

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ЖИТЕЛЕЙ ТИПИЧНОГО СРЕДНЕГО ГОРОДА В ПОЛЬШЕ

Пежхальска М.
Высшая школа общественных и технических наук
Радом, Польша

Оздоровительные потребности жителей типичного среднего города в Польше не удовлетворяются в достаточной степени. Наибольшим барьером в отношении доступности медицинских услуг являются финансовые ограничения. Большинство населения испытывает трудности с визитами в медицинские учреждения. Поэтому, стремясь получить быстрый доступ к медицинским услугам, пациенты предпочитают частное лечение. В польской системе здравоохранения необходимы очередные реформы, которые будут учитывать политические перемены и систему рыночной экономики. Внедряемая в Польше современная концепция общественного здоровья, требующая изменений в законодательстве, может улучшить деятельность системы здравоохранения.

Ключевые слова: оздоровительные потребности жителя, медицинские услуги, система здравоохранения.

Оздоровчі потреби мешканців типового середнього міста в Польщі не задовольняються достатньою мірою. Найбільшою перешкодою стосовно доступності медичних послуг є фінансові обмеження. Більшість населення відчуває труднощі з візитами в медичні заклади. Тому, намагаючись отримати швидкий доступ до медичних послуг, пацієнти віддають перевагу приватному лікуванню. Польська система охорони здоров'я потребує чергових реформ, які будуть урахувати політичні зміни та систему ринкової економіки. Упроваджувана в Польщі сучасна концепція суспільного здоров'я, що потребує змін у законодавстві, може поліпшити діяльність системи охорони здоров'я.

Ключові слова: оздоровчі потреби мешканця, медичні послуги, система охорони здоров'я.

Health needs of residents of the typical average city in Poland aren't being satisfied in the degree sufficing for the quality of life. Undoubtedly, financial restrictions in the system determine the biggest barrier for increasing the availability of health benefits. The majority of the population in Poland finds it difficult to access to the basic care and specialist. In order to get a quick access to medical services, patients decide on the private treatment resigning from free health care in the public sector. Subsequent changes of the health care system that will take into consideration political changes and the implementation of the market economy are essential in Poland. Introducing the National Health Fund (instead of health-insurance funds) did not change insurance principles and principles of contracting benefits. Modern concept of the «public health» of statutory regulation that has been implemented in Poland can have a great impact on improving the functioning of the health care system.

Keywords: health needs, medical facilities, functioning of the health care system.

Введение. Система здравоохранения является одним из главных элементов, обеспечивающих благополучное функционирование человека в обществе, а также функционирование самого общества. Доступность службы здравоохранения играет важную роль в создании достойных условий жизни, поэтому Конституция Польши гарантирует право каждому гражданину на здравоохранение. В ст. 68 говорится, что «Граждане, независимо от их материального положения, имеют равные права на бесплатную медицинскую помощь».

Однако конституционное положение о равной доступности медицинских услуг, важное как общественный постулат, на практике не обеспечивает населению чувства безопасности. Причины этого — экономические, которые усиливаются на протяжении более чем 20 лет, т.е. с периода политических и общественно-экономических перемен в 1989 году. Непосредственными объективными факторами, которые обостряют экономическую несостоятельность в обеспечении медицинской помощи, следует считать повышение средней продолжительности жизни. За период с 1990 по 2010 год этот показатель возрос у мужчин на 5,87 года (с 66,23 до 72,10 года) и у женщин на 5,35 года (с 75,24 до 80,59 года) [17]. Это приводит к увеличению среднего возраста населения (по прогнозам до 2020 года количество людей в странах Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСД), которые достигли 80-летнего возраста, удвоится) и к возрастанию стоимости лечения в связи с внедрением все более современных медицинских технологий [14].

Первая из этих причин приводит к повышению затрат на деятельность системы здравоохранения, поскольку среди населения старше 65 лет возрастает потребность в медицинских услугах, часто долговременных. Известно, что при старении происходит накопление хронических болезней [4,12], что считается естественным проявлением возрастных изменений организма [1,5,8–10]. Массовое распространение хронических болезней сопровождается формированием долговременных проблем со здоровьем. Так, количество таких проблем в возрасте 70 лет и более по сравнению с возрастом 15-29 лет у мужчин и женщин возрастает в 5,3 раза [17].

