

## Медицинская помощь в сельской местности Республики Калмыкия: проблемы отраслевой асимметрии в регионе

Ноган Вячеславовна Бадмаева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Калмыцкий научный центр РАН (д. 8, ул. им. И. К. Илишкина, 358000 Элиста, Российская Федерация)

младший научный сотрудник

 0000-0002-4799-5506. E-mail: noganabadmaeva[at]yandex.ru

© КалмНЦ РАН, 2024

© Бадмаева Н. В., 2024

**Аннотация.** В статье анализируются проблемы оказания медицинской помощи в сельской местности Республики Калмыкия. Цель статьи — изучить ключевые аспекты качества медицинского обслуживания на селе, включая доступность, условия ожидания, отношение медицинского персонала и уровень удовлетворенности пациентов. *Материалы и методы.* Для оценки численности медицинских работников проанализированы статистические данные, предоставленные Министерством здравоохранения Республики Калмыкия по запросу Калмыцкого научного центра РАН. Для изучения вопросов качества медицинской помощи в сельской местности проведен социологический опрос сельских жителей в 13 районах Республики Калмыкия. Всего в сельской местности в апреле, мае, июле 2024 г. опрошено 580 респондентов. Проведены также интервью с главами сельских муниципальных образований (N=20). *Результаты.* Проведенное исследование показало, что проблема доступности качественной медицинской помощи является одним из факторов региональной асимметрии, поскольку в городской местности проблема доступности медицинской помощи не является столь острой. Анализ статистической информации показал имеющуюся асимметрию в распределении врачей по возрастным группам во всех районах республики. Качество медицинской помощи в сельской местности остается одним из главных вызовов для российской системы здравоохранения. Проблемы, связанные с доступностью медицинских учреждений, нехваткой квалифицированного персонала и состояни-

ем инфраструктуры, продолжают оставаться актуальными и требуют незамедлительного решения. Решение этих проблем выступает фактором сокращения неравенства в отношении здоровья граждан, проживающих в разных типах поселений.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, сельская местность, обеспеченность врачами, распределение медицинских работников, удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, региональная асимметрия

**Благодарность.** Исследование проведено в рамках государственной субсидии — проект «Асимметрично развивающиеся территории перед традиционными и новыми вызовами: исследование динамики социально-экономических процессов и изменчивости экологической ситуации» (номер госрегистрации: 122022700133-9).

**Для цитирования:** Бадмаева Н. В. Медицинская помощь в сельской местности Республики Калмыкия: проблемы отраслевой асимметрии в регионе // Бюллетень Калмыцкого научного центра РАН. 2024. № 4. С. 241–271. DOI: 10.22162/2587-6503-2024-4-32-241-271

## Medical care in rural areas of the Republic of Kalmykia: problems of sectoral asymmetry in the region

*Nogan V. Badmaeva*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kalmyk Scientific Centre of the RAS (8, Ilishkin St., 358000 Elista, Russian Federation)

Junior Research Associate

 0000-0002-4799-5506. E-mail: noganabadmaeva[at]yandex.ru

© KalmSC RAS, 2024

© Badmaeva N. V., 2024

**Abstract.** The article analyzes the problems of medical care in rural areas of the Republic of Kalmykia. The *purpose* of the article is to study key aspects of the quality of medical care in rural areas, including accessibility, waiting conditions, the attitude of medical staff and the level of patient satisfaction. *Materials and methods.* To assess the number of medical workers, statistical data provided by the Ministry of Health of the Republic of Kalmykia at the request of the Kalmyk Scientific Center of the RAS were analyzed. To study the quality of medical care in rural

areas, a sociological survey of rural residents in 13 districts of the Republic of Kalmykia was conducted. A total of 580 respondents were interviewed in rural areas in April, May, and July 2024. The interviews with the heads of rural municipalities were also conducted (N=20). *Results.* The study showed that the problem of the access to qualified medical care is one of the factors of the regional asymmetry, since in urban areas the problem of the access to medical care is not so acute. The analysis of the statistical information showed the existing asymmetry in the distribution of the doctors by age groups in all regions of the republic. The quality of medical care in rural areas remains one of the main challenges for the Russian healthcare system. The problems related to the availability of the medical facilities, the lack of qualified personnel and the state of the infrastructure continue to be relevant and require immediate solutions. Solving these problems is a factor in reducing inequalities in the health of the citizens living in different types of settlements.

**Keywords:** medical care, rural area, availability of doctors, distribution of medical workers, patient satisfaction with the quality of medical care, regional asymmetry

**Acknowledgements.** The reported study was funded by government subsidy, project no. 122022700133-9 with the heads of rural municipalities “Asymmetrically Developing Territories to Face Traditional and New Challenges: Exploring Socioeconomic Dynamics and Environmental Changes”

**For citation:** Badmaeva N. V. Problems of Providing Medical Care in Rural Areas of the Republic of Kalmykia: Distribution of the Number of Medical Workers and Population Satisfaction with Medical Care. *Bulletin of the Kalmyk Scientific Centre of the RAS.* 2024; (4): 241–271. (In Russ.). DOI: 10.22162/2587-6503-2024-4-32-241-271

## 1. Введение

Качество оказываемой медицинской помощи в сельской местности является важной темой, требующей особого внимания. В условиях ограниченного доступа к медицинским учреждениям и специалистам жители сельских территорий каждый раз сталкиваются с вызовами, которые могут негативно сказываться на их здоровье и благополучии. Исследования показывают, что удовлетворенность пациентов медицинскими услугами в сельской местности часто ниже, чем в городской, что может быть связано с недостатком ресурсов, квалифицированного персонала и необходимой инфраструктуры [Коробкова 2015: 180].

Цель статьи — изучить ключевые аспекты качества медицинского обслуживания на селе, включая доступность, условия ожидания, отношение медицинского персонала и уровень удовлетворенности пациентов. Понимание этих факторов может способствовать принятию мер по улучшению качества медицинских услуг, а также повышению доверия населения к системе здравоохранения в целом.

## **2. Материалы и методы**

Для оценки численности медицинских работников были проанализированы статистические данные, предоставленные Министерством здравоохранения Республики Калмыкия по запросу Калмыцкого научного центра РАН. Министерство здравоохранения Республики Калмыкия предоставила данные о численности медицинских работников в государственных медицинских учреждениях республики. Для изучения вопросов качества медицинской помощи в сельской местности был проведен в апреле, мае и июле 2024 г. социологический опрос сельских жителей в 13 районах Республики Калмыкия [ПМА 2024 а]. Всего в сельской местности было опрошено 580 респондентов. Из них 70,7 % — женщины, 29,3 % — мужчины, в возрасте 18–20 лет — 6,6 %, 21–30 лет — 11,9 %, 31–40 лет — 16,6 %, 41–50 лет — 26,5 %, 51–60 лет — 29,8 %, 61–70 лет — 8,6 %. Опрос был проведен в 13 районных центрах, 38 сельских муниципальных образованиях Республики Калмыкия. Были проведены и интервью с главами сельских муниципальных образований (СМО), N=20 [ПМА 2024 б].

