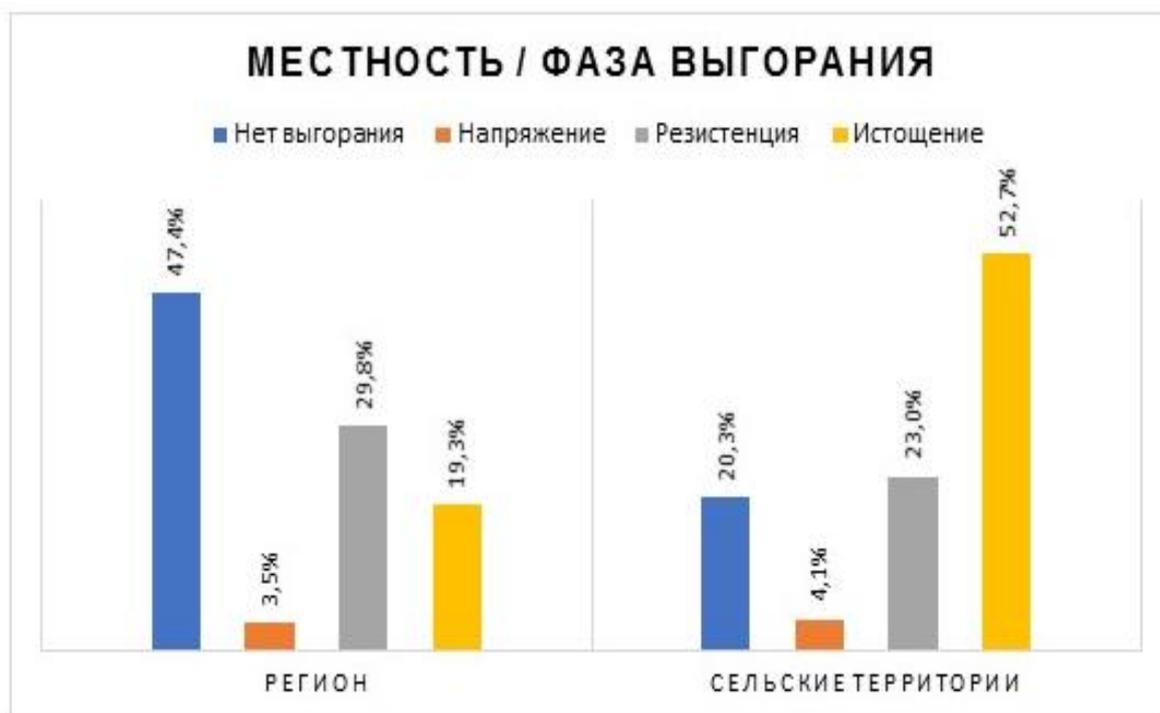


Рисунок 3 – Сопряжённость «Регион–сельские территории / Фаза выгорания?»

Автором осуществлена социологическая интерпретация качества жизни как критерия социального комфорта «жизненного мира».

Тенденции самообразования в профессиональном образовании врачей сельского здравоохранения региона рассмотрены в социологическом исследовании (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).

В параграфе 6.3. **«Социальные детерминанты уровня удовлетворенности врачей сельского здравоохранения своей профессиональной деятельностью и направления его совершенствования»** с целью оценки удовлетворенности сельских врачей профессиональной деятельностью автор проводит компаративное социологическое исследование «Оценка удовлетворенности врачей медицинских организаций профессиональной деятельностью», в котором установлено, что большинство респондентов живут с финансовыми депривациями. Приходится искать дополнительные заработки 68,2% респондентам. По мнению сельских врачей, уровень их материального положения не соответствует профессиональной квалификации. 49,5% респондентов считают, что профессиональная деятельность может обеспечить лишь «более-менее», и не способна обеспечить 39,2% респондентов. 5,2% респондентов хотели бы уволиться с работы, у 69,4% респондентов иногда возникает это желание.

Однако, демонстрируя при компаративном анализе более низкую удовлетворенность финансовым положением, здоровьем, жилищными условиями, семейным положением, работой (рисунок 4) и жизнью в целом (рисунок 5), чем врачи в региональном здравоохранении, при возможности вновь выбрать профессию 65,5% респондентов вновь выбрали бы профессию врача.