Польская система здравоохранения основана на обязательном страховании в Национальном Фонде Здоровья, причем взносы платятся с любых доходов. Недостаточность этих взносов приводит к финансовым проблемам, преимущественно в больницах. Это обусловило необходимость реформы системы медицинского обслуживания населения, так как существующая система здравоохранения не удовлетворяет запросы населения. Уже многие годы в стране идут дебаты о наилучшей модели системы здравоохранения и ее финансировании. В Польше в 2009 году общие расходы на здравоохранение составляли 7,4% внутреннего валового продукта (РКВ), что ниже соответствующего среднего показателя для стран Евросоюза.

Необходимость выделения все больших сумм из государственного бюджета с целью обеспечения гражданам соответствующей медицинской помощи порождает тенденцию ограничения роли государства в оздоровительной политике. В Польше это выражается рационализацией расходов, которыми ведает Национальный Фонд Здоровья, передачи функций управления медицинской помощью основным местным органам и в стремлении к превращению больниц в экономические сообщества, в которых первоочередную роль играют экономические обоснования [15]. Заметно также возрастание частного рынка медицинских услуг, что связано с длительным периодом ожидания при реализации диагностических исследований и лечения в государственных медицинских учреждениях.

Самооценка состояния здоровья

В свете вышеперечисленных общих замечаний о польской системе здравоохранения нами проводились исследования с целью определения, насколько эта система, несомненно, требующая реформ, удовлетворяет оздоровительные потребности жителей. Главной целью исследования было выяснение, в каком объеме эти потребности, характерные для населения типичного, среднего по величине города Польши,

удовлетворяются. В качестве такого города был избран Радом, находящийся в центральной части Польши город средних размеров с населением около 220 тыс. человек, располагающий инфраструктурой, которая оказывает медицинские услуги в полном объеме. Исследованием охвачено 1126 человек, ответивших на 71 вопрос анкеты.

При анализе полученных данных учитывались три основных фактора, которые могут повлиять на самооценку состояния здоровья, а также на необходимость медицинских услуг. К ним относятся количество жителей Радома, общественно-демографическая их характеристика, в том числе возраст жителей и самооценка ими своего здоровья, а также инфраструктура медицинских учреждений. Учитывая невозможность объективной диагностики состояния здоровья по прямым показателям [2,6,7] и относительность так называемых «отрицательных измерителей», представленных заболеваемостью и другими эпидемиологическими показателями, субъективная оценка здоровья заслуживает особого внимания. Именно она, характеризуя способность индивидуума функционировать в обществе и получать удовлетворение от жизни, в решающей степени определяет качество жизни человека [2,6]. Поэтому мы придавали большое значение анализу этого показателя. Первоначальные результаты исследований были представлены в 2010 году в сообщении, касающемся общественной политики в Радоме [16].

В табл. 1 представлены ответы на вопрос о самооценке здоровья.

Таблица 1. Самооценка состояния здоровья по общественно-демографическим признакам, проценты

