



СЕЛЬСКО-ГОРОДСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В ФОРМИРОВАНИИ НЕРАВЕНСТВА ПО ОТНОШЕНИЮ К ЗДОРОВЬЮ¹

Вяльшина А.А., к.социол.н., ИАГП РАН

В статье анализируются предпосылки формирования неравенства по отношению к здоровью между жителями городов и сельской местности. На основе данных официальной статистики выявлены объективные факторы подобных различий (демографические и социально-экономические особенности сельского и городского населения, инфраструктурная и ресурсная обеспеченность систем городского и сельского здравоохранения). Результаты Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения, проведенного Росстатом в 2017 году, позволили выявить факторы, влияющие на уровень удовлетворенности оказанием медицинской помощи в городской и сельской местности. Сделан вывод, что при разработке текущих и стратегических мероприятий в сфере здравоохранения необходимо учитывать поселенческие особенности потребления медицинской помощи.

Ключевые слова: сельско-городские различия, неравенство в отношении здоровья, сельское здравоохранение

RURAL-URBAN DIFFERENCES IN FORMING INEQUALITY IN RELATION TO HEALTH

Vyalshina A.A., candidate of sociological sciences, IAGP RAS

The article analyzes the prerequisites for the formation of inequality in relation to health between residents of cities and rural areas. On the basis of official statistics, objective factors of such differences have been identified (demographic and socio-economic characteristics of the rural and urban population, infrastructure and resource provision of urban and rural health systems). The results of a sample observation of the quality and accessibility of services in the fields of education, health care and social services, employment promotion conducted by Rosstat in 2017, revealed the factors affecting the level of satisfaction with the provision of medical care in urban and rural areas. It is concluded that when developing current and strategic measures in the healthcare sector, it is necessary to take into account the settlement characteristics of the consumption of medical care.

Key words: rural-urban differences, health inequalities, rural medical care

Введение.

Обеспечение доступности медицинской помощи является основным приоритетом развития системы здравоохранения в России. Совершенствование механизмов управления системой медицинской помощи населению на основе учета пространственных особенностей демографической ситуации, состояния здоровья разных типов населения (городского и сельского), ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения, уровня доступности медицинских услуг становятся важными задачами в их реализации. В настоящее время территориальные особенности медицинской помощи слабо учитываются не только в России, но и многих других странах [1]. Сохраняются значительные сельско-городские различия в обеспеченности жителей объектами и услугами сферы здравоохранения, а также в уровне потребления медицинских услуг [2]. Для системы оказания медицинских услуг сельскому населению России характерна низкая эффективность медико-социальных и профилактических мероприятий и ограниченная доступность медицинской помощи. Оснащенность сельских медицинских учреждений значительно хуже, чем городских, а квалификация персонала ниже, чем в среднем по стране.

¹ Статья подготовлена при поддержке РФФИ в рамках проекта «Моделирование факторов ожидаемой продолжительности жизни сельского населения России: оценка межрегиональных различий» (проект № 19-010-00229).



Неравенство по отношению здоровью определяется положением в социальной иерархии, выражается в дифференцированном доступе к ресурсам образования, занятости, жилья, различным уровням участия в гражданском обществе, что сказывается на скорости процесса освоения соответствующих моделей поведения. Социальные группы населения, находящиеся в уязвимом положении (бедные, безработные, не имеющие образования, пожилые, одинокие), нередко испытывают высокие риски для здоровья, имеют меньше возможностей для его сохранения. Лица с низким социально-экономическим статусом больше подвержены воздействию психологического стресса из-за негативных жизненных событий (финансовые трудности), дисбаланса «усилия-результаты» (высокий уровень усилий без соответствующей материальной и/или нематериальной выгоды) [3]. Кроме того, они имеют меньше социальных связей, низкий уровень социальной поддержки, определяющие слабый уровень контроля над своей жизнью [4]. Данное неравенство провоцирует значительные экономические издержки в виде чрезмерных затрат на систему здравоохранения и социальное обеспечение, снижение производительности труда, препятствуя успешному социально-экономическому развитию экономики России. По мнению экспертов ВОЗ, разрывы в показателях самооценки здоровья и благополучия являются ранними предикторами неравного риска утраты здоровья. Без эффективных целенаправленных мер такие разрывы в показателях здоровья сохраняются и увеличиваются на более поздних этапах жизни. Доступ к качественной медицинской помощи должен быть обеспечен любому гражданину страны, независимо от его места проживания.