## **3. Проблемы оказания медицинской помощи в сельской местности**

Проблемы оказания медицинской помощи в сельской местности являются многогранными и требуют комплексного подхода для их решения.

История вопроса оказания медицинской помощи в сельской местности в России уходит корнями к Земской реформе 1864 г., которая привела к рождению земской медицины. Земская медицина — форма медико-санитарного обеспечения главным образом сельского населения, возникла в России после отмены крепостного права [Каспрук, Медведева 2016: 28]. До принятия данного по-

ложения врачебная помощь людям, живущим в селах и деревнях, практически не оказывалась или была низкоквалифицированной и не давала желаемого результата [Тарантин 2020: 305].

В советский период сельская медицина была достаточно хорошо развита, особое внимание уделялось организации и развитию районных больниц, но проблема нехватки кадров и низкого уровня оснащения оставалась актуальной [Молчанова 2019: 69]. После распада СССР ситуация усугубилась из-за сокращения финансирования и оттока специалистов в города. Масштабное сокращение государственного финансирования, стремительное развитие рынка платных медицинских услуг, рост неравенства в распределении ресурсов стали причинами снижения доступности медицинской помощи для жителей малых поселений [Козырева, Смирнов 2018: 36]. Сегодня основными вызовами являются недостаток кадров, удаленность населенных пунктов, устаревшая инфраструктура и недостаточное финансовое обеспечение.

Одной из основных проблем является ограниченный доступ к медицинским учреждениям. В отдаленных районах часто отсутствуют необходимые медицинские учреждения, а те, что есть, могут быть недостаточно оснащены для оказания качественной помощи.

Кроме того, нехватка квалифицированного медицинского персонала также является серьезной проблемой. Многие врачи и медсестры предпочитают работать в городах, где условия труда и заработная плата более привлекательны. Это приводит к тому, что в сельских районах часто не хватает специалистов, что негативно сказывается на качестве медицинского обслуживания.

Еще одной важной проблемой является недостаточная инфраструктура. Плохие дороги и отсутствие транспортных средств затрудняют доступ пациентов к медицинским учреждениям, особенно в экстренных ситуациях. Это может привести к задержкам в оказании помощи и ухудшению состояния здоровья пациентов.

Следует отметить, что уровень информированности населения о доступных медицинских услугах и профилактических мерах часто низок. Это может приводить к тому, что жители сельских районов не обращаются за медицинской помощью вовремя, что усугубляет их состояние.

#### 4. Количество медицинских учреждений и численность медицинских работников по районам Республики Калмыкия

Рассмотрим статистику медицинских учреждений и численность врачей и средних медицинских работников по районам республики (см. табл. 1).

Таблица 1. Распределение медицинских учреждений по районам, 2019–2023 гг.

Наименование медицинского учреждения	2019	2020	2021	2022	2023
<b>РЕСПУБЛИКА КАЛМЫКИЯ</b>					
Всего медицинских организаций	32	31	31	31	30
в том числе входящих в состав:					
Врачебная амбулатория	8	8	8	8	8
Офис врача общей практики	33	33	31	31	31
ФАП, ФП	90	95	98	98	98
<b>ГОРОДОВИКОВСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Городовиковская районная больница»	1	1	1	1	1
Врачебная амбулатория	3	3	3	3	3
Офис врача общей практики	0	0	0	0	0
ФАП, ФП	12	13	13	13	13
<b>ИКИ-БУРУЛЬСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Ики-Бурульская районная больница»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	4	4	4	4	4
ФАП, ФП	10	10	12	12	12
<b>ЛАГАНСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Лаганская районная больница»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	2	2	2	2	2
ФАП, ФП	3	3	3	3	3
<b>КЕТЧЕНЕРОВСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Кетченеровская районная больница»	1	1	1	1	1

Офис врача общей практики	5	5	5	5	5
ФАП, ФП	6	6	6	6	6
<b>МАЛОДЕРБЕТОВСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Малодербетовская районная больница»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	1	1	1	1	1
ФАП, ФП	7	7	7	7	7
<b>ОКТАБРЬСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Октябрьская районная больница»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	3	3	3	3	3
ФАП, ФП	3	3	3	3	3
<b>ПРИЮТНЕНСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Приютненская районная больница»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	3	3	3	3	3
ФАП, ФП	5	6	6	6	6
<b>САРПИНСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Сарпинская районная больница»	1	1	1	1	1
Врачебная амбулатория	2	2	2	2	2
Офис врача общей практики	2	2	2	2	2
ФАП, ФП	7	7	8	8	8
<b>ЦЕЛИННЫЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Городская поликлиника»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	1	1	2	2	2
ФАП, ФП	8	10	10	10	10
<b>ЧЕРНОЗЕМЕЛЬСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Черноземельская районная больница»	1	1	1	1	1
Врачебная амбулатория	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	2	2	2	2	2

ФАП, ФП	4	4	4	4	4
<b>ЮСТИНСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Юстинская районная больница»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	2	2	2	2	2
ФАП, ФП	7	7	7	7	7
<b>ЯШАЛТИНСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Яшалтинская районная больница»	1	1	1	1	1
Врачебная амбулатория	2	2	2	2	2
Офис врача общей практики	2	2	2	2	2
ФАП, ФП	8	8	8	8	8
<b>ЯШКУЛЬСКИЙ РАЙОН</b>					
БУ РК «Яшкульская районная больница»	1	1	1	1	1
Офис врача общей практики	3	3	3	3	3
ФАП, ФП	9	9	9	9	9

Источник: [\[Исх. № 5290 от 06.08.2024\]](#).

Представленная таблица 1 описывает количество медицинских учреждений Республики Калмыкия в период с 2019 г. по 2023 г., включая различные типы учреждений: врачебные амбулатории (ВА), офисы врачей общей практики (ОВОП), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), фельдшерские пункты (ФП), а также больницы в разных районах республики. В рассматриваемый период общее число медицинских организаций в Республике Калмыкия снизилось с 32 в 2019 г. до 30 в 2023 г.

Количество врачебных амбулаторий остается стабильным на уровне 8 организаций на протяжении всех пяти лет. Офисы врача общей практики в городском округе г. Элисты показали небольшое снижение с 33 до 31 в 2021–2023 гг., что может свидетельствовать о реорганизации или оптимизации системы здравоохранения. Численность фельдшерско-акушерских пунктов увеличилась с 90 до 98 в 2021–2023 гг., что может указывать на усилия по улучшению доступности медицинской помощи в отдельных районах.



Рассмотрим распределение медицинских работников в республике по различным показателям (см. табл. 2).

Таблица 2. Распределение медицинских работников Республики Калмыкия по полу и возрасту в 2023 г.

Медицинские работники	до 36 лет	36–45 лет	46–50 лет	51–55 лет	56–59 лет	60–64 лет	Всего
Врачи (муж.)	81	53	18	16	18	17	245
Врачи (жен.)	254	235	43	46	50	76	834
Средний медицинский персонал (муж.)	95	28	8	3	0	3	141
Средний медицинский персонал (жен.)	476	600	246	227	202	237	2 175

Источник: [Исх. № 5290 от 06.08.2024].

