

«СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СЕЛА»

УДК 338.431.2

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

А.В. Колесников, доктор экономических наук, профессор РАН,
Белгородский государственный технический университет им. В.Г. Шухова

Аннотация. В статье изложены проблемные аспекты развития здравоохранения в РФ в целом и в сельской местности в частности. Оценена вероятность увеличения продолжительности жизни в соответствии с нормативно-правовыми актами Правительства РФ. Дана сравнительная оценка государственного финансирования системы здравоохранения в зарубежных странах. Оценены «узкие» места реформирования современной системы здравоохранения РФ.

Ключевые слова: расходы на здравоохранение, продолжительность жизни, заболеваемость инфекционными заболеваниями.

HEALTH CARE IN RURAL AREAS

A.V. Kolesnikov, Doctor of Economic Sciences, Professor
Belgorod state technical University named after V. G. Shukhov

Annotation. The article presents the problematic aspects of health care development in the Russian Federation in General and in rural areas in particular. The probability of increasing life expectancy in accordance with the regulatory legal acts Of the government of the Russian Federation is estimated. A comparative assessment of the state financing of the health care system in foreign countries is given. The "bottlenecks" of reforming the modern health care system of the Russian Federation are estimated.

Key words: health care costs, life expectancy, incidence of infectious diseases.

Качество жизни и долголетие человека напрямую зависит от условий проживания, состояния его здоровья, а также от уровня заботы и лечения в случае заболевания.

Важным аспектом социальной политики на селе по-прежнему является возможность получения качественной медицинской помощи. Именно качественная медицинская помощь, а также профилактические мероприятия способствуют увеличению продолжительности жизни. На селе данному направлению должно быть уделено более значимое внимание, так как имеются вредные производства, соответственно и уровень профилактики отдельных видов заболеваний, в том числе и онкологических должен быть выше.

Информационной базой исследования являются изданные труды научно-исследовательских учреждений РАН, высших учебных заведений, статистические материалы на федеральном и региональном уровнях. В работе использовались абстрактно-логический, монографический, системный, сравнительный, экономико-математический, экономико-статистический и другие методы экономических исследований.

Отдаленность от районных и областных центров, порой лишает сельских жителей возможности получения элементарных врачебных услуг, а ведь организации в которых работают сельские жители платят страховые платежи в соответствующие фонды. Безусловно и то, что на селе как правило нет узких специалистов и приходится тратить дополнительное время и средства на то чтобы добраться до узкого специалиста в город, отстоять там в очереди и возможно получить ответ на свою жалобу. Все вышеизложенное требует во – первых серьезных организационных подходов к организации здравоохранения в целом по стране, и особенно в сельской местности, где доступность к услугам системы здравоохранения ограничена небольшим количеством узких специалистов. К тому же современная реформа в здравоохранении предполагает сделать из сельских врачей не специалистов оказывающих услуги, а по сути диспетчеров, направляющих своих пациентов в городские учреждения здравоохранения. Получается, что даже не часто болеющий работник не нужен сельскому работодателю, так как тратится значительное количество времени на проведение обследования, установление диагноза и лечение. А это все потерянная прибыль сельскохозяйственной организации. В этой связи, те подходы к организации системы здравоохранения на селе, которые имеются, - неэффективны. Следующий аспект-финансирование здравоохранения. Чем лучше финансируется здравоохранение, тем дольше продолжительность жизни.

Россия по средней продолжительности жизни занимает в рейтинге ВОЗ 110 место. Средняя продолжительность жизни в России составляет 70,5 года. К сожалению, по продолжительности жизни Россия

уступает даже таким странам как Беларусь, Республика Молдова, Украина, Азербайджан, Киргизия, Египет, Алжир, Мексика, и это, не говоря о развитых странах мира, таких как США, Япония, Китай, таблица 1.