Основной целью исследования является выявление факторов формирования неравенства по отношению к здоровью между жителями городов и сельской местности. Для осуществления этой цели поставлены следующие задачи: 1) анализ демографических и социально-экономических особенностей сельского и городского населения, создающих предпосылки формирования неравенства по отношению к здоровью; 2) оценка инфраструктурных и ресурсных особенностей систем городского и сельского здравоохранения; 3) оценка различий в состоянии здоровья и уровне удовлетворенности отдельными аспектами оказания медицинской помощи (неотложной помощи).

Методология и информационная база исследования.

Информационную базу исследования составляют официальные статистические данные Росстата, а также результаты Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения, проведенного Росстатом в 2017 году. Выборка репрезентативная, всего опрошено 115 155 человек, в том числе 11 063 жителя сельской местности (с численностью жителей до 1 000 человек) (9,6%) и 77 881 житель городов (с численностью населения 50 000 и более) (97,6%). В составе респондентов 37 851 мужчин (4 932 на селе и 32 919 в городе) и 51 093 женщин (6 131 на селе и 44 962 в городе). Расчеты осуществлялись с помощью пакета прикладных программ SPSS 17.0.

Главной гипотезой исследования является предположение о существовании системных (объективных) и поведенческих (субъективных) механизмов, определяющих предпосылки формирования неравенства по отношению к здоровью между жителями городов и сельской местности. В научной литературе существует несколько концепций, объясняющих механизмы формирования неравенства по отношению к здоровью и его влияние на социально-экономическое положение домохозяйств. Гипотеза социальной причинности объясняет состояние здоровья промежуточными факторами, напрямую связанными с социальным положением. Важное значение имеют факторы физической среды обитания индивида (качество жилья, условия труда, состояние окружающей среды). Отдельный аспект влияния связан с недостатком экономических ресурсов, ограничивающих доступ к средствам укрепления здоровья и ресурсам здравоохранения.

Гипотеза социального отбора показывает возникновение зависимости социально-экономического положения индивида от состояния его здоровья, предполагая различия в возможностях его социальной мобильности, обусловленных здоровьем. Лучшее состояние здоровья городских жителей предоставляет им преимущества в восходящей социальной мо-



бильности по сравнению с сельчанами. Отдельное внимание в рамках этой гипотезы уделяется использованию ресурсов здравоохранения, таких как: количество обращений за медицинской помощью, число и эффективность взаимодействия с врачами, частота и продолжительность госпитализации. С этой точки зрения социально-экономические различия в состоянии здоровья могут объясняться неравным доступом к услугам здравоохранения для лиц с разным социально-экономическим статусом, что оказывает несомненное влияние на процесс формирования сельско-городских неравенств в состоянии здоровья населения.

Гипотеза жизненного пути объясняет неравенство в состоянии здоровья через теорию «аккумулирующегося риска», подразумевающую концентрацию различных форм материальных и нематериальных факторов риска у одного и того же индивида. Один неблагоприятный фактор повышает вероятность возникновения другого, обуславливая кумулятивный эффект влияния на здоровье. Особую роль в этом контексте играют «кризисные периоды» в жизни индивида, а также стадии жизненного цикла, когда он особенно подвержен факторам риска (период раннего детства, пожилой возраст). Сельско-городские различия в уровне и качестве жизни семей с детьми, установках и предпочтениях, связанных с их воспитанием и развитием, создает предпосылки для формирования неравенства в состоянии и сохранении здоровья, как в детском возрасте, так и во взрослой жизни. Независимо от типов факторов и механизмов их влияния на состояние здоровья, очевидно, что неравенство в состоянии здоровья населения между жителями городов и сельской местности обуславливает различия в качестве и уровне развития человеческого капитала страны.

Идентификация неравенства по отношению к здоровью между социальными группами осуществляется на основе выявления различий, относящихся к состоянию здоровья, уровню ресурсной и инфраструктурной обеспеченности, а также к уровню доступности медицинской помощи между жителями городов и сельской местности, обладающими разными уровнями базовых социальных преимуществ. Выявленные различия между базовыми показателями, относящимися к здоровью, между горожанами и сельчанами обуславливает необходимость совершенствования принципов оказания медицинской помощи и принятия во внимание пространственных различий в ее потребностях и доступности.

Результаты исследования.

