

БАРЬЕРЫ ДОСТУПНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ БАРЬЕРЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

DOI: 10.37586/2686-8636-4-2024-296-304

УДК: 616-053.9

Чукавина А.В.^{1*}, Выскочков В.С.¹, Тюфилин Д.С.¹, Соломянник И.А.², Ткачева О.Н.²,
Кобякова О.С.¹

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

* Автор, ответственный за переписку, Чукавина Анастасия Васильевна. E-mail: chukavinaav@mednet.ru

Резюме

ВВЕДЕНИЕ. Старение населения и, соответственно, рост числа пожилых пациентов с множественными хроническими неинфекционными заболеваниями становится в настоящее время одной из основных проблем систем здравоохранения многих стран. При этом для пожилых лиц должна быть предусмотрена высокая доступность медицинской помощи, в том числе транспортная, и с учетом этого факта имеется потребность в исследованиях барьеров доступности при получении медицинской помощи, а также организационных барьеров, связанных с выстраиванием процессов непосредственно в медицинской организации.

ЦЕЛЬ. Изучение ключевых факторов, влияющих на барьеры доступности медицинской помощи и организационные барьеры для пациентов старше трудоспособного возраста в Российской Федерации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В настоящей работе использовался метод анкетирования с применением опросника, состоявшего из трех блоков и 89 вопросов. Статистический анализ данных проведен с использованием программ Statistica for Windows version 10.0, Stata и R-studio. При сравнении распределений качественных признаков использовался критерий согласия Пирсона (Хи-критерий). Для проверки гипотезы о воздействии отдельных характеристик респондентов на вероятность попадания в квартили использовалась обобщенная линейная модель с логит-функцией связи. Для проверки гипотезы о воздействии индивидуальных социально-демографических факторов на вероятность попадания в верхние 25% распределения по среднему значению баллов выраженности барьера также использовалась обобщенная линейная модель с логит-функцией связи. Для оценки различий в попарно несвязанных выборках при ненормальном распределении использовался U-критерий Манна — Уитни и Краскела — Уоллиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В опросе приняли участие 3942 респондента. Все лица старше трудоспособного возраста сталкивались с теми или иными барьерами при получении медицинской помощи, распространенность проблемных ситуаций колебалась от 12,5% (проблемы с передвижением из-за неудобного расположения кабинетов) до 74,3% (отсутствие нужного специалиста и необходимость посещать другую медицинскую организацию). Описаны факторы, которые влияют на выраженность барьеров (проживание в сельской местности, наличие финансовых проблем и низкая социальная интеграция, более старший возраст).

ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты, полученные в настоящей работе, сопоставимы с рядом исследований, проведенных в Российской Федерации и мире.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Преодоление барьеров доступности и организационных барьеров требует принятия управленческих и организационных решений со стороны региональных органов власти в сфере охраны здоровья, муниципальных органов власти, сотрудников медицинских организаций и социальных служб.

Ключевые слова: лица старше трудоспособного возраста; пожилые; барьеры доступности; транспортные барьеры; медицинская помощь; организационные барьеры; старение населения.

Для цитирования: Чукавина А.В., Выскочков В.С., Тюфилин Д.С., Соломянник И.А., Ткачева О.Н., Кобякова О.С. Барьеры доступности и организационные барьеры при получении медицинской помощи пожилыми людьми. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2024;4(20):296–304. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2024-296-304

BARRIERS TO ACCESSIBILITY AND ORGANIZATIONAL BARRIERS TO HEALTH CARE FOR OLDER PEOPLE

Chukavina A.V.^{1*}, Vyskochkov V.S.¹, Tufilin D.S.¹, Solomyannik I.A.², Tkacheva O.N.²,
Kobyakova O.S.¹

¹ Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

² Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

* Corresponding author Chukavina A.V. E-mail: chukavinaav@mednet.ru

Abstract

INTRODUCTION. The aging of the population and the resulting increased proportion of older patients with chronic, non-communicable diseases represent one of the greatest challenges for the healthcare system in many countries. At the same time, a high level of medical care, including transportation, must be guaranteed for older people. This makes it crucial to research both organizing challenges associated with the development of well-functioning processes directly at the medical facility and accessibility when receiving medical care.

OBJECTIVE. To research the main variables affecting organizational and medical access barriers for patients who are over working age in the Russian Federation.