Общая численность врачей в республике в 2023 г. составила 1 079 (245 мужчин и 834 женщин). Общее число средних медицинских работников — 2 316 (141 мужчина и 2 175 женщин). По данным статистики обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях (человек на 10 тыс. населения), в Калмыкии в декабре 2023 г. составила 40,65 человек, при этом общероссийский показатель составлял в это период — 41,52 человека [Обеспеченность населения врачами...].

Обеспеченность населения средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях (человек на 10 тыс. населения), в Калмыкии в декабре 2023 г. составила 88,89 человек, что выше общероссийского показателя — 88,18 человек [Обеспеченность населения средними...].

В группе врачей наблюдается значительное количество женщин в возрасте до 36 лет (254), что может указывать на приток молодых специалистов в профессию. Среди средних медицинских работников женщин также значительно больше, особенно в возрастной категории до 36 лет (476). В возрастной группе 60–64 года количество

мужчин среди врачей (17) и средних медицинских работников (3) значительно меньше, чем женщин (76 и 237 соответственно).

Таким образом, распределение медицинских работников по полу и возрасту демонстрирует преобладание женщин среди медицинских работников, как среди врачей, так и среди средних медицинских работников. По данным Минздрава России, подавляющее большинство медицинских работников — женщины, среди врачей их — более 70 %, а среднего медицинского персонала — 95 % [Женская профессия:..]. Социологическое исследование среди женщин-врачей показало, что женщины-врачи «лучше понимают пациентов и способны сопереживать им в большей степени, чем мужчины», а преобладание женщин в структуре оказания первой медицинской помощи является гендернообоснованным [Ленина, Степанова 2017: 486].

Наблюдается также высокая доля молодых специалистов в возрасте до 36 лет, что может свидетельствовать о положительной динамике в привлечении новых кадров в медицинскую сферу.

Анализ численности медицинских работников (врачей и средних медицинских работников) по районам Республики Калмыкия показал, что по всем районам наблюдается значительное преобладание женщин как среди врачей, так и среди средних медицинских работников (см. табл. 3).

Таблица 3. Распределение врачей и средних медицинских работников по районам Республики Калмыкия

Район	Численность населения, чел.	Численность врачей, чел.	Численность средних медицинских работников, чел.
Городовиковский	13 573	30	83
Ики-Бурульский	9 992	22	69
Лаганский	18 650	31	83
Кетченеровский	8 588	23	62
Малодербетовский	9 256	27	58
Октябрьский	7 654	18	49
Приютненский	9 468	19	58
Сарпинский	11 466	20	67
Целинный	20 296	32	68
Черноземельский	11 850	15	62

Юстинский	8 903	20	55
Яшалтинский	14 402	18	81
Яшкульский	15 057	33	83

Источник: [Исх. № 5290 от 06.08.2024; Оценка численности населения...].

Наибольшее количество врачей — в Яшкульском (33), Целинном (32) и Лаганском районах (31). Наименьшее количество врачей — Черноземельском (15), Октябрьском (18) и Яшалтинском районах (18). Наибольшее количество среднего медицинского персонала отмечается в Городовиковском, Лаганском и Яшкульском районах — по 83 сотрудника. Наименьшее количество — в Октябрьском (49), в Малодербетовском (58) и Приютненском районах (58).

В целом можно отметить, что наибольшее число врачей и среднего медицинского персонала отмечается в самых многочисленных районах республики, а наименьшее — в малочисленных районах республики.

Большинство врачей находятся в возрастной группе до 36 лет (28 чел.). Следующая по численности группа — это врачи старше 65 лет (18 чел.). Таким образом, большинство врачей в рассматриваемых районах являются молодыми специалистами (до 36 лет), а вторая по величине группа — пожилые специалисты (65 лет и старше).

По нашему мнению, такое распределение является результатом функционирования государственных программ по поддержке молодых врачей, а также программ по развитию сельских территорий. Однако, как показывают приведенные данные, численность врачей в возрастной группе старше 36 лет значительно сокращается — это может свидетельствовать о том, что после завершения действий контракта молодые специалисты увольняются из сельских медицинских учреждений.

Такой возрастной разрыв в представленности врачей в районах республики можно объяснить и тем фактом, что в конце 1980-х – начале 1990-х гг. в России прекращается обязательное распределение студентов-выпускников медицинских вузов [Пузанова, Хуртина 2014: 148]. В этой связи у представителей средней возрастной группы отсутствовала мотивация уезжать работать в сельскую

местность, в их профессиональной культуре отсутствовало понятие «работа по распределению».

### **5. Проблемы медицинского обеспечения по данным интервью с главами сельских муниципальных образований**

Результаты интервью с главами СМО показали точечные проблемы как работы фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), так и самостоятельного решения сельскими жителями вопросов посещения медицинских учреждений. Так, во многих сельских муниципальных образованиях построенные новые модульные ФАПы пустуют. Это связано с отсутствием кадров: либо нежеланием молодежи работать в сельской местности, либо переездом фельдшеров в районный центр или город. В основном это небольшие поселки, они могут быть как отдаленные, так и находящиеся недалеко от столицы республики — г. Элисты. Как отметил глава одного из СМО, некоторые ФАПы, можно сказать, «держатся» за счет фельдшеров, которые «проработали там всю свою жизнь».

Один из глав сельского муниципального образования отмечает, что при равноудаленности их поселка от г. Элисты и от крупного села соседнего региона жители его поселка предпочитают получить медицинскую консультацию или помощь в другом регионе.

В данном случае мы наблюдаем пример пространственной асимметрии в доступе к медицинским услугам между двумя регионами. Асимметрия проявляется в том, что жители одного населенного пункта предпочитают получать медицинские услуги за пределами своего региона, несмотря на то, что географически они находятся примерно на одинаковом расстоянии до двух возможных точек получения этих услуг. Жители выбирают медицинский центр в соседнем регионе потому, что там стоимость приема врачей и сдачи анализов ниже, чем в г. Элисте. Это может свидетельствовать о различиях в ценовой политике медицинских учреждений разных регионов, а также о возможном наличии государственных субсидий или иных форм поддержки для снижения стоимости медицинских услуг в одном из регионов. Возможно, что, помимо цены, важную роль играет качество предоставляемых медицинских услуг. Если в соседнем регионе оно выше, то даже при равной удаленности люди могут предпочесть поездку туда ради лучшего

обслуживания. Несмотря на равную удаленность, логистика поездок в разные регионы может отличаться. Возможно, добраться до медицинского центра в соседнем регионе проще и быстрее, что делает этот вариант предпочтительным.

Таким образом, если по данным статистики в каждом сельском населенном пункте есть медицинское учреждение — в основном фельдшерско-акушерский пункт или фельдшерский пункт, то по факту не всегда он является «рабочим», «само здание есть, а никто там не работает» [ПМА 20246].