Таблица 1 - Государственные расходы на здравоохранение и продолжительность жизни в разных странах мира (в процентах к ВВП)

	Год	Расходы на здравоохранение	Средняя продолжительность жизни по данным ВОЗ, лет		Год	Расходы на здравоохранение	
Россия	2016	3,6	70,5	Армения	2016	1,7	74,8
Европа				Индия	2014	1,4	68,3
Австрия	2014	8,7	81,5	Казахстан	2016	2,2	70,2
Беларусь	2016	4,2	72,3	Киргизия	2016	2,9	71,1
Бельгия	2014	8,3	81,1	Китай	2014	3,1	83,7
Болгария	2014	4,6	74,5	Республика Корея	2014	4,0	82,3
Венгрия	2014	4,9	75,8	Таджикистан	2016	2,1	69,7
Германия	2014	8,7	83,1	Турция	2014	4,2	75,8
Дания	2014	9,2	80,6	Япония	2014	8,6	83,7
Италия	2014	7,0	82,7	Африка			
Латвия	2014	3,7	74,6	Алжир	2014	5,2	75,6
Нидерланды	2014	9,5	81,9	Египет	2014	2,2	70,9
Норвегия	2014	8,3	81,8	Южно-Африканская Республика	2014	4,2	62,9
Польша	2014	4,5	77,5	Америка			
Республика Молдова	2016	6,3	72,1	Аргентина	2014	2,7	76,3
Соединенное Королевство (Великобритания)	2014	7,6	81,2	Бразилия	2014	3,8	75,0
Украина	2016	3,2	71,3	Канада	2014	7,4	82,2
Финляндия	2014	7,3	81,1	Мексика	2014	3,3	76,7
Франция	2014	9,0	82,4	США	2014	8,3	79,3
Швеция	2014	10,0	82,4	Австралия и Океания			
Эстония	2014	5,0	77,6	Австралия	2014	6,3	82,8
Азия				Новая Зеландия	2014	9,1	81,6
Азербайджан	2016	1,2	72,7				

Уровень финансирования здравоохранения на более чем на 50% влияет на увеличение продолжительности жизни. Соответствующие расчеты приведены ниже.

На основании поля корреляции можно выдвинуть гипотезу (для генеральной совокупности) о том, что связь между всеми возможными значениями X (долей расходов на здравоохранение в ВВП) и Y (средней продолжительностью жизни) носит линейный характер. Линейное уравнение регрессии имеет вид

$$y = bx + a \quad (1)$$

Оценочное уравнение регрессии будет иметь вид

$$y = bx + a + e_i \quad (2)$$

где e_i – наблюдаемые значения (оценки) ошибок e_i , а a и b соответственно оценки параметров b и a в регрессионной модели, которые следует найти.

Для оценки параметров b и a используют МНК (метод наименьших квадратов). Система нормальных уравнений.

$$a \cdot n + b \cdot \sum x = \sum y \quad (3)$$

$$a \cdot \sum x + b \cdot \sum x^2 = \sum xy \quad (4)$$

Для наших данных система уравнений имеет вид

$$40a + 217,5b = 3081,6 \quad (5)$$

$$217,5a + 1459,19b = 17155,99 \quad (6)$$

Получаем эмпирические коэффициенты регрессии:

$$b = 1,4457, a = 69,1789$$

Уравнение регрессии (эмпирическое уравнение регрессии): $y = 1,4457x + 69,1789$ (7)

Параметры уравнения регрессии. Выборочные средние.