Рисунок 4 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своей работой?» (%)

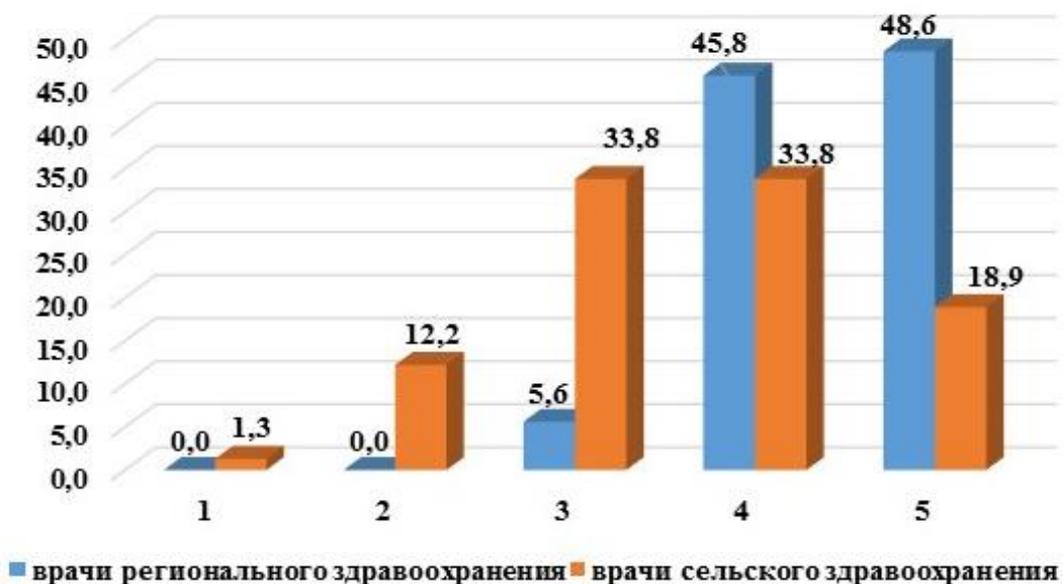


Рисунок 5 – Распределение ответов респондентов в региональном и сельском здравоохранении на вопрос «Довольны ли Вы своей жизнью в целом?» (%)

Установленная автором в ходе исследования независимость удовлетворенности профессиональной деятельности от условий профессиональной деятельности врачей рассматривается Ф. Герцбергом. Кроме того, этот феномен объясняется академиком РАН А.В. Решетниковым как 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 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 –  $48 \pm 2$  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 ОСНОВНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Кром И.Л., Еругина М.В., Ковалев Е.П., **Еремина М.Г.**, Власова М.В., Долгова Е.М., Бочкарёва Г.Н. Маргинализация профессиональных групп института здравоохранения: социетальный подход // **Саратовский научно-медицинский журнал**. 2017. – Т. 13. – № 4. – С. 854-856. [ВАК].

2. **Еремина М.Г.**, Бочкарёва Г.Н., Мокшина Е.А. Проблемы доступности и качества медицинской помощи сельскому населению. Сб. Международной научно-практической конференции «Проблемы и приоритеты развития науки в XXI веке». Смоленск, 2017. – С. 63-65.

3. Шигаев Н.Н., **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Мокшина Е.А. Бедность как социальный риск здоровья сельского населения. Сб. Всероссийской научно-практической конференций «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций». Саратов, 2018. – С. 242-245.