## **6. Удовлетворенность сельского населения качеством медицинской помощи**

Рассмотрим результаты социологического опроса по удовлетворенности сельского населения работой сельских медицинских организаций.

В первую очередь нами был задан вопрос, обращались ли респонденты в медицинские учреждения за последние полгода. Почти 80 % опрошенных респондентов за последние полгода обращались за помощью в медицинские учреждения. Результаты ответа на данный вопрос также говорят о высоком проценте обращаемости сельских жителей за медицинской помощью.

На вопрос о времени ожидания приема 78 % опрошенных ответили, что не испытывали серьезных задержек при обращении в медицинское учреждение. Однако почти 16 % респондентов сталкивались с длительными ожиданиями, 6 % респондентов затруднились ответить.

Рассмотрим отношение медицинского персонала к пациентам во время приема (см. табл. 4).

*Таблица 4.* Распределение ответов на вопрос «Какое отношение к Вам со стороны медицинского персонала чаще всего бывает во время приема?»

Медицинский работник	Корректное, %	Грубое, %	Безразличное, %
Врач	90,7	0,7	8,6
Фельдшер	92,1	0,7	7,2
Медицинская сестра / брат	93,4	—	6,6

Из данных таблицы 4 видно, что в целом пациенты довольны отношением медицинского персонала с преобладанием корректного обращения. Грубое и безразличное поведение встречается крайне редко среди всех категорий работников, что является положительной тенденцией в сфере здравоохранения. Это, вероятно, обусловлено тем, что в сельской местности многие жители знакомы друг с другом, поэтому врачи стремятся поддерживать хорошую репутацию среди местного сообщества. Это, возможно, связано с тем, что в селе все жители знают друг друга. Поэтому врачи заботятся о своей репутации.

На вопрос о получении всей необходимой информации во время обращения в медицинское учреждение более 73,5 % дали положительный ответ, что получили помощь оперативно и в полном объеме. При этом 22,5 % ответили отрицательно.

34,4 % респондентов отметили, что нагрузка на медицинских работников является очень большой, хотя 63 % опрошенных респондентов считают ее нормальной. Последнее наиболее распространенное мнение среди опрошенных и может указывать на то, что в глазах большинства пациентов медицинские работники могут справляться со своими обязанностями, не испытывая чрезмерного стресса. Только 2,6 % респондентов ответили, что нагрузка низкая. Таким образом, более 97 % опрошенных выражают мнение о нагрузке медицинских работников как большой или нормальной.

Тем не менее мнение более трети пациентов о том, что нагрузка велика, может указывать на необходимость дополнительного внимания к условиям труда медицинского персонала, а также на важность обеспечения достаточного количества работников для обеспечения качественного медицинского обслуживания в условиях растущих потребностей населения.

Нагрузка на врачей — одна из ключевых тем, которая обсуждается как среди медицинского сообщества, так и среди пациентов. Вопросы чрезмерной нагрузки, её влияния на здоровье самих врачей и качество оказываемой ими помощи вызывают беспокойство и становятся предметом многочисленных исследований и обсуждений. Исследования в других регионах показали, более 30 % врачей, работающих в сельской местности, оценили уровень профессионального выгорания как «крайне высокий», почти 40 % — как

«высокий», более 17 % — как «средний», 13 % — как «низкий» [Низова, Кислицына, Иванова 2018: 138].

Рассмотрим оценку пациентами работы медицинских работников на участке (врача-терапевта или фельдшера) (см. табл. 5).

*Таблица 5.* Распределение ответов на вопрос «Оцените, пожалуйста, работу вашего медицинского работника (врача-терапевта или фельдшера, который работает на вашем участке)»

Вариант ответа	%
Выполняет работу отлично, дает подробные рекомендации	62,3
Общается формально	35,1
Другое	2,6

По данным, представленным в таблице 5, мы видим, что 62,3 % респондентов оценили работу медицинского работника как отличную. Такой результат свидетельствует о том, что большинство пациентов удовлетворены качеством медицинской помощи и считают, что врач или фельдшер предоставляет исчерпывающую информацию и рекомендации по лечению и профилактике заболеваний. При этом 35,1 % респондентов отметили, что коммуникация с медицинским работником происходит формально. Это может говорить о том, что некоторые пациенты не ощущают близкого и индивидуального подхода со стороны врача, что может негативно сказываться на общем впечатлении о медицинских услугах.

Результаты ответов на первую группу вопросов показали положительное отношение сельского населения к работающим в их населенных пунктах медицинским работникам. В целом можно отметить, что сельские жители ценят труд медицинских работников, понимают, что, оставаясь работать в определенном населенном пункте медицинский работник, возможно, осознанно живет и работает в менее комфортных условиях, чем в городе или в другом регионе. Такие результаты были получены и в других исследованиях. Например, Т. В. Блинова, А. А. Вяльшина и В. А. Русановский отмечают, что «сельчане, в особенности жители отдаленных поселений, получают меньшие объемы медицинской помощи, но проявляют большую терпимость к недостаткам в организации медицинских услуг» [Блинова и др. 2020: 56].

Рассмотрим, каких врачей-специалистов, по мнению респондентов, не хватает в медицинских учреждениях республики, и они вынуждены посещать этих специалистов в других городах (см. табл. 6).

*Таблица 6.* Распределение ответов на вопрос «Для посещения каких специалистов Вы предпочли бы посетить медицинское учреждение в другом городе?»

Специализация врача	%
Кардиолог	58,9
Невролог	47,0
Эндокринолог	59,6
Уролог	33,8
Хирург	32,5
Отоларинголог	33,1
Офтальмолог	47,0
Гинеколог	29,8
Другой врач	4,6
Затрудняюсь ответить	12,6

Результаты показывают, что наиболее востребованными специалистами для посещения в другом городе являются кардиологи, эндокринологи, неврологи и офтальмологи. Именно в этих врачах-специалистах нуждаются жители сельских территорий. К примеру, в Нижегородской области, эндокринологи, офтальмологи, кардиологи, неврологи и хирурги являются наиболее востребованными среди специалистов мобильных бригад, выезжающих в сельские районы [[Пациенты «Поездов здоровья»...](#)]. Это подчеркивает важность качественного медицинского обслуживания в указанных областях и возможную необходимость улучшения доступа к таким специалистам в районных центрах республики и г. Элисте.

При необходимости получения экстренной медицинской помощи более 41 % респондентов самостоятельно решают эту проблему, предпочитая добираться до ближайшей больницы на собственном транспорте.

Анализируя ответы на вопрос о времени ожидания приезда скорой медицинской помощи после звонка, можно сделать следующие выводы (см. табл. 7). Большинство респондентов (45,7 %) указали, что бригада скорой помощи приезжает в тече-



ние первых 20 минут после вызова. Это свидетельствует о достаточно оперативной реакции службы скорой помощи в большинстве случаев. Еще 21,9 % участников сообщили, что ожидание составляет до 45 минут. Этот интервал также можно считать приемлемым временем реагирования, учитывая возможные факторы, такие как загруженность дорог или удаленность сельского муниципального образования. Доля тех, кто ожидает более одного часа, невелика — всего 3,3 %. Минимальное число респондентов (1,3 %) столкнулось с ситуацией, когда ожидание составило более двух часов. Таким образом, большинство респондентов отметили, что ожидают приезда скорой помощи в пределах разумного времени — до 20–45 минут. Тем не менее существуют исключения, когда ожидание затягивается, что может вызывать беспокойство у пациентов (см. табл. 7).