		Как Вы оцениваете состояние Вашего здоровья?					Всего
		хорошее	скорее хорошее	скорее плохое	плохое	трудно сказать	
Пол	мужчина	21,4	53,2	13,5	6,3	5,6	444
	женщина	17,0	54,5	15,8	4,8	7,8	682
Возраст	18-25	38,9	52,2	5,7	0,8	2,4	247
	26-35	21,6	58,3	10,1	3,5	6,5	199
	26-50	11,6	57,8	17,6	6,1	7,0	329
	51-60	5,5	51,9	23,5	10,9	8,2	183
	61 год и больше	14,3	46,4	19,6	7,1	12,5	168
Образование	неоконченное среднее	7,2	55,7	21,6	10,3	5,2	97
	среднее специальное	11,0	49,2	18,8	8,4	12,6	191
	среднее	22,1	50,1	15,6	6,2	6,0	403
	неполное высшее (бакалавр)	29,1	48,7	13,9	2,5	5,7	158
	высшее	18,6	66,4	9,1	1,6	4,3	253
	отказ от ответа	4,2	54,2	12,5	8,3	20,8	24
Количество людей в семье	1 человек	20,2	39,3	19,1	9,0	12,4	89
	2 человека	14,4	47,3	22,9	5,9	9,6	188
	3 человека	18,0	55,5	14,5	6,3	5,9	256
	4 человека	20,7	59,9	10,2	4,2	5,1	334
	5 человек	17,8	57,5	13,8	2,9	8,0	174
	6 человек и больше	23,5	49,4	15,3	8,2	3,5	85
Общественное профессиональное положение (самооценка)	сотрудник государственного учреждения	13,3	64,7	15,6	0,6	5,8	173
	сотрудник органов самоуправления	20,0	65,0	7,5	2,5	5,0	80
	сотрудник частной фирмы	27,2	54,4	9,4	1,7	7,2	180
	владелец частной фирмы	24,4	65,9	9,8	0,0	0,0	41
	безработный	9,3	57,2	17,4	8,9	7,2	236
	пенсионер	12,1	41,2	22,6	12,5	11,7	257
	домохозяйка*	10,0	40,0	30,0	10,0	10,0	10
	студент, школьник	39,6	49,7	8,1	0,7	2,0	149
Всего		18,7	54,0	14,9	5,4	6,9	1126

* Результаты не учитывались в связи с малым количеством опрошенных

В общем опрошенные лица положительно оценивают свое состояние здоровья (72,7%), в том числе «хорошо» в 18,7% и «скорее хорошо» в 54,0% случаев. Лучше оценивают свое состояние здоровья лица в возрасте до 25 лет. Суммарная оценка положительных оценок — «хорошо» и «скорее хорошо» — составляет 91,1%. Положительно оценивают свое здоровье также лица с высшим образованием (85,0%). В периоде зрелости и жизненной стабилизации люди также положительно оценивают состояние здоровья. Дополнительным элементом, улучшающим положительную самооценку здоровья, является профессиональная подготовка, особенно высшее образование, и трудовая деятельность с постоянным доходом.

Плохо оценивают свое состояние здоровья 20,4% опрошенных. Здесь заметна связь возраста с состоянием здоровья, поскольку лица старше 50 лет оценивают его значительно хуже, чем опрошенные в целом – это касается 34,4% опрошенных в возрасте 51-60 лет и 26,7% старше 61 года. Характерно, что почти 40% лиц с неоконченным средним образованием отрицательно оценивают свое здоровье, для лиц со средним специальным образованием показатель плохого состояния здоровья составляет более 27 % и приближается к показателю, отмеченному у безработных, т.е. к 26,3%. Более высокий процент плохого состояния здоровья отмечается у пенсионеров — в 35,1% случаев.

Заслуживает внимания тот факт, что лица в возрасте 61 год и старше дают положительную оценку своему здоровью намного чаще, чем все возрастные группы, за исключением молодых людей (18–35 лет). Странным парадоксом оказывается то, что в сравнении с лицами 51–60 лет пожилые люди почти в 3 раза чаще отмечают свое хорошее здоровье (соответственно, 5,5 и 14,3%). Значит ли это, что в самой старшей возрастной группе здоровье фактически намного лучше, чем в зрелом возрасте? Заметим, если это так, то и потребности в медицинской помощи у пожилых людей должны быть намного меньше. Такое предположение, однако, не подтверждается данными табл. 2.