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n} = \frac{217,5}{40} = 5,438 \quad (8)$$

$$\bar{y} = \frac{\sum y_i}{n} = \frac{3081,6}{40} = 77,04 \quad (9)$$

$$\overline{xy} = \frac{\sum x_i y_i}{n} = \frac{17155.99}{40} = 428.9 \quad (10)$$

Выборочные дисперсии:

$$S^2(x) = \frac{\sum x_i^2}{n} - \bar{x}^2 = \frac{1459.19}{40} - 5.438^2 = 6.91 \quad (11)$$

$$S^2(y) = \frac{\sum y_i^2}{n} - \bar{y}^2 = \frac{238483.2}{40} - 77.04^2 = 26.92 \quad (12)$$

Среднеквадратическое отклонение

$$S(x) = \sqrt{S^2(x)} = \sqrt{6.91} = 2.629 \quad (13)$$

$$S(y) = \sqrt{S^2(y)} = \sqrt{26.92} = 5.188 \quad (14)$$

Коэффициент корреляции b можно находить по формуле, не решая систему непосредственно:

$$b = \frac{\overline{xy} - \bar{x} \cdot \bar{y}}{S^2(x)} = \frac{428.9 - 5.438 \cdot 77.04}{6.91} = 1.4457 \quad (15)$$

$$a = \bar{y} - b \cdot \bar{x} = 77.04 - 1.4457 \cdot 5.438 = 69.1789 \quad (16)$$

Коэффициент корреляции.

Ковариация.

$$cov(x, y) = \overline{xy} - \bar{x} \cdot \bar{y} = 428.9 - 5.438 \cdot 77.04 = 9.99 \quad (17)$$

Рассчитываем показатель тесноты связи.

Линейный коэффициент корреляции принимает значения от -1 до $+1$. Связи между признаками могут быть слабыми и сильными (тесными). Их критерии оцениваются по шкале Чеддока:

$0,1 < r_{xy} < 0,3$: слабая;

$0,3 < r_{xy} < 0,5$: умеренная;

$0,5 < r_{xy} < 0,7$: заметная;

$0,7 < r_{xy} < 0,9$: высокая;

$0,9 < r_{xy} < 1$: весьма высокая;

В нашем примере связь между признаком Y и фактором X высокая и прямая. Кроме того, коэффициент линейной парной корреляции может быть определен через коэффициент регрессии b :

$$r_{x,y} = b \cdot \frac{S(x)}{S(y)} = 1.446 \cdot \frac{2.629}{5.188} = 0.733 \quad (18)$$

Значимость коэффициента корреляции.

Выдвигаем гипотезы: $H_0: r_{xy} = 0$, нет линейной взаимосвязи между переменными;

$H_1: r_{xy} \neq 0$, есть линейная взаимосвязь между переменными; Для того чтобы при уровне значимости b проверить нулевую гипотезу о равенстве нулю генерального коэффициента корреляции нормальной двумерной случайной величины при конкурирующей гипотезе $H_1 \neq 0$, надо вычислить наблюдаемое значение критерия (величина случайной ошибки).

$$t_{nabl} = r_{xy} \frac{\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r_{xy}^2}} \quad (19)$$

и по таблице критических точек распределения Стьюдента, по заданному уровню значимости b и числу степеней свободы $k = n - 2$ найти критическую точку $t_{крит}$ двусторонней критической области. Если $t_{набл} < t_{крит}$ оснований отвергнуть нулевую гипотезу. Если $|t_{набл}| > t_{крит}$ — нулевую гипотезу отвергают.

$$t_{nabl} = 0.733 \cdot \frac{\sqrt{38}}{\sqrt{1-0.733^2}} = 6.636 \quad (20)$$

По таблице Стьюдента с уровнем значимости $b=0.05$ и степенями свободы $k=38$ находим $t_{крит}$:

$$t_{крит} (n-m-1, b/2) = (38; 0.025) = 2,021 \quad (21)$$

где $m = 1$ - количество объясняющих переменных. Если $|t_{\text{набл}}| > t_{\text{критич}}$, то полученное значение коэффициента корреляции признается значимым (нулевая гипотеза, утверждающая равенство нулю коэффициента корреляции, отвергается).

Поскольку $|t_{\text{набл}}| > t_{\text{крит}}$, то отклоняем гипотезу о равенстве 0 коэффициента корреляции. Другими словами, коэффициент корреляции статистически – значим.