Исследователи в других регионах также отмечают, что сельское население находится в худших условиях из-за своего удаления от различных медицинских организаций, плохой транспортной и дорожной инфраструктуры. Выезд к больному в сельской местности может занять больше времени, чем выезд к больному в черте крупных населенных пунктов (больше нормативного времени в 20 минут) [Петухов 2022: 19].

Отметим, что результаты ответов на этот вопрос касаются в основном пациентов районных центров, поскольку у них есть возможность вызвать скорую помощь. Жители же других сельских муниципальных образований такой возможности не имеют и решают проблему получения медицинской помощи, к сожалению, самостоятельно.

*Таблица 7.* Распределение ответов на вопрос «Сколько примерно времени проходит с момента обращения по телефону до приезда бригады скорой медицинской помощи?»

Вариант ответа	%
До 20 минут	45,7
До 45 минут	21,9
Более 1 часа	3,3
Более 2 часов	1,3
Не обращался	27,8

Данные опроса свидетельствуют о том, что только 6 % респондентов полностью удовлетворены уровнем оснащенности выездной бригады скорой помощи, в то время как более 60 % остаются либо неудовлетворенными, либо имеют смешанные чувства по этому поводу. Это подчеркивает наличие проблем в оснащенности, которые необходимо решать в целях улучшения качества оказания медицинской помощи. Высокий процент недовольства также может указывать на необходимость дальнейшего анализа и повышения внимания к вопросам, связанным с материально-техническим обеспечением скорой медицинской помощи.

Анализ данных о том, приходилось ли респондентам использовать личные денежные средства для оплаты приезда скорой медицинской помощи, показал следующие результаты. Подавляющее большинство респондентов (87,4 %) никогда не использовали личные денежные средства для оплаты приезда скорой медицинской помощи. Это подтверждает, что в большинстве случаев услуги скорой помощи предоставляются бесплатно. Однако небольшая часть респондентов (9,9 %) отметила, что им приходилось оплачивать приезд скорой помощи. Еще меньший процент сельских жителей (2,7 %) указал, что оплачивал бензин для бригады скорой помощи. Это может происходить в редких случаях, когда медицинская служба вынуждена использовать личный транспорт для выезда на вызов, что обычно случается в отдаленных или труднодоступных районах.

В целом данные свидетельствуют о том, что система бесплатной скорой медицинской помощи в основном функционирует эффективно, однако есть отдельные случаи, когда пациентам приходится нести дополнительные расходы.

Оценивая результаты опроса об оптимизации сети медицинских учреждений в сельском населенном пункте за последние годы, можно сделать следующие выводы. Больше всего респондентов (40,4 %) считают, что ситуация ухудшилась. Это может свидетельствовать о сокращении числа медицинских учреждений, снижении доступности медицинской помощи или ухудшении качества предоставляемых услуг. Пятая часть участников опроса (20,5 %) отметила, что ничего не изменилось, что указывает на стабильность, но также и на отсутствие значимых улучшений в сфере

здравоохранения. Почти 20 % отметили, что ситуация улучшилась. Это может быть результатом открытия новых медицинских учреждений, модернизации существующей инфраструктуры или внедрения новых программ и технологий (см. табл. 8).

В целом преобладающее мнение заключается в том, что оптимизация сети медицинских учреждений в селе ухудшилась, что вызывает озабоченность и требует внимания со стороны органов здравоохранения и местного самоуправления.

*Таблица 8.* Как Вы оцениваете оптимизацию сети медицинских учреждений в вашем селе за последние годы/десятилетия

Вариант ответа	%
Улучшилась	19,9
Ухудшилась	40,4
Осталась прежней	20,5
Затрудняюсь ответить	19,2

Анализ ответов респондентов на этот вопрос по возрастным группам показал, что существует возрастная дифференциация в оценке оптимизации здравоохранения и работы медицинских учреждений в сельской местности. По мнению молодежи (6,4 % респондентов в возрасте 18–20 лет, 10,2 % респондентов в возрасте 21–30 лет, 3,1 % респондентов в возрасте 31–40 лет) ситуация улучшилась, при этом респонденты в старших возрастных группах выразили мнение, что ситуация ухудшилась (7,6 % респондентов в возрасте 31–40 лет, 12,4 % респондентов в возрасте 41–50 лет, 14,6 % респондентов в возрасте 51–60 лет, 5,4 % респондентов в возрасте 61 лет и старше). Таким образом молодое поколение считает, что по сравнению с 2000-ми гг. ситуация сейчас намного лучше, а старшее поколение считает, что по сравнению с советским периодом ситуация сейчас намного хуже.

Рассмотрим, какие улучшения отметили респонденты (см. табл. 9).

*Таблица 9.* Распределение ответов на вопрос «Если произошли улучшения в работе медицинских учреждений, то скажите, какие?»

Изменения	%
Построили новое здание	39,1
В медицинском учреждении сделали ремонт	28,5

В районных больницах появились некоторые «узкие» специалисты	24,5
Появилось диагностическое оборудование	11,3
Появилась возможность проводить лабораторные исследования	4,0
Проводится диспансеризация населения	24,5
Приступил к работе высококлассный специалист	2,6
Другое	3,3

Распределение ответов респондентов, представленной в табл. 9, показало, что среди положительных изменений в работе медицинских учреждений выделяются следующие аспекты: наиболее значимым изменением стало строительство новых зданий для медицинских учреждений, что отметили 39,1 % респондентов. Новые здания обеспечивают современные условия для предоставления медицинских услуг и повышают комфорт как для пациентов, так и для медицинского персонала. Почти треть участников (28,5 %) отметили проведение ремонтных работ, что также улучшает условия пребывания пациентов и работы медиков. Четверть респондентов (24,5 %) указали на появление узкопрофильных специалистов в районных больницах. Это существенно расширяет спектр предоставляемых медицинских услуг и повышает их качество. Четверть респондентов (24,5 %) отметили начало проведения диспансеризации населения. Регулярные медицинские осмотры позволяют выявлять заболевания на ранних стадиях и предотвращать их дальнейшее развитие. Появление диагностического оборудования отметили лишь 11,3 % респондентов, что говорит о проблеме оснащения районных больниц современным оборудованием. Всего несколько человек (2,6 %) отметили приход высококлассных специалистов, что также подтверждает проблему кадрового обеспечения сельских населенных пунктов. В целом результаты опроса демонстрируют стремление к повышению качества медицинских услуг в сельской местности, что важно для поддержания здоровья населения.

Рассмотрим мнения респондентов о качестве медицинской помощи в их населенном пункте (см. табл. 10).