Таблица 2. Опрошенные, пользующиеся медицинскими услугами, проценты

Оцениваемые показатели		Лечитесь ли Вы в настоящее время?					Всего
		да	нет, потому что нет сил ждать в очередях	нет, потому что нет денег	нет, потому что не могу пойти к врачу	я не здоров(а), но не нуждаюсь в лечении	
Пол	мужчина	36,3	16,9	11,3	4,7	32,2	444
	женщина	37,7	14,7	13,5	10,1	27,0	682
Возраст	18–25	21,9	16,2	7,3	5,7	50,2	247
	26–35	32,2	13,1	14,1	7,5	35,2	199
	26–50	33,4	18,8	16,1	10,6	25,5	329
	51–60	50,8	12,0	14,2	9,8	14,2	183
	61 год и больше	57,7	14,9	10,1	4,8	13,7	168
Образование	неоконченное среднее	37,1	16,5	23,7	8,2	15,5	97
	среднее специальное	39,8	16,8	20,9	5,2	19,9	191
	среднее	37,2	14,4	12,7	8,4	29,0	403
	неполное высшее (бакалавр)	32,3	15,8	7,0	8,2	39,2	158
	высшее	29,2	12,5	12,5	16,7	29,2	24
	отказ от ответа	38,7	16,2	5,5	8,3	34,8	253
Количество людей в семье	1 человек	48,3	6,7	12,4	5,6	27,0	89
	2 человека	47,9	12,8	9,6	7,4	23,9	188
	3 человека	34,8	19,5	11,3	7,8	29,3	256
	4 человека	32,9	16,8	13,5	8,4	31,4	334
	5 человек	39,1	17,8	12,1	8,0	25,9	174
	6 человек и больше	21,2	9,4	21,2	10,6	38,8	85

Общественно-профессиональное положение (самооценка)	сотрудник государственного учреждения	34,1	18,5	7,5	14,5	29,5	173
	сотрудник органов самоуправления	38,8	18,8	5,0	11,3	30,0	80
	сотрудник частной фирмы	27,2	15,6	13,9	4,4	42,2	180
	владелец частной фирмы	29,3	17,1	12,2	7,3	36,6	41
	безработный	33,1	12,3	22,9	9,3	23,7	236
	пенсионер	58,8	13,2	11,7	5,1	12,5	257
	домохозяйка*	10,0		50,0	10,0	30,0	10
	студент, школьник	24,8	20,1	4,0	6,0	47,0	149
Всего		37,1	15,5	12,6	8,0	29,0	1126

* Результаты не учитывались в связи с малым количеством опрошенных

Оказывается, пожилые лица и лечатся гораздо больше, чем люди в любом другом возрасте (в 57,7%), и лишь небольшая, наименьшая по сравнению с другими группами, часть их (14,2%) может обойтись без лечения.

Анализ соотношения между объективно регистрируемыми заболеваниями и их субъективным проявлением свидетельствует о том, что значительная часть заболеваемости у людей пожилого и старческого возраста оказывается скрытой. Это свойство «скрытости» присуще хроническим болезням, которым свойственно откладывать «на будущее» не только опасные исходы, но и сглаживать существующую опасность в ее субъективном восприятии [3]. В соответствии с концепцией Всемирной Организации Здравоохранения и принятой в Польше Национальной Программой Здоровья, в которой провозглашено требование равной доступности этой помощи всем возрастным группам населения [13], этот факт означает необходимость особенно тщательного выявления заболеваний и приоритетного лечения людей старших возрастных групп.

Установленная самооценка состояния здоровья позволила проверить, насколько определенное состояние здоровья связано с потребностью в медицинских услугах (см. табл.2). Значительное количество опрошенных (37,1%) лечится в медицинских учреждениях. Чаще всего это лица старше 50 лет и пенсионеры. Учитывая результаты самооценки состояния здоровья (более 70 % пенсионеров оценивает его хорошо), можно считать, что для части из них контакты с медицинскими учреждениями осуществляются в профилактических целях. Важно иметь в виду, что более 36% лиц, нуждающихся в лечении, не пользуется медицинскими услугами по трем причинам: «нет сил ждать в очередях» — почти 15%, «нет денег» — почти 13 % и «не могу пойти к врачу» — 8,0%. Это свидетельствует о барьерах в визитах к семейному врачу или врачу-специалисту. Можно допустить, что часть этой группы опрошенных страдает хроническими заболеваниями, не требующими неотложной медицинской помощи. Однако, тревожит тот факт, что более 13% лишены медицинской помощи из-за отсутствия денежных средств. В общем, следует признать, что более 36% опрошенных, чувствующих недомогания и в связи с этим — потребность в консультации с врачом, лишены такой возможности, что ухудшает их состояние здоровья.