Российское село переживает период неблагоприятных демографических изменений, связанных со спадом рождаемости, сокращением численности населения трудоспособного возраста, старением возрастной структуры села [5]. По данным статистики, в сельской местности выше естественная убыль населения (- 2,9 в 2018 г. по сравнению с - 1,0 в городе), ниже ожидаемая продолжительность жизни как для мужчин (66,75 лет на селе и 68,11 в городе), так и для женщин (76,93 лет на селе и 78,09 в городе). Как показывают данные Росстата, лица старше трудоспособного возраста представляют собой стабильно растущую социально-демографическую группу в структуре как сельского, так и городского населения. Только за последние десять лет (2008–2018 гг.) доля городского населения старше трудоспособного возраста выросла с 21,0% до 25,2%, сельского – с 21,4% до 26,2% соответственно [6]. По мнению экспертов, в России основной причиной демографического старения возрастной структуры населения является спад рождаемости, характерный как для городского, так и сельского населения, который не обеспечивает замещения поколений, формируя предпосылки сокращения лиц трудоспособного возраста, увеличения доли пенсионеров, ограничивая развитие экономики страны [7, 8, 9]. Демографические тенденции последних десятилетий в значительной степени обуславливают особенности развития системы здравоохранения как в городе, так и на селе. Кроме того, наблюдаются значительные различия между жителями городов и сельской местности по совокупности социально-экономических показателей, обуславливающих, с одной стороны, образ, стиль, качество и уровень их жизни, а с другой – особенности состояния их здоровья и возможности самосохранительного поведения. По данным Росстата в 2018 году уровень занятости городского населения составлял 67,5%, в то время как сельского – 53,9%, уровень официальной безработицы – 4,1% и 7,3% соответственно [10]. Уровень образования сельских жителей ниже, чем у горожан. Например, в соста-



ве занятого городского населения доля лиц с высшим образованием составляет 37,9% (на селе только 21,6%), со средним профессиональным – 20,5% и 22,5% соответственно [11]. При этом среди работающих горожан удельный вес лиц, не имеющих профессионального образования (а только среднее общее и ниже), составляет 17,3%, а в сельской местности – 31,6%. Более низкий уровень образования и занятости, а также высокий уровень безработицы сельчан обуславливают низкий уровень и качество их жизни. По данным Выборочного наблюдения доходов населения и участия в социальных программах (Росстат, 2018) среднедушевые денежные доходы городских семей составляют 21 690 руб. или двукратную величину прожиточного минимума, а на селе – 16 640 руб. (1,6 ВПМ) [12]. Среди сельского населения почти в два раза выше доля тех, кто относится к малоимущему населению (с доходами ниже величины прожиточного минимума) – 21,0% по сравнению с 12,2% среди горожан. При этом экономическая уязвимость влияет на здоровье посредством каскадного воздействия на способность приобретать ресурсы, значимые для здоровья: качественное питание, комфортное жилье, транспорт, медицинское страхование и услуги здравоохранения, время и ресурсы для регулярных занятий спортом. Именно поэтому расходы на здоровье и ведение здорового образа жизни создают барьеры для уязвимых категорий населения, снижая их шансы на получения профилактической помощи и помощи в лечении.

Важным объективным фактором формирования сельско-городских различий в состоянии здоровья населения является ресурсная обеспеченность системы здравоохранения. По мнению многих исследователей, интегративным фактором потребления медицинских услуг является их доступность, при этом зачастую особое внимание уделяется изучению ресурсных возможностей потребителей или рассмотрению географической и физической доступности медицинской помощи [13, 14]. Главной целью реализации программы модернизации здравоохранения стало создание условий для эффективного лечения и профилактики заболеваний, укрепления материально-технической базы медицинских организаций. Планировалось формирование единой системы оказания медицинских услуг населению, которая должна состоять из трех уровней: амбулаторно-поликлинические медицинские учреждения; межмуниципальные центры, оказывающие специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь; специализированная помощь в областных консультативно-диагностических центрах [15]. Результатом реформирования системы здравоохранения стало сокращение числа медицинских организаций, в том числе ФАПов в сельской местности. Число амбулаторно-поликлинических организаций в городе с 2005 г. по 2010 г. сократилось на 10,7%, затем выросло на 20,3% в 2018 г., показав к этому времени совокупный прирост на 7,3% по отношению к 2005 г. В сельской местности с 2005 г. по 2010 г. также произошло сокращение амбулаторно-поликлинических организаций на 60,3%, затем наблюдался рост в 1,6 раза (в 2018 г.), но уровень 2005 г. достигнут не был (65,2%) (таблица). Изменилась и мощность амбулаторно-поликлинических организаций, увеличившись за 2005–2018 гг. в городе на 3,3% и на 21,0% на селе. Число больничных организаций также значительно сократилось, причем в городе на четверть, в то время как в сельской местности – в 3,7 раза. В значительной степени это снижение произошло за счет смены ведомственной принадлежности, когда число ЦРБ и участковых больниц резко сократилось, параллельно увеличив число районных больниц в городе в 1,5 раза и в 1,6 раза на селе. Однако число коек в больницах сократилось на 28,9% в городе и 25,7% в сельской местности. Число ФАПов, оказывающих первичную доврачебную помощь сельским жителям, с 2005 по 2016 г. уменьшилось на 20,5%, численность медицинского персонала в них – на 37,3%, в том числе фельдшеров на 27,0%. Вырос удельный вес фельдшеров с 53,5% в 2005 г. до 62,3% в 2016 г. Численность врачей увеличилась, в то время как среднего медицинского персонала – уменьшилась. Удельный вес врачей, работающих в сельской местности на протяжении ряда лет, не превышает 10,0% от общей численности врачей в стране, хотя доля сельского населения составляет около 25,4% населения. Обеспеченность врачами в среднем по России в 2018 г. составляла 37,4 на 10 тыс. населения, а на селе – 14,5%. Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, в среднем по стране составляла 42,2%, а на селе 29,7%.