В парной линейной регрессии $t_r^2 = t_b^2$ и тогда проверка гипотез о значимости коэффициентов регрессии и корреляции равносильна проверке гипотезы о существенности линейного уравнения регрессии. Уравнение регрессии (оценка уравнения регрессии). Линейное уравнение регрессии имеет вид $y = 1,446x + 69,179$ (22)

Коэффициентам уравнения линейной регрессии можно придать экономический смысл. Коэффициент регрессии $b = 1,446$ показывает среднее изменение результивного показателя (в единицах измерения y) с повышением или понижением величины фактора x на единицу его измерения. В данном примере с увеличением на 1 единицу y повышается в среднем на 1,446. Коэффициент $a = 69,179$ формально показывает прогнозируемый уровень y , но только в том случае, если $x=0$ находится близко с выборочными значениями. Но если $x=0$ находится далеко от выборочных значений x , то буквальная интерпретация может привести к неверным результатам, и даже если линия регрессии довольно точно описывает значения наблюдаемой выборки, нет гарантий, что также будет при экстраполяции влево или вправо. Подставив в уравнение регрессии соответствующие значения x , можно определить выровненные (предсказанные) значения результивного показателя $y(x)$ для каждого наблюдения. Связь между y и x определяет знак коэффициента регрессии b (если > 0 – прямая связь, иначе - обратная). В нашем примере связь прямая. Ошибка аппроксимации.

$$\bar{A} = \frac{\sum |y_i - y_x| \cdot y_i}{n} 100\% \quad (23)$$

$$\bar{A} = \frac{1311}{40} 100\% = 3.28\% \quad (24)$$

В среднем, расчетные значения отклоняются от фактических на 3,28%. Поскольку ошибка меньше 7%, то данное уравнение можно использовать в качестве регрессии.

Эмпирическое корреляционное отношение.

$$\eta = \sqrt{\frac{\sum (\bar{y} - y_x)^2}{\sum (y_i - \bar{y})^2}} \quad (25)$$

$$\eta = \sqrt{\frac{577.984}{1076.74}} = 0.733 \quad (26)$$

где

$$(\bar{y} - y_x)^2 = 1076.74 - 498.75 = 577.984 \quad (27)$$

Индекс корреляции. Для линейной регрессии индекс корреляции равен коэффициенту корреляции $r_{xy} = 0,733$. Полученная величина свидетельствует о том, что фактор x существенно влияет на y . Теоретическое корреляционное отношение для линейной связи равно коэффициенту корреляции r_{xy} . Коэффициент детерминации. $R^2 = 0,733^2 = 0,5368$, т.е. в 53,68% случаев изменения x приводят к изменению y . Другими словами - точность подбора уравнения регрессии - средняя. Остальные 46,32% изменения Y объясняются факторами, не учтенными в модели (а также ошибками спецификации).

t -статистика. Критерий Стьюдента. $t_{\text{крит}} (n-m-1; 6/2) = (38; 0,025) = 2,021$ (28)

$$t_b = \frac{b}{S_b} \quad (29)$$

$$t_b = \frac{1.446}{0.218} = 6.64 \quad (30)$$

Поскольку $6,64 > 2,021$, то статистическая значимость коэффициента регрессии b подтверждается (отвергаем гипотезу о равенстве нулю этого коэффициента).

$$t_a = \frac{a}{S_a} \quad (31)$$

$$t_a = \frac{69.179}{1.316} = 52.57 \quad (32)$$

Поскольку $52,57 > 2,021$, то статистическая значимость коэффициента регрессии a подтверждается (отвергаем гипотезу о равенстве нулю этого коэффициента). Доверительный интервал для коэффициентов