Дополнительно задавался вопрос о оценке доступности врача.

Оценка доступности семейного врача, проценты:

Легкодоступный	—	66,0
Труднодоступный	—	26,0
Трудно сказать	—	8,0
Всего	—	100,0

Оценка доступности врача-специалиста, проценты:

Легкодоступный	—	10,7
----------------	---	------

Труднодоступный	—	81,5
Трудно сказать	—	7,8
Всего	—	100,0

Оценка доступности семейного врача и врача-специалиста значительно отличается: хотя для большинства опрошенных (66,0 %) легко посетить семейного врача, однако, в такой же мере затрудненным для большинства из них (81,5%) является визит к врачу-специалисту. Эта ситуация обнаруживает потребность в медицинских услугах, которая превышает кадровые возможности и объем услуг медицинских учреждений города.

Вместе с тем 30,0% опрошенных положительно оценили медицинскую помощь, среднюю оценку («ни хорошо, ни плохо») дали 39,7% опрошенных, а 30,2% плохо оценили удовлетворение медицинских потребностей (табл.3). Анализ этого отношения выявил связь оценки медицинской помощи с возрастом: 40,4% лиц до 25 лет и 41,6% студентов и школьников сочли себя удовлетворенными в отношении своих медицинских потребностей.

Таблица 3. Оценка удовлетворения потребностей в области здравоохранения, проценты

Оцениваемые показатели		Как Вы оцениваете удовлетворение потребностей в области здравоохранения?					Всего
		хорошо	скорее хорошо	ни хорошо, ни плохо	скорее плохо	плохо	
Пол	мужчина	3,6	29,1	42,1	20,7	4,5	444
	женщина	2,8	25,5	38,1	24,0	9,5	682
Возраст	18-25	3,2	37,2	42,1	14,2	3,2	247
	26-35	1,0	24,1	46,7	20,1	8,0	199
	26-50	3,0	20,4	35,0	31,0	10,6	329
	51-60	1,1	21,3	38,8	30,6	8,2	183
	61 год и больше	7,7	33,9	38,1	13,7	6,5	168
Образование	неоконченное среднее	1,0	21,6	48,5	20,6	8,2	97
	среднее специальное	0,5	23,6	46,1	23,6	6,3	191
	среднее	3,2	31,5	38,7	19,6	6,9	403
	неполное высшее (бакалавр)	5,7	32,3	41,1	17,7	3,2	158
	высшее	4,3	22,1	32,4	29,6	11,5	253
	отказ от ответа	0,0	12,5	37,5	37,5	12,5	24
Количество людей в семье	1 человек	6,7	28,1	32,6	21,3	11,2	89
	2 человека	2,1	28,7	41,0	20,7	7,4	188
	3 человека	3,5	29,7	41,4	17,2	8,2	256
	4 человека	2,4	24,9	40,1	25,1	7,5	334
	5 человек	2,9	27,0	38,5	26,4	5,2	174
	6 человек и больше	3,5	21,2	40,0	28,2	7,1	85
Общественно-профессиональное положение (самооценка)	сотрудник государственного учреждения	1,2	19,1	37,6	30,6	11,6	173
	сотрудник органов самоуправления	3,8	15,0	36,3	35,0	10,0	80
	сотрудник частной фирмы	0,6	32,2	36,1	25,0	6,1	180
	владелец частной фирмы	7,3	24,4	29,3	26,8	12,2	41
	безработный	0,8	22,0	44,1	22,5	10,6	236
	пенсионер	5,8	32,3	41,6	16,0	4,3	257
	домохозяйка*	10,0	10,0	30,0	50,0		10

	студент, школьник	5,4	36,2	41,6	13,4	3,4	149
Всего		3,1	26,9	39,7	22,7	7,5	1126

* Результаты не учитывались в связи с малым количеством опрошенных

Среди негативно оценивших удовлетворение медицинских потребностей большее количество (почти 39 %) касается лиц в возрасте 51–60 лет. Интересен факт, что подобного явления не отмечается у лиц в возрасте 61 года и старше, т.е. в этой группе наблюдается большее количество удовлетворенных медицинской помощью (42%), а также меньшее количество негативно оценивающих ситуацию в здравоохранении. Близкие оценки отмечаются в группе пенсионеров (257 человек), что позволяет признать, что статус пенсионера (часть из 168 лиц в возрасте 61 год и старше получает пенсию) дает возможность более лояльно оценивать деятельность медицинских учреждений.