MATERIAL AND METHODS. In the present work we used the questionnaire survey method with a questionnaire consisting of three blocks and 89 questions. The statistical analysis of the data was carried out using the programs Statistica for Windows Version 10.0, Stata and R-Studio. The Pearson test of agreement (Chi-criterion) was used to compare the distributions of qualitative characteristics. A generalized linear model with a logit link function was used to test the hypothesis about the influence of individual respondent characteristics on the probability of falling into quartiles. To test the hypothesis about the influence of individual sociodemographic factors on the probability of getting into the top 25% of the distribution based on the mean of the scores, a generalized linear model with a logit function of the relationship was used.

RESULTS. A total of 3,942 respondents took part in the survey. All persons older than working age faced some obstacles in obtaining medical care, and the prevalence of problematic situations ranged from 12.5% (problems with movement due to the inconvenient location of the practice) to 74.3% (absence the right specialist and the need to see another one). medical organization). Factors that influence the severity of the barriers are described (living in rural areas, presence of financial problems and low social integration, older age).

DISCUSSION. The results obtained in this work are comparable to a number of studies conducted in the Russian Federation and worldwide.

CONCLUSION. Overcoming accessibility and organizational barriers requires management and organizational decisions on the part of regional health protection authorities, municipalities, and employees of medical organizations and social services.

Keywords: persons over working age; older; accessibility barriers; transport barriers; medical care; organizational barriers; population ageing.

For citation: Chukavina A.V., Vyskochkov V.S., Tufilin D.S., Solomyannik I.A., Tkacheva O.N., Kobayakova O.S. Barriers to accessibility and organizational barriers to health care for older people. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2024;4(20):296–304. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2024-296-304

ВВЕДЕНИЕ

Старение населения и, соответственно, рост числа пожилых пациентов с множественными хроническими неинфекционными заболеваниями становится в настоящее время одной из основных проблем систем здравоохранения многих стран [1, 2, 3].

При этом для пожилых лиц с коморбидностью с точки зрения сохранения здоровья и жизни крайне актуальна приверженность лечению и систематический контроль за показателями жизнедеятельности, что, в свою очередь, должно предусматривать высокую доступность медицинской помощи, в том числе транспортную [4, 5, 6].

В пожилом возрасте в силу физиологических особенностей часто возникают проблемы со зрением и слухом, передвижением и ориентацией на месте. Данные ограничения определяют особенности взаимодействия с системой здравоохранения [7, 8, 9]. В отдаленных районах или сельской местности доступ к медицинским услугам также может быть ограничен из-за отсутствия близко расположенных медицинских организаций, маршрутов общественного транспорта, что может создавать трудности для лиц старшего возраста, особенно для тех, кто имеет ограниченные физические или когнитивные возможности. Для минимизации барьеров, возникающих у такой категории пациентов, требуется создание особых условий, например, реализации организационно-планировочных решений внутри медицинских организаций [10, 11, 12, 13].

В настоящее время в Российской Федерации отсутствует достаточный объем данных, свидетельствующих о распространенности барьеров доступности и организационных барьеров при взаимодействии пожилых людей с системой здравоохранения.

Для изучения ключевых факторов, влияющих на барьеры доступности медицинской помощи и организационные барьеры для пациентов старшего трудоспособного возраста, проведено многоцентровое исследование моделей взаимодействия людей старшего трудоспособного возраста с современной системой здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: наблюдательное одномоментное исследование с применением метода анкетирования — использовался опросник, включающий 89 вопросов и три основных блока. Блок 1. Паспортная часть. Вопросы о поле, возрасте, месте проживания, уровне образования, условиях проживания, социальной активности, способах ведения здорового образа жизни, уровне самооценки здоровья, частоте занятий физической активностью, наличии ограничений — видеть, слышать, передвигаться, запоминать информацию или ориентироваться на месте, наличии хронических заболеваний или инвалидности, наличии медицинского образования у респондента или родственников. Блок 2. Факторы взаимодействия лиц старшего трудоспособного возраста с системой

здравоохранения. Блок 3. Барьеры при получении медицинской помощи.

Изучение частоты встречаемости барьеров доступности медицинской помощи среди респондентов проводилось по ответам «часто» или «очень часто» на вопросы о наличии проблем с получением медицинской помощи из-за отсутствия общественного транспорта (маршрута общественного транспорта); из-за неудобного режима общественного транспорта или далеко расположенной останки; долгой дороги до поликлиники.