Таблица 10. Распределение ответов на вопрос «По Вашему мнению, в вашем населенном пункте за последние десятилетия качество медицинской помощи как изменилось?»

Вариант ответа	%
Улучшилось	18,5
Ухудшилось	31,8
Осталось прежним	33,1
Затрудняюсь ответить	16,6

На основании представленных в таблице 10 данных можно сделать следующие выводы о восприятии жителями качества медицинской помощи в их населенном пункте за последние десятилетия. Почти треть респондентов (31,8 %) считает, что качество медицинской помощи ухудшилось. 33,1 % респондентов полагают, что качество медицинской помощи осталось на прежнем уровне. 18,5 % респондентов отметили улучшение качества медицинской помощи. В целом мнения респондентов разделились, но среди респондентов преобладает ощущение, что качество медицинской помощи либо ухудшилось, либо осталось на прежнем уровне. Сельские жители других регионов также выражают недовольство качеством медицинской помощи [Якушин и др. 2024: 22].

Оценивая модернизацию здравоохранения в других регионах у сельчан по вопросу качества медицинской помощи доля оценок «снизилось» преобладает над долей оценок «повысилось». Следует подчеркнуть, что значительная часть опрошенных (до 54 %) каких-либо изменений в сфере здравоохранения за обсуждаемый период не отмечает [Шабунова, Кондакова 2014: 11].

Данные опроса позволяют проследить, что, по мнению респондентов, повлияло на улучшение качества медицинской помощи в их населенном пункте (см. табл. 11).

Таблица 11. Распределение ответов на вопрос «Если качество медицинской помощи улучшилось, то скажите, что именно?»

Вариант ответа	%
Появился постоянный участковый врач	9,9
Открылся ФАП	22,5
В районных больницах появились некоторые врачи — узкие специалисты	31,8

Появилось диагностическое оборудование	11,3
Появилась возможность проводить лабораторные исследования	4,0
Проводится диспансеризация населения	46,4
Другое	6,0

Результаты опроса показали, что большинство респондентов отмечают положительные изменения в качестве медицинской помощи, особенно в отношении проведения диспансеризации населения и появления узких специалистов в районных больницах. Исследования показывают, что для сельских жителей диспансеризация является важной возможностью получения медицинской помощи. Сельчане активнее городских жителей проходят диспансеризацию, однако сельским жителям приходится проходить диспансеризацию, посещая медицинское учреждение два или три раза, а некоторые и больше [Попов 2024]. Это свидетельствует о стремлении к улучшению доступности и качества медицинских услуг. Однако важно продолжать работу над другими аспектами медицинского обслуживания, чтобы удовлетворить потребности населения.

Результаты опроса показали, что в районных медицинских учреждениях наблюдается значительная нехватка врачей — узких специалистов, особенно кардиологов, эндокринологов и урологов. Это подчеркивает необходимость улучшения доступа к специализированной медицинской помощи для населения, что может способствовать повышению качества медицинских услуг и улучшению здоровья населения в целом.

Рассмотрим также, в какие учреждения, частные или государственные, предпочитают обращаться респонденты при сдаче медицинских анализов. Данные показывают, что 47,7 % опрошенных сельских жителей предпочитают обращаться в государственные учреждения для сдачи анализов. Это может свидетельствовать о доступности и бесплатности услуг, предоставляемых государственными медицинскими учреждениями. Однако более 52 % респондентов отметили, что выбирают для сдачи анализов частные учреждения. По результатам исследований в других регионах качество медицинских услуг в частных организациях оценивают выше, чем в государственных [Груздева, Калачикова 2018: 68]. Это свидетельствует о том, что частные

медицинские учреждения становятся все более популярными среди населения, вероятно, благодаря удобству, скорости обслуживания и качеству предоставляемых услуг. В целом результаты опроса показывают, что предпочтения пациентов при сдаче анализов распределены почти поровну между государственными и частными медицинскими учреждениями, с небольшим перевесом в пользу частных. Это подчеркивает значимость как государственного, так и частного сектора в обеспечении медицинских услуг и удовлетворении потребностей населения.

Анализ данных о времени ожидания результатов исследований (анализов) показывает следующие результаты (см. табл. 12).

*Таблица 12.* Распределение ответов на вопрос «Сколько приходится ожидать результатов исследований (анализы)?»

Медицинское учреждение	Несколько часов, %	Один день, %	Несколько дней, %
Государственное	9,9	43,7	37,1
Частное	36,4	43,7	13,2

По результатам, представленным в таблице 12, видно, что большинство респондентов как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях ожидают результаты анализов в течение одного дня. Однако в государственных учреждениях наблюдается более высокая доля респондентов, ожидающих результаты в течение нескольких дней, в то время как частные учреждения обеспечивают более быстрое получение результатов для значительной части пациентов. Это может указывать на различия в эффективности работы государственных и частных медицинских учреждений и подчеркивает важность улучшения процессов в государственных клиниках для повышения удовлетворенности пациентов.

Результаты опроса показали, что большинство респондентов (48,4 %) оценивают оснащенность медицинских учреждений как плохую, что подчеркивает необходимость улучшения материально-технической базы. Более трети респондентов (34,4 %) считает, что оснащение оборудованием медучреждений лишь частично удовлетворяет потребности, что также указывает на наличие проблем. Небольшая доля респондентов оценивает ситуацию как хорошую, что может свидетельствовать о наличии отдельных учреждений с современным оборудованием. Распределение ответов

респондентов подчеркивает важность инвестиций в обновление и модернизацию медицинского оборудования для повышения качества медицинских услуг. Исследователи отмечают, что низкие показатели здоровья сельского населения являются результатом слабого материально-технического и кадрового обеспечения сельского звена здравоохранения [Якушин и др. 2023: 27].

Далее рассмотрим удовлетворенность респондентов прохождением стационарного лечения (см. табл. 13).

*Таблица 13.* Распределение ответов на вопрос «Приходилось ли Вам проходить лечение в стационаре?»

Вариант ответа	%
Проходил лечение в режиме стационара круглосуточного пребывания	37,1
Проходил лечение в режиме дневного стационара	33,1
Не обращался за получением помощи в стационаре	29,8

Почти 40 % респондентов проходили лечение в стационаре как круглосуточного, так и дневного пребывания. При этом почти 30 % опрошенных не обращались за стационарной помощью, что может указывать на наличие альтернативных методов лечения или отсутствие серьезных заболеваний. Эти данные подчеркивают важность доступности стационарной помощи для пациентов, нуждающихся в более интенсивном лечении.

Результаты опроса показали различные уровни удовлетворенности пациентов условиями и сервисом в приемном покое больницы в день госпитализации. 33,1 % респондентов выразили полное удовлетворение продолжительностью ожидания, условиями и отношением персонала. Это положительный показатель, говорящий о том, что значительная часть пациентов довольна качеством обслуживания. Почти половина участников (47 %) указала частичное удовлетворение, что может свидетельствовать о наличии определенных недостатков, которые, однако, не вызывают сильного недовольства. 16,6 % респондентов скорее не удовлетворены условиями и обслуживанием. Это указывает на наличие существенных проблем, которые требуют внимания и исправления. 3,3 % участников полностью не удовлетворены своим опытом в приемном покое. Несмотря на небольшой процент, это все же сигнал о необходимости улучшения отдельных аспектов работы.