Образование является другой переменной, влияющей на оценку удовлетворения потребностей: чем выше уровень образования, тем более позитивно оценивается система здравоохранения. Процентное соотношение положительных оценок возрастает по мере возрастающего образования (до 38%) и уменьшается при негативных оценках.

Анализ оценки удовлетворения медицинских потребностей с учетом других общественно-профессиональных признаков не обнаруживает существенных различий.

Выводы. Анализ результатов исследования позволяет утверждать, что оздоровительные потребности жителей типичного среднего города в Польше не удовлетворяются в достаточной степени. Наибольшим барьером в отношении доступности медицинских услуг являются финансовые ограничения. Большинство населения испытывает трудности с визитами в медицинские учреждения. Поэтому, стремясь получить быстрый доступ к медицинским услугам, пациенты предпочитают частное лечение.

В польской системе здравоохранения необходимы очередные реформы, которые будут учитывать политические перемены и систему рыночной экономики. Внедряемая в Польше современная концепция общественного здоровья, требующая изменений в законодательстве, может улучшить деятельность системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Н Старение и ассоциированные с возрастом болезни / В. Н. Анисимов // Клини. Геронтол. — 2005.— №1. — С. 42–49.
2. Булич Э. Г. Здоровье человека. Биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Муравов. — Киев: Олимпийская литература, 2003.
3. Муравов И. В. Хронизация заболеваний при старении – процесс адаптации к патогенным факторам / И. В. Муравов, Э. Г. Булич // Проблемы старения и долголетия. — 2010. — № 4. — С. 314.
4. Коркушко О. В. Метаболическая терапия как перспективное направление лечения пациентов с ишемической болезнью сердца / О. В. Коркушко, В. Б. Шатило, Ю. Т. Ярошенко и др. // Кровообіг та гемостаз. — 2008. — № 2. — С. 5–15.
5. Прошаев К. И. Хроническая сердечная недостаточность в пожилом возрасте / К. И. Прошаев, А. Н. Ильницкий, Н. И. Жернакова. — СПб., 2009. — 67 с.
6. Bulicz E., Murawow I. Czy profilaktyka medyczna prowadzi do zdrowia? Radom: Wyd.PR, 2007.
7. Demel M. Zdrowie: stadium teoretyczne na przełomie XX i XXI stulecia // Zdrowie i Społeczeństwo.-2011.- №1.-S. 9-26.
8. Frolkis V.V., Bezrukov V.V., Kulchitsky O.K. The aging cardiovascular system: Physiology and pathology. - N.Y.: Springer Publ.Comp., 1996.- 238 p.
9. Handbook of theories of aging / Eds: V.Bengtsons, D.Gaus, N.Putney, M.Silverstein. New York: Springer, 2009.-790 p.
10. Hayflick L. The future of aging // Nature.- 2000.-408.- № 6809.- P. 267-269.
11. Luo S., Klohnen E. Assortative mating and marital quality in newlyweds: A couple centered approach // Journal of Personality and Social Psychology.-2005.-88,№ 2.-P. 304-326.
12. Menec V. H., Lix L.,MacWilliam L. Trends in the health status of older Manitobans // Can. J. Aging. – 2005. – 24,1.– P. 5-14. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007
13. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

14. Niewiadomska A. Ochrona zdrowia – przesłanki, kierunki, zagrożenia. W: Zadania społeczne. Pod red. Z. Piza, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2002.- S. 239.
15. Nojszewska E., System ochrony zdrowia w Polsce, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011,S. 20-22.
16. Pierzchalska M., Lokalna polityka społeczna w Radomiu, ocena polityki społecznej Radomia w świetle opinii mieszkańców, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych i Technicznych w Radomiu, Radom 2010.
17. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. GUS, Warszawa. – 2007.