Заполнение опросника проводилось путем прямого анкетирования респондентов сотрудниками 16 медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пожилому населению — госпиталей ветеранов войн. Критериями включения в исследование респондентов стал возраст: мужчины в возрасте старше 60 лет и женщины в возрасте старше 57 лет; граждане Российской Федерации; наличие согласия на участие в исследовании (заполнение и отправка опросника приравнивались к даче информированного согласия)¹.

Исследование одобрено этическим комитетом по экспертизе социологических исследований в сфере общественного здравоохранения при ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (заключение № 7/2023 от 11.09.2023).

Для статистического анализа ответам на вопросы о частоте встречаемости барьера присваивалось значение: «никогда» — 1, «редко» — 2, «часто» — 3, «очень часто» — 4, на вопрос об удовлетворенности графиком работы поликлиники «да» — 1, «нет» — 4. Далее по каждому блоку вопросов рассчитывалось среднее значение баллов, демонстрирующее степень выраженности барьеров.

С учетом разнородности самих барьеров, а также выборки исследования, дальнейший анализ проводился на основании попадания респондентов в верхний квартиль по среднему значению баллов выраженности барьера.

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows version 10.0, Stata и R-studio. При сравнении распределений качественных признаков использовался критерий согласия Пирсона (Хи-критерий). Для проверки гипотезы о воздействии отдельных характеристик респондентов на вероятность попадания в квартили использовалась обобщенная линейная модель с логит-функцией связи. Для проверки гипотезы о воздействии индивидуальных социально-демографических факторов на вероятность попадания в верхние 25% распределения по среднему значению баллов выраженности барьера также использовалась обобщенная линейная модель с логит-функцией связи. Для оценки различий в попарно несвязанных выборках

при ненормальном распределении использовался U-критерий Манна — Уитни и Краскела — Уоллиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая характеристика

Всего в исследовании приняло участие 3942 респондента (2486 женщин и 1456 мужчин) старше трудоспособного возраста из 42 субъектов Российской Федерации восьми федеральных округов. Городские жители составили 82% (n = 3231) респондентов, сельские жители — 18% (n = 711), средний возраст — 72,25 года (71,98–72,51).

Подробная социально-демографическая характеристика участников исследования представлена в табл. 1.

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика респондентов, абс. числа, %

Параметр	Абс. кол-во	%
Пол		
Мужской	1456	36,9
Женский	2486	63,1
Возраст		
55–59 лет	122	3,1
60–64 года	685	17,4
65–69 лет	833	21,1
70–74 года	813	20,6
75–79 лет	643	16,3
80–84 года	473	12,0
85–90 лет	292	7,4
Старше 91 года	81	2,1
Тип населенного пункта		
Городской (город или поселок городского типа)	3231	82,0
Сельский (остальные)	711	18,0
Уровень образования		
Высшее образование	1300	33,0
Среднее образование	2498	63,4
Начальное образование	144	3,6
Совместное проживание		
С супругом (с супругой)	1803	45,8
С детьми или родственниками	845	21,4
Одинокие	1294	32,8
Наличие инвалидности		
Да	965	24,5
Нет	2977	75,5

¹ Приказ Росстата от 17.07.2019 № 409 «Об утверждении методики определения возрастных групп населения».

Параметр	Абс. кол-во	%
Наличие хронических неинфекционных заболеваний		
Да	3264	82,8
Нет	678	17,2
Наличие физиологических ограничений		
Проблемы со зрением	1326	25,3
Трудности ходить, подниматься по лестницам, стоять	771	14,7
Проблемы со слухом	712	13,6
Ограничена способность запоминать информацию	593	11,3
Ничего из вышеперечисленного	1840	35,1
Социальная активность		
Забота о внуках	1626	38,4
Работали	1005	23,7
Участвовали в общественно-политической жизни (члены избирательной комиссии, совета ветеранов и т. п.)	257	6,1
Участвовали в добровольческой (волонтерской) деятельности	128	3,0
Ничего из вышеперечисленного	1222	28,8
Частота занятий физической активностью		
Ежедневно	950	24,1
Несколько раз в неделю	945	24,0
Раз в неделю	494	12,5
Пару раз в месяц	273	6,9
Раз в месяц	96	2,4
Менее одного раза в месяц	156	4,0
Не занимались	1028	26,1

Таблица составлена авторами по собственным данным /
The table is prepared by the authors using their own data

Барьеры доступности

Самым распространенным барьером доступности среди участников стало отсутствие необходимых исследований или врачей-специалистов в поликлинике по месту жительства и необходимость пройти исследования или получить консультацию в другой поликлинике (больнице) бесплатно (74,3%), наименее распространенным — отсутствие лифта в поликлинике (13,7%).