Таблица - Индикаторы состояния системы здравоохранения в зависимости от места нахождения

	город				село			
	2005	2010	2015	2018	2005	2010	2015	2018
Число амбулаторно-поликлинических организаций, всего	14 288	12 753	13 815	15 337	7 495	2 979	4 749	4 891
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, на 100 тыс. насел	300,9	308,2	304,2	310,9	131,8	116,4	146,6	159,5
Число больничных организаций, всего	5 820	4 959	4 397	4 275	3 659	1 349	1 036	982
Число коек в больничных организациях, на 100 тыс. насел.	130,9	112,5	97,6	93,1	55,6	40,9	42,7	41,3
Число ЦРБ	1 046	1 027	829	801	688	727	597	560
Число районных больниц	148	112	230	224	119	79	185	194
Число участковых больниц	40	18	4	5	2 591	382	65	42

Источник: Здравоохранение в России – 2019. - URL: https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm

Состояние здоровья сельских жителей хуже, чем горожан. Данная тенденция наблюдается во всех возрастных группах за исключением самых старших. Так, среди городской молодежи 16-30 лет 70,8% оценивают свое здоровье как хорошее (на селе 64,1%); лица в возрасте 31-45 лет из города – 60,0% (на селе 48,3%); в составе лиц в возрасте 46-60 лет, проживающих в городе, около 31,5% оценивают свое здоровье как хорошее, в то время как на селе – только 26,1%. Однако в возрастной группе 61-80 лет ситуация в городе и на селе выравнивается, в то время как в группе старше 80 лет – переворачивается. В составе сельских жителей старше 80 лет выше доля тех, кто оценивает свое здоровье как удовлетворительное (61,0% по сравнению с 50,8% среди городских), в то время как среди горожан старше 80 лет больше тех, кто считает свое здоровье плохим и очень плохим (46,2% по сравнению с 36,2% среди сельчан того же возраста). У 32,1% из них имеют одно хроническое заболевание, 23,4% - два и 30,5% - более двух. На селе два и больше заболеваний имеют 17,9%, а около 27,1% лиц старше 80 лет указывают на отсутствие хронических заболеваний. Данный факт объясняется, вероятно, большим вниманием к своему здоровью со стороны городских жителей, обусловленных, как лучшим доступом к услугам системы здравоохранения, так и более высоким предпочтениями относительно качества услуг и возможностями самосохранительного поведения.