4. Бочкарёва Г.Н., **Еремина М.Г.** К вопросу об индикаторах качества медицинской помощи. Сб. Всероссийской научно-практической конференции «Социальная роль врача в Российском обществе». Н. Новгород, 2018. – С. 33-37.
5. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Кром И.Л., Еругина М.В., Власова М.В. Современные трансформации института здравоохранения от медицинской помощи к медицинской услуге. Сб. Всероссийской научно-практической конференций «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций». Саратов, 2018. – С. 102-105.
6. Кром И.Л., Еругина М.В., **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Бочкарёва Г.Н. Влияние финансовых деприваций на качество жизни врачей в российской провинции. Сб. Всероссийской научно-практической конференций «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций». Саратов, 2018. – С. 132-134.
7. Кром И.Л., Еругина М.В., Ковалев Е.П., **Еремина М.Г.**, Бочкарёва Г.Н. Качество жизни врачей в контексте финансовых деприваций // **Социология медицины.** 2018. – 17 (2). – С. 80-82. [ВАК].
8. Кром И.Л., Еругина М.В., Ковалев Е.П., **Еремина М.Г.**, Водолагин А.В., Бочкарёва Г.Н. Влияние социально детерминированных трансформаций здравоохранения на базовые характеристики профессиональной группы врачей // Главврач. 2019. – № 7. – С. 24-28.
9. Кром И.Л., Еругина М.В., **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Власова М.В. Современные трансформации пространства медицины от медицинской помощи к медицинской услуге // **Биоэтика.** 2019. – № 1 (23). – С. 27-29. [ВАК].
10. Григорьева Е.А., **Еремина М.Г.**, Долгова Е.М. Некоторые результаты социологического анализа отзывчивости системы здравоохранения // Главврач. 2019. – № 11. – С. 22-26.
11. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Долгова Е.М., Бочкарёва Г.Н. Роль финансовых деприваций в субъективной оценке качества жизни врачей // Главврач. – 2019. – № 11. – С. 27-31
12. Еругина М.В., Кром И.Л., Бочкарёва Г.Н., **Еремина М.Г.**, Долгова Е.М. Качество медицинской помощи – современные аспекты // Главврач. 2019. – № 8. – С. 40-44.

13. Григорьева Е.А., **Еремина М.Г.**, Долгова Е.М. Некоторые результаты анализа отзывчивости системы здравоохранения для врачей-терапевтов в ситуации хронического заболевания. Сб. VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе». Пермь, 2019. – С. 355–359.
14. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П. К вопросу о методологии исследования кадрового кризиса в здравоохранении. Сб. VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе». Пермь, 2019. – С. 367–371.
15. **Еремина М.Г.**, Долгова Е.М., Григорьева Е.А. Обоснование социализации лиц в ситуации болезни в контексте пространственного подхода. Сб. III Всероссийской научно-практической конференции «Психология и социальная работа в современном здравоохранении». Волгоград, 2019. – С. 75-77.
16. Еругина М.В., Кром И.Л., **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Бочкарёва Г.Н., Долгова Е.М., Григорьева Е.А. Анализ направлений преодоления кризиса регионального здравоохранения (по результатам фокус-группового исследования) // **Саратовский научно-медицинский журнал**. 2020. – Т. 16. – № 4. – С. 963-967. [ВАК].
17. Кром И.Л., Еругина М.В., **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Долгова Е.М., Бочкарёва Г.Н., Григорьева Е.А. Риски здоровью профессиональной группы врачей в современных системах здравоохранения (обзор) // **Анализ риска здоровью**. 2020. – № 2. – С. 185-192. [Scopus].
18. 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**, Г.Н. Бочкарёва, Е.А. Григорьева; Саратов. гос. мед. ун-т. Саратов: Изд-во «Наука», 2020. – 85 с.
19. Григорьева Е.А., **Еремина М.Г.**, Бочкарева Г.Н. Удовлетворенность медицинской помощью пациентов с хроническими заболеваниями // **Главврач**. – 2020. – № 8. – С. 34-38.

20. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Кром В.Л. Социальный портрет профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении // Главврач. 2020. – № 12. – С. 70-74.
21. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П. Оценка удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью // **Социология медицины.** 2020. – № 2. – С. 112-114. [ВАК].
22. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Кром И.Л., Еругина М.В., Липчанская Т.П. Потенциал кадрового развития региональной системы здравоохранения в представлениях организаторов здравоохранения (по результатам экспертного фокус-группового исследования) // **Социология медицины.** 2021. – № 1. – С. 13-20. [ВАК].
23. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Кром И.Л., Еругина М.В., Липчанская Т.П. Врачебный кадровый потенциал региональной системы здравоохранения: риски и возможности развития // **Социология медицины.** 2021. – № 2. – С. 21-26. [ВАК].
24. Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б., **Еремина М.Г.**, Балакина Д.Д., Водолагин А.В. Верификация системных факторов организации онкологической помощи в Саратовской области // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2021. – Т. 29. – № 2. – С. 316-321. [Scopus].
25. **Еремина М.Г.**, Шигаев Н.Н., Кром И.Л., Еругина М.В., Власова М.В. Социальные риски здоровья детского населения в России: региональный контекст (обзор) // **Саратовский научно-медицинский журнал.** – 2021. – Т. 17. – № 1. – С. 67-70. [ВАК].
26. **Еремина М.Г.**, Еругина М.В., Кром И.Л., Сазанова Г.Ю., Долгова Е.М., Бочкарева Г.Н. Основные направления совершенствования сельского здравоохранения в современных условиях: **монография.** Саратов, 2021. – 129 с.
27. **Еремина М.Г.** Социальный портрет врачей сельских медицинских организаций в российской провинции. Сб. II международной научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций». Саратов, 2021. – С. 112-114.

28. Григорьева Е.А., **Еремина М.Г.** Некоторые аспекты доступности медицинской помощи в регионе (по результатам социологического исследования). Сб. II международной научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций». Саратов, 2021. – С. 70-73.

29. Ковалев Е.П., **Еремина М.Г.** Оценка удовлетворенности врачей региона профессионально деятельностью. Сб. II международной научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций». Саратов, 2021. – С. 131-133.

30. **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П. Некоторые аспекты депопуляции сельского населения в современной России. Сб. VIII Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе». Пермь, 2021. – С. 176-180.

31. **Еремина М.Г.** Риски цифровизации здравоохранения, релевантные врачам медицинских организаций районов Саратовской области (по результатам социологического исследования) // **Саратовский научно-медицинский журнал.** – 2021. – Т. 17. – № 3. – С. 481-485. [ВАК].

32. Барашков Г.М., **Еремина М.Г.**, Субботина В.Г. Телемедицина в решении проблемы ограничения доступности медицинской помощи на отдаленных территориях: правовые барьеры внедрения и функционирования (обзор) // **Саратовский научно-медицинский журнал.** 2021. – Т. 17. – № 4. – С. 755-760. [ВАК].

33. Кром И.Л., Еругина М.В., Ковалев Е.П., **Еремина М.Г.** Кадровый кризис региональной системы здравоохранения: социальные предикторы и направления совершенствования врачебного потенциала: **монография.** Саратов: Изд-во «Наука», 2021. – 145 с.

34. **Еремина М.Г.**, Кром И.Л., Еругина М.В. Медико-социологическая концептуализация сельского здравоохранения региона: **монография.** Саратов: Изд-во «Наука», 2022. – 361 с.

35. **Еремина М.Г.** Характеристика сельского здравоохранения в современной России // **Известия Саратовского университета. Новая серия. Социология. Политология.** 2022. – Т. 22, вып. 1. – С. 98–100. [ВАК].

36. **Еремина М.Г.**, Григорьева Е.А., Кром И.Л., Еругина М.В. Удовлетворенность врачей (в социальной роли пациентов) медицинской помощью в сельском здравоохранении региона // **Саратовский научно-медицинский журнал**. 2022. – Т. 18. – № 1. – С. 63-67. [ВАК].

37. Кром И.Л., Еругина М.В., **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Бочкарёва Г.Н., Григорьева Е.А., Долгова Е.М., Власова М.В. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины**. 2022. – Т. 30, № 1. – С. 148-152. [Scopus].

38. Тимофеев Д.А., Цвигайло М.А., **Еремина М.Г.**, Ковалев Е.П., Бочкарёва Г.Н., Григорьева Е.А., Шигаев Н.Н. Мотивация труда профессиональных групп медицинской организации // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины**. 2022. Т. 30, № 1. – С. 153-159. [Scopus].