Каждый седьмой респондент сталкивался с проблемой отсутствия маршрута общественного транспорта для получения медицинской помощи (15,9%), с его неудобным режимом работы или далеко расположенной остановкой общественного транспорта (17,4%). У четверти респондентов

(24,9%) поездка до поликлиники занимала длительное время, а с проблемами передвижения внутри поликлиники из-за отсутствия лифта сталкивались 13,7% респондентов ($n = 540$), с отсутствием условий в поликлинике для лиц с ходунками или на колясках — 23,2% ($n = 179$, табл. 2).

Таблица 2

Частота встречаемости барьеров доступности, %

№ п/п		Распространенность ответа *, %
1	Отсутствие необходимых исследований или врачей-специалистов и необходимость пройти исследования или получить консультацию в другой поликлинике (больнице) бесплатно	74,3
2	Отсутствие необходимых исследований или врачей-специалистов и необходимость пройти исследования или получить консультацию в другой поликлинике (больнице) платно	27,0
3	Посещение поликлиники занимает длительное время из-за долгой дороги	24,9
4	Отсутствие условий в поликлинике для лиц с ходунками, на колясках	23,2
5	Необходима помощь в получении лекарств по рецепту врача в аптеке	19,8
6	Необходима помощь при посещении поликлиники	19,1
7	Проблемы с получением медицинской помощи в поликлинике из-за неудобного режима работы общественного транспорта или далеко расположенной остановки	17,4
8	Неудобный график работы врачей и служб поликлиники**	16,5
9	Проблемы с получением медицинской помощи в поликлинике из-за отсутствия общественного транспорта (маршрута общественного транспорта)	15,9
10	Проблемы передвижения внутри поликлиники из-за отсутствия лифта	13,7

Примечание: * учитывались ответы «часто», «очень часто»;
** учитывался ответ «нет».

Таблица составлена авторами по собственным данным /
The table is prepared by the authors using their own data

Следует отметить, что сельские жители в два раза чаще, чем городские, сталкивались с проблемами отсутствия маршрута общественного транспорта (28,5 против 13,2%; $p < 0,05$), неудобного режима общественного транспорта или далеко расположенной остановки (31,5 против 14,3%; $p < 0,05$), длительной дороги до медицинской организации (42 против 21,2%; $p < 0,05$; рис. 1).

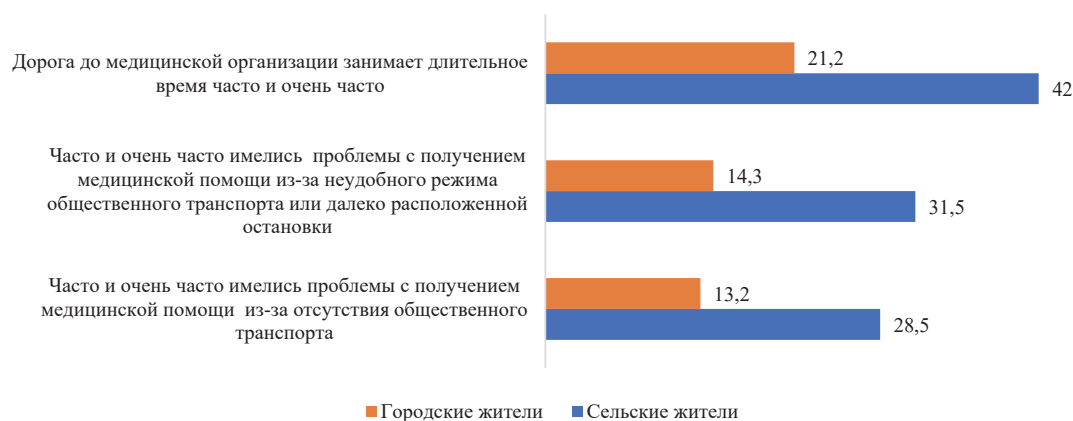


Рис. 1. Распространенность транспортных барьеров среди жителей города