Оказание неотложной медицинской помощи является первоочередным и наиболее значимым направлением оказания медицинских услуг населению. Около 29,0% опрошенных за последний год вызывали скорую помощь вне зависимости от места проживания. Удовлетворенность вызовом скорой помощи выше в сельской местности, хотя ею удовлетворен только каждый четвертый пациент, столкнувшийся с необходимостью ее вызова (24,1%); в городе – только 18,3%. Среди городских жителей совершенно недовольны вызовом скорой 37,5%, на селе – 32,4%. Приблизительно 8-9 % опрошенных столкнулись с трудностями при ее вызове. Большинство недовольных, как в городе, так и на селе указывают на длительность ожидания приезда бригады в качестве основной причины недовольства (64,4-67,6%). При этом скорость приезда бригады скорой помощи для детей еще ниже, чем для взрослого, как в городе, так и на селе. Значимыми причинами в сельской местности является отсутствие свободной бригады (23,1%) и невозможность связаться с диспетчером (19,4%), в то время как в городе обратившиеся жаловались на то, что вместо оформления вызова им были предложены некие рекомендации для дальнейших действий (14,6%). Жители сельской местности выше оценивают оснащенность бригады скорой помощи необходимыми лекарственными препаратами, в то время как городские жители – способность бригады доставить в хорошую больницу (на селе с этим больше проблем). Наихудшие оценки удовлетворенности работой скорой помощи связаны со скоростью приезда бригады, причем в сельской местности ситуация значительно сложнее, чем в городе.

**Выводы.**

Результаты проведенного исследования показывают, что в современной России существуют объективные предпосылки формирования неравенства по отношению к здоровью населения, проживающего в городах и сельской местности. Главными из них является демографическое старение села и связанные с ним проблемы обеспечения медицинского и социального обслуживания сельских жителей. Сельчане характеризуются худшими показателями здоровья по сравнению с горожанами, хотя и отличаются более низкими уровнями обращаемости за медицинской помощью. За годы реформ учреждения сельского здравоохранения стали менее доступны для многих сельских жителей, у них сократилась ресурсная и инфраструктурная база. Слабая территориальная доступность медицинских учреждений обуславливает поведенческие модели обращения сельских жителей за медицинской помощью только в серьезных случаях, что негативно отражается на будущем состоянии их здоровья. Горожане не только чаще обращаются за медицинской помощью, но и предъявляют более высокие запросы к системе здравоохранения. Они больше сельчан не удовлетворены длительностью ожидания приезда бригады скорой помощи и качеством оказания неотложной помощи. Субъективные оценки уровня удовлетворенности оказанием медицинских услуг лиц, обращавшихся за медицинской помощью, содержат возможности для анализа потенциальных направлений совершенствования деятельности медицинских учреждений с учетом реальных потребностей пациентов. При разработке мероприятий совершенствования оказания медицинской помощи населению необходимо учитывать поселенческие различия не только в социально-демографическом и социально-экономическом составе проживающего там населения, но и различия в их потребностях, ожиданиях и запросах к системе здравоохранения.

Список литературы:

1. Щербаков Д.В. Проблемы планирования и оценки потребности населения в специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи // Российская академия наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. — 2014. — № 1. — С.327—329.
2. Богачёв А.И., Полухина М.Г., Студенникова Н.С. Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей Центральной России // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. - 2016. - т. 12. - вып. 7. - с.166—177.
3. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and psychosocial environment - two scientific challenges. Soc Sci Med 2004; (58):1463-73.
4. Кислицына О.А., Ферландер С. Роль социальных отношений в объяснении социально-экономических различий в состоянии здоровья россиян. Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. - 44(4). - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/694/30/lang.ru/>
5. Блинова Т.В. Демографические угрозы и ограничения развития сельских территорий России // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. - 2018. - № 2. - С.14—19.
6. Блинова Т.В. Демографическое старение российского села и ресурсы развития «серебряной экономики» // Островские чтения, 2018. - С. 14
7. Вишневский А.Г., Щербакова Е.М. Демографические тормоза экономики // Вопросы экономики. – 2018. – №6. – С. 48—70.
8. Архангельский В.Н., Зинькина Ю.В., Шульгин С.Г. Демографический потенциал половозрастной структуры как фактор динамики численности населения // Статистика и экономика. - 2018. – том 15. - №6. - с.69-79.
9. Русановский В.А. Демографический фактор долгосрочного экономического роста: возможности, ограничения, асимметрия // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. - 2015. - № 5 (59). -С. 41-46.
10. Итоги выборочного обследования рабочей силы, 2018. - URL: <https://www.gks.ru/compendium/document/13265>



11. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения, Росстат, 2017.
12. Выборочное наблюдение доходов населения и участия в социальных программах. - URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/vndn-2018/index.html
13. Вялых Н.А. Факторы воспроизводства социального неравенства в сфере потребления медицинских услуг // Социс. - 2015. - № 11 - с.126-132;
14. Панова Л.В., Русинова Н.Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. - 2005. - № 6. - С. 127–136.
15. Общественное здоровье и здравоохранение // Национальное руководство. Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 624 с.