В целом большинство пациентов выражают умеренную или полную удовлетворенность, что является положительным моментом. Однако значительное количество частично неудовлетворенных и совсем неудовлетворенных пациентов требует внимания со стороны администрации больницы для устранения недостатков и повышения общего уровня сервиса.

Оценка действий персонала больницы по уходу за пациентами во время их пребывания демонстрирует следующую картину:

- «Отлично»: 10,6 % респондентов оценили действия персонала как отличные. Это свидетельствует о высоком уровне ухода и внимательного отношения к пациентам в некоторых случаях;
- «Хорошо»: более трети участников (40,4 %) дали персоналу хорошую оценку, т. е. большинство пациентов довольны уровнем обслуживания и ухода;
- «Удовлетворительно»: немногим меньше половины респондентов (42,4 %) оценили действия персонала удовлетворительно, что может говорить о наличии определенных недочетов, которые не критичны, но требуют внимания;
- «Крайне плохо»: 6 % участников остались крайне недовольны действиями персонала. Такой результат указывает на значительные недостатки в уходе за пациентами, которые требуют немедленного вмешательства и коррекции;
- «Плохо»: лишь 0,6 % респондентов оценили уход как плохой. Это минимальный процент, но он также заслуживает внимания, так как любой негативный опыт может повлиять на общее восприятие качества медицинских услуг.

Таким образом, оценка действий персонала по уходу варьируется от отличной до крайне плохой, с наибольшим количеством отзывов в диапазоне «хорошо» и «удовлетворительно». По нашему мнению, несмотря на то, что большая часть пациентов довольна работой персонала, существует пространство для улучшения, особенно в тех случаях, когда пациенты оценивают уход как неудовлетворительный или крайне плохой. К примеру, качеством оказываемой медицинской помощи в круглосуточном стационаре в сельской местности Саратовской области удовлетворены 48 (47,1 %) человек, частично удовлетворены 35 (34,3 %), не удовлетворены 17 (16,7 %) [Блинова и др. 2021: 211].

Результаты опроса показывают, что большинство пациентов столкнулись с необходимостью приобретения лекарственных средств за свой счет во время пребывания в медицинской организации (см. табл. 14).

*Таблица 14.* Распределение ответов на вопрос «Возникла ли у Вас во время пребывания в медицинской организации необходимость приобретать лекарственные средства, необходимые для лечения, за свой счет?»

Вариант ответа	%
Да, в качестве лучшей альтернативы лечения бесплатными лекарствами	9,9
Да, так как нужных лекарств не было в наличии	81,5
Нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно	4,0
Не возникало необходимости приема лекарственных средств	4,6

По результатам, представленным в таблице 14, видим, что основная масса респондентов (81,5 %) указала, что им пришлось покупать лекарства, потому что их не было в больнице. Это может свидетельствовать о проблемах с обеспечением медицинских учреждений необходимыми препаратами. 9,9 % участников опроса приобретали лекарства за свой счет, считая их более эффективными по сравнению с теми, которые предлагались бесплатно, что может отражать сомнения в качестве бесплатных препаратов или желание получить лучшее лечение. Лишь 4 % респондентов получили все необходимые лекарства бесплатно. Это указывает на то, что в некоторых случаях система обеспечения работает хорошо. Таким образом, подавляющее большинство пациентов вынуждены были приобретать лекарства за свой счет, что подчеркивает существующие проблемы с обеспечением медицинских организаций необходимыми препаратами.

По результатам опроса было также выявлено, что 81,5 % респондентов указали, что им приходилось оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счет во время пребывания в медицинской организации. Это свидетельствует о том, что значительная часть пациентов сталкивается с дополнительными финансовыми затратами на диагностику, помимо основного лечения. Только 18,5 % участников отметили, что не имели необходимости

оплачивать такие исследования. Это может говорить о различиях в доступе к бесплатным услугам или о разной потребности в дополнительных исследованиях в зависимости от конкретного случая.

## 7. Результаты

По данным статистики в каждом сельском населенном пункте есть медицинское учреждение, в основном фельдшерско-акушерский пункт или фельдшерский пункт, но по факту не всегда он является «рабочим». В целом по республике большинство из 1 079 врачей находятся в возрастной группе до 36 лет (335 человек), следующая по численности группа — это врачи в возрасте 35–45 лет (288 человек); другие возрастные группы показывают небольшую разницу (61 чел. в возрасте 46–50 лет, 62 чел. — 51–55 лет, 68 чел. — 56–59 лет, 73 чел. — 60–64 лет). Но при этом только 28,5 % врачей (308 человек) работают в 13 районах республики, и распределение врачей по возрасту в районах республики показывает иную картину. Из 308 врачей по численности самую большую группу составили врачи в возрасте до 36 лет (28 человек), а следующей по численности является группа врачей старше 65 лет (18 человек). Всего в республике по данным Росстата на 2024 г., 266 770 человек, тогда как, согласно приведенным в табл. 3 данным, в районах республики проживает 159 155 человек (т. е. 59,67 %). При этом всего в республике работают 1 079 врачей и 2 316 средних медицинских работников, из них в районах республики — 308 врачей и 878 человек среднего медицинского персонала. Такая картина свидетельствует прежде всего о недостаточной обеспеченности средним медицинским персоналом, ведь на 59,67 % населения в районах республики приходится 36 % всех средних медицинских работников. Гораздо хуже ситуация с врачами в сельской местности: там работают всего 28 % врачей от общей численности в республике. При этом вторая по численности группа районных врачей в недалеком будущем не сможет продолжить работу, и открытым остается вопрос о том, останутся ли работать в районах молодые врачи, превосходящая по численности группа которых явно связана своим происхождением с принятием специальных программ типа «Земский доктор». Таким образом, остро стоит проблема закрепления кадров на селе, тогда как из-

вестно, что тенденция к миграции из сельской местности в город довольно значительна.

Проведенный опрос сельских жителей по проблеме удовлетворенности получением медицинской помощи затрагивает важные аспекты качества медицинской помощи в сельской местности, включая проблемы с доступностью, квалификацией персонала и состоянием инфраструктуры.

Одним из ключевых барьеров для получения качественной медицинской помощи в сельской местности является физическая удаленность от медицинских учреждений. В некоторых случаях жителям приходится преодолевать еще большее расстояние, что особенно проблематично для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями.

Еще одна серьезная проблема — нехватка квалифицированных медицинских специалистов. Согласно исследованию, в менее чем половине сельских населенных пунктах имеются офисы врача общей практики. При этом результаты опроса показали проблему нехватки врачей — узких специалистов. Таким образом, не все сельские жители могут получить базовую медицинскую помощь, и острой проблемой остается возможность получения консультации узкопрофильных специалистов.