уравнения регрессии. Определим доверительные интервалы коэффициентов регрессии, которые с надежностью 95% будут следующими:

$$(b - t_{\text{крит}} S_b; b + t_{\text{крит}} S_b) \quad (33)$$

$$(1,45 - 2,021 \cdot 0,218; 1,45 + 2,021 \cdot 0,218)$$

$$(1,005; 1,886)$$

С вероятностью 95% можно утверждать, что значение данного параметра будут лежать в найденном интервале.

$$(a - t_{\text{крит}} S_a; a + t_{\text{крит}} S_a) \quad (34)$$

$$(69,179 - 2,021 \cdot 1,316; 69,179 + 2,021 \cdot 1,316)$$

$$(66,52; 71,838)$$

С вероятностью 95% можно утверждать, что значение данного параметра будут лежать в найденном интервале. F-статистика. Критерий Фишера.

$$R^2 = 1 - \frac{\sum(y_i - y_x)^2}{\sum(y_i - \bar{y})^2} = 1 - \frac{498.75}{1076.74} = 0.5368 \quad (35)$$

$$F = \frac{R^2}{1 - R^2} \frac{n - m - 1}{m} \quad (36)$$

$$F = \frac{0.5368}{1 - 0.5368} \frac{40 - 1 - 1}{1} = 44.04 \quad (37)$$

или по формуле:

где

$$\sum(y_x - \bar{y})^2 = 1076.74 - 498.75 = 577.99 \quad (38).$$

Табличное значение критерия со степенями свободы $k_1=1$ и $k_2=38$, $F_{\text{табл}} = 4,08$.

Поскольку фактическое значение $F > F_{\text{табл}}$, то коэффициент детерминации статистически значим (найденная оценка уравнения регрессии статистически надежна).

Выводы. Изучена зависимость Y от X . На этапе спецификации была выбрана парная линейная регрессия. Оценены её параметры методом наименьших квадратов. Статистическая значимость уравнения проверена с помощью коэффициента детерминации и критерия Фишера. Установлено, что в исследуемой ситуации 53,68% общей вариабельности Y объясняется изменением X . Установлено также, что параметры модели статистически значимы. Возможна экономическая интерпретация параметров модели - увеличение X на 1 ед. изм. приводит к увеличению Y в среднем на 1,446 ед. изм.

По оптимистичному варианту прогноза, сделанному Росстатом к 2035 средняя продолжительность жизни у мужчин и женщин должна составлять 81,67 года, таблица 2.

Таблица 2 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (оптимистичный вариант прогноза)

Годы	Все население			Сельское население		
	мужчины и женщины	мужчины	женщины	мужчины и женщины	мужчины	женщины
2019	73,87	68,90	78,57	72,71	67,66	77,81
2020	74,70	69,83	79,26	73,53	68,57	78,48
2025	78,38	73,90	82,28	77,27	73,00	81,58
2030	80,08	75,84	83,68	78,36	74,85	82,02
2035	81,67	77,70	85,01	80,61	77,01	84,21

Соответственно и расходы бюджета должны возрасти, согласно статистической закономерности, рассчитанной выше. В 2016 году расходы на здравоохранение составили 3,6% ВВП. Для достижения средней продолжительности жизни - 81,67 лет в 2035 году, необходимо увеличить долю расходов в ВВП до 3,8% в 2020 году, 6,4% в 2025 году, 7,5% в 2030 году, и 8,6% в 2035 году. Для этого есть все основания. Начиная с 2005 года количество больничных организаций в России уменьшилось на 43,4%, а в сельской местности на 72,5%. Таким образом, государство уменьшает расходы на финансирование здравоохранения. Особенно негативно такая ситуация проявляется в сельской местности. Число больничных коек, по России начиная с 2005 года уменьшилось на 24%, а в сельской местности на 25,4%. Число районных больниц как по России целом, так и в сельской местности уменьшилось в 1,6 раза. Число участковых больниц в России уменьшилось за анализируемый период почти в 39 раз, в сельской местности в 43 раза. За период с 2005 по 2016 год в системе здравоохранения РФ наблюдаются процессы централизации, одновременно связанные с уменьшением количества койко-мест. При этом ежегодно увеличивается количество койко - мест принадлежащих частным компаниям. С одной стороны, централизация предоставления услуг системы здравоохранения способствует уменьшению расходов, с другой стороны это не всегда удобно, в первую очередь для сельских жителей, так как

им приходится преодолевать порой значительные расстояния для того чтобы попасть на прием к профильному специалисту.