Наибольшую неудовлетворенность вызывают проблемы оснащения скорой помощи, необходимость покупки лекарств за собственный счет при нахождении в дневном стационаре сельской или республиканской больницы.

Многие сельские медицинские учреждения находятся в старых помещениях, нуждаются в капитальном ремонте. Это создает дополнительные сложности для медицинского персонала и ухудшает условия приема пациентов. При этом даже в новом модульном медицинском пункте — офисе врача общей практики или в ФАПе, может быть нехватка медицинских работников, оснащения и расходных материалов.

Таким образом, проблемы качества медицинской помощи в сельской местности многообразны и требуют комплексного подхода для их решения. Важно учитывать специфику каждой территории и разрабатывать индивидуальные стратегии улучшения медицинской инфраструктуры и кадрового потенциала.

## 8. Выводы

Проведенное исследование показало, что проблема доступности качественной медицинской помощи является одним из факторов региональной отраслевой асимметрии, поскольку в городской местности проблема доступности медицинской помощи не является столь острой.

Анализ статистической информации показал имеющуюся асимметрию в распределении врачей, во-первых, по региону проживания в республике, во-вторых, по возрастным группам во всех районах республики. Остро стоит проблема обеспеченности врачебной помощью в районах, при этом необходимо принятие концептуальных решений для закрепления на текущих местах работы молодых врачей, прибывших на село по государственным программам.

Качество медицинской помощи в сельской местности остается одним из главных вызовов для российской системы здравоохранения. Проблемы, связанные с доступностью медицинских учреждений, нехваткой квалифицированного персонала и состоянием инфраструктуры, продолжают оставаться актуальными и требуют незамедлительного решения. Решение этих проблем выступает фактором сокращения неравенства в отношении здоровья граждан, проживающих в разных типах поселений.

### Источники

- ПМА 2024а — количественный опрос сельских жителей по изучению вопросов качества медицинской помощи в сельской местности, N=580 респондентов, 13 районных центров, 30 сельских муниципальных образований Республики Калмыкия (апрель, май, июль 2024 г.)
- ПМА 2024б — интервью с главами сельских муниципальных образований, N=20 (13 районов Республики Калмыкия, апрель, май, июль 2024 г.)

### Литература

- Блинова и др. 2020 — Блинова Т. В., Вяльшина А. А., Русановский В. А. Отношение сельского населения к своему здоровью и доступности медицинской помощи // Экология человека. 2020. № 12. С. 52–58.
- Блинова и др. 2021 — Блинова В. В., Богданова Т. М., Вологина А. П., Семёнова В. А., Занкин М. А. Удовлетворенность населения сельской местности качеством медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2021. Т. 65. № 3. С. 208–213.

- Груздева, Калачикова 2018 — *Груздева М. А., Калачикова О. Н.* Особенности самосохранительного поведения сельского населения // Синергия. 2018. № 4. С. 64–71.
- Женская профессия... — Женская профессия: среди врачей только 30% мужчин, а медбратьев лишь 5 % [электронный ресурс] // Российская газета. 09.03.2024. URL: <https://rg.ru/2024/03/09/reg-szfo/zhenskaia-professiia-sredi-medicinskih-rabotnikov-lish-30-muzhchin-i-5-medbratov.html> (дата обращения: 01.12.2024).
- Исх. № 290 от 06.08.2024. Ответ на запрос. Министерство здравоохранения Республики Калмыкия.
- Каспрук, Медведева 2016 — *Каспрук Л. И., Медведева Ю. А.* Из истории развития земской медицины // Земский врач. 2016. №. 3-4 (31-32). С. 28-30.
- Козырева, Смирнов 2018 — *Козырева П. М., Смирнов А. И.* Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности // Гуманитарий Юга России. 2018. Т. 7. №. 4. С. 33-49.
- Коробкова 2015 — *Коробкова О. К.* Проблемы совершенствования оказания медицинских услуг в сельской местности регионов Российской Федерации // Russian Journal of Economics and Law. 2015. №. 1 (33). С. 179–186.
- Ленина, Степанова 2017 — *Ленина Д. А., Степанова А. В.* Роль женщины в медицине // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2017. Т. 7. № 1. С. 484-486.
- Молчанова 2019 — *Молчанова Е. В.* Особенности развития системы здравоохранения в России // Тенденции развития науки и образования. 2019. № 51–4. С. 67–71.
- Низова, Кислицына, Иванова 2018 — *Низова Л. М., Кислицына И. Г., Иванова С. И.* Зона риска как фактор профессионального выгорания медицинских работников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. Т. 26. №. 3. С. 137-140.
- Обеспеченность населения врачами... — Обеспеченность населения врачами, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях (человек на 10 тыс. населения) [электронный ресурс] // URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/61875> (дата обращения: 16.11.2024).
- Обеспеченность населения средними... — Обеспеченность населения средними медицинскими работниками, работающими в государственных и муниципальных медицинских организациях (человек на 10 тыс. населения) [электронный ресурс] // URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/61874> (дата обращения: 16.11.2024).
- Оценка численности населения... — Оценка численности городского и сельского населения на 1 января 2017-2024 года [электронный ре-

- сурс] // URL: <https://30.rosstat.gov.ru/folder/40833> (дата обращения: 16.11.2024).
- Пациенты «Поездов здоровья»... — Пациенты «Поездов здоровья» чаще всего обращаются к эндокринологам и офтальмологам [электронный ресурс] // URL: <https://nnov.er.ru/activity/news/pacienty-poezdov-zdorovyya-chashe-vsego-obrashayutsya-k-endokrinologam-i-oftalmologam> (дата обращения: 16.11.2024).
- Петухов 2022 — *Петухов Н. А.* Оказание медицинской помощи населению на примере Брянской, Калужской и Смоленской областей // Экономический вестник ИПУ РАН. 2022. Т. 3. № 3. С. 3–21.
- Попов 2024 — *Попов А. В.* Доступность медицинской помощи жителям, проживающим на территории обслуживания районных больниц // Дневник науки. 2024. № 9. С. 3–13.
- Пузанова, Хуртина 2014 — *Пузанова Ж. В., Хуртина В. В.* Особенности организационного поведения российских врачей // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. 2014. № 2. С. 146–160.
- Тарантин 2020 — *Тарантин В. А.* Местное самоуправление в развитии здравоохранения в России: история и современность // Особенности государственной политики России в условиях санкций: сборник трудов Восьмой межвузовской науч. конф. (15 декабря 2020 г.). Химки: ФГБВОУ ВО АГЗ МЧС России, 2020. С. 304–316.
- Шабунова, Кондакова 2014 — *Шабунова А. А., Кондакова Н. А.* Региональный опыт реализации программы модернизации здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. Т. 58. № 2. С. 8–13.
- Якушин и др. 2023 — *Якушин М. А., Бакирова Э. А., Яроцкий С. Ю., Воробьева А. В., Васильев М. Д., Горенков Р. В.* О современном состоянии и перспективах развития сельского здравоохранения. Менеджер здравоохранения. 2023 № 7. С. 20–32. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-7-20-32