Таблица 3 – Больничные организации

Показатели	Годы					
	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Всего						
Число больничных организаций	9479	6308	5870	5638	5433	5357
Число коек в больничных организациях:						
всего, тыс.	1575,4	1339,5	1301,9	1266,8	1222,0	1197,2
из них в негосударственных организациях	32,4	21,7	23,2	24,9	24,1	23,5
из них частной формы собственности	...	4,1	7,9	11,0	12,8	12,9
на 10 000 человек населения	110,9	93,8	90,6	86,6	83,4	81,6
Число центральных районных больниц	1734	1754	1690	1470	1426	1388
Число районных больниц	267	191	206	417	415	425
Число участковых больниц	2631	400	124	97	69	68
В сельской местности						
Число больничных организаций	3659	1349	1095	1064	1036	1006
Число коек в больничных организациях:						
всего, тыс.	209,5	153,4	137,2	143,3	161,9	156,2
из них в негосударственных организациях	0,3	1,6	1,4	2,1	2,3	1,3
из них частной формы собственности	...	0,68	0,46	1,02	0,6	0,2
на 10 000 человек населения	55,6	40,9	37,0	37,7	42,7	41,4
Число центральных районных больниц	688	727	696	568	597	573
Число районных больниц	119	79	77	179	185	183
Число участковых больниц	2591	382	122	93	65	59

Здоровье сельского населения представляет собой обособленный социально значимый процесс, имеет свойство инертности в отношении реформ, и традиции образа жизни, определенные консерватизмом жизненных взглядов. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней, в какой-то степени влияют на характер медицинской помощи сельским жителям и требуют, чтобы органы здравоохранения использовали специальные организационные формы и методы работы.

Таблица 4-Амбулаторно-поликлинические организации

Показатели	Годы					
	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Всего						
Число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций)	21783	15732	16461	17106	18564	19126
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену:						
всего, тыс.	3638	3685	3799	3858	3861	3914
на 10 000 человек населения	256,0	257,9	264,5	263,8	263,5	266,6
Число женских консультаций, детских поликлиник, отделений (самостоятельных и входящих в состав организаций), тыс.	15,0	17,0	17,8	17,8	14,3	17,4
Число фельдшерско-акушерских пунктов, тыс.	43,1	37,8	34,8	35,0	34,3	34,0
В сельской местности						
Число амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций)	7495	2979	2731	3064	4749	4890
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену:						
всего, тыс.	496	436	454	418	555	570
на 10 000 человек сельского населения	131,8	116,4	122,3	110,1	146,6	151,0

Важно понимать, что, пожалуй, главным фактором организации сельского здравоохранения является доступность. По данным социологических опросов Министерства здравоохранения и социального развития РФ, только 40,8% сельских жителей имеют пешую доступность к учреждениям здравоохранения, в то время как в крупных городах этот показатель приближается к 70%. При этом хорошо оценивают качество здравоохранения на селе только 10% респондентов, 53% удовлетворительно, 37% неудовлетворительно. Аналогично ситуация обстоит и в городах.

Такого рода неудовлетворённость обусловлена не только количеством больничных и амбулаторно - поликлинических организаций, но и различными претензиями к работе медицинских учреждений. По данным Общероссийского народного фронта 978 чел. (35%) опрошенных пожаловались, что не хватает врачей-

специалистов нужного профиля, 658 чел. (23%) рассказали об отсутствии необходимого медоборудования, 249 чел. (9%) рассказали о сложностях в постановке диагноза, а 193 чел. (7%) возмущены плохими санитарно-гигиеническими условиями. 107 чел. (4%)

опрошенных поделились, что им приходилось за свой счет приобретать бинты, шприцы и прочие медицинские материалы, 35 человек (1%) столкнулись с тем, что им навязывали платные услуги, – за деньги процедуру или анализ можно сделать быстро, а бесплатную придется долго ждать. 46 (2%) человек обратили внимание на то, что на медпомощь можно рассчитывать только в определенное время недели – то есть даже не во все будние дни, а выборочно, а 197 (7%) участников опроса сказали, что в их населенном пункте медорганизация вообще закрыта.

Однако, несмотря на негативные организационные аспекты деятельности сферы здравоохранения, показатели заболеваемости как в городской, так и в сельской местности имеют тенденцию к снижению. По видам инфекционных заболеваний, сельские жители болеют гораздо меньше, чем городские. Это объясняется множеством причин, начиная от высокой концентрации населения в городах и заканчивая экологической ситуацией. Одной из главных причин, незначительного количества зарегистрированных инфекционных заболеваний в сельской местности является невозможность попасть в учреждение здравоохранения по тем или иным причинам. Эта же причина характеризует и низкий уровень доступности медицинских услуг сельскому населению.

Таблица 5 - Заболеваемость городских и сельских жителей отдельными инфекционными заболеваниями в расчете на 100000 человек населения (число зарегистрированных случаев заболеваний)

Заболевания	Годы					
	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Брюшной тиф и паратифы А, В, С						
городские жители	0,2	0,1	0,07	0,02	0,03	0,02
сельские жители	0,1	0,01	0,01	-	0,003	-
Сальмонеллезные инфекции						
городские жители	34,1	41,1	38,7	33,6	28,6	30
сельские жители	16,6	20,0	18,5	16,2	15,5	14,5
Острые кишечные инфекции						
городские жители	493,6	647,9	582,9	587,1	586,2	614,6
сельские жители	297,2	348,8	329,1	325,3	328,7	330,1
из них бактериальная дизентерия						
городские жители	45,0	14,2	8,7	8,1	7,0	7,2
сельские жители	37,0	11,1	7,1	5,5	5,6	4,8
Вирусные гепатиты						
городские жители	105,9	76,2	69,5	71,2	65,6	61,8
сельские жители	57,2	35,7	33,3	33	30,0	28,6
Дифтерия						
городские жители	0,3	0,01	0,001	0,001	0,002	0,002
сельские жители	0,1	0,01	0,003	-	0,0	0,0
Острые инфекции верхних дыхательных путей						
городские жители	21193,9	23073,4	24567,1	22735,7	23699,0	25251,6
сельские жители	11607,6	10558,0	11589,3	10208,1	11169,7	11165,6
Грипп						
городские жители	670,9	22,5	79,3	10,6	38,9	70,6
сельские жители	553,8	9,6	43,9	4,5	19,8	31

По данным Росстата, в 2016 году 18,3% сельских жителей не обратились за медицинской помощью по причине неудовлетворенности работы медорганизации, еще 5,2% не могут добраться до учреждения здравоохранения самостоятельно, 7,2% тяжело добраться до медорганизации, 1% не располагают информацией о том, где расположена медорганизация, 12,4% не обратились по причине платности медицинских услуг. Таким образом, главными факторами, способствующими необращению сельских жителей в медучреждения, являются удаленность медучреждения и платность медицинских услуг.

Напомним, цель проводимой реформы здравоохранения – смещение акцентов со стационарной помощи на амбулаторную. По задумкам реформаторов, элементарная медико-санитарная помощь должна оказываться сельским жителям в ФАПх, либо участковых больницах (т.е. помощь максимально приближена к месту проживания – территориальный принцип), а более квалифицированная, в том числе высокотехнологичная – в областных и федеральных медцентрах.

Таблица 6 – Причины не обращения лицами в возрасте 15 лет и более за медицинской помощью при наличии потребности в ней в 2016 году (по данным Комплексного наблюдения условий жизни населения; в процентах)

	Все респонденты	в том числе проживают		
		в городских населенных пунктах	из них с численностью населения 1 млн. человек и более	в сельских населенных пунктах
Лица в возрасте 15 лет и более, имевшие в 2016 г. случаи не обращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи – всего	100	100	100	100
из них указали причины не обращения:				
не рассчитывают на эффективное лечение	20,4	21,1	17,9	18,3
не удовлетворяет работа медорганизации	29,2	32,1	29,8	19,6
не могут добраться до медорганизации без посторонней помощи	3,3	2,7	2,1	5,2
было тяжело добраться до медорганизации	4,2	3,3	3,4	7,2
не располагали информацией о том, где можно получить необходимую медицинскую помощь	1,0	1,0	1,6	1,0
не было времени	24,9	25,8	28,7	21,9
необходимое лечение можно получить только на платной основе	12,2	12,1	11,7	12,4
лечились самостоятельно	52,9	52,0	49,4	55,9
другие причины	6,4	6,6	7,7	5,7

В зависимости от территориальной удаленности, а также видов оказываемой медицинской помощи и оснащенности, все государственные/муниципальные учреждения здравоохранения поделены на три уровня: село-район; район-область; область – федеральный уровень. В каждом сельском населенном пункте должен быть ФАП (отделение врачей общей практики) или проживать по крайней мере один медицинский работник (вне зависимости от уровня медобразования). Однако 17,5 тыс. сельских населенных пунктов вообще не имеют учреждений здравоохранения. Соответственно практически каждому десятому (9%) сельскому жителю России недоступны, – а для четверти труднодоступны, – медицинские учреждения по территориальному принципу. Отсутствие ФАПов и врачей общей практики влечет за собой еще один вид неравенства – невозможность приобретения лекарственных средств. В этих медицинских структурах не только предоставлялась медико-санитарная помощь, на их базе существовали аптечные пункты, позволяющие жителям приобрести необходимые лекарства. В ряде малочисленных и отдаленных населенных пунктов нет ни одной аптечной организации, и вопрос лекарственного обеспечения сельских жителей является одним из самых болезненных.

Процессы реформирования и модернизации здравоохранения крайне негативно оцениваются профессиональными медиками и населением в целом. Вопросы лекарственного обеспечения, получения высококачественной и доступной медпомощи, – вот круг злободневных и насущных проблем для жителей нашей страны.

Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что программные мероприятия в области здравоохранения сельского населения страдают отсутствием понимания системы организации оказания помощи сельским жителям. В значительной степени это заключается в доступности медицинских услуг, как по стоимости, так и по возможности посещения в пешем порядке.

Литература

1. Полухина М.Г. Обеспеченность сельского населения объектами здравоохранения на федеральном, региональном и местном уровнях // АПК: экономика, управление. 2015. №4. С. 90-94.
2. Богачев А.И., Полухина М.Г., Студенникова Н.С. Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей Центральной России // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2016. №7(340). С. 166-177.
3. Полухина М.Г. Экологический блок анкетного исследования жителей сельских территорий // Научный журнал НИУ ИТМО. Серия: Экономика и экологический менеджмент. 2019. № 2. С. 163-170.
4. Полухина М.Г. Формирование доступности медицинского обслуживания на селе как ключевого элемента устойчивого развития // Региональная экономика: теория и практика. 2019. Т. 17. № 2 (461). С. 308-330.
5. <https://medrussia.org/21766-nedovolni/> 18 апреля 2019г.
6. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobshchennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya> 4 апреля 2019 года.
7. <https://mnogofactov.ru/v-mire/srednyaya-prodolzhitelnost-zhizni-v-stranakh-mira-v-2017-godu.html> 14 апреля 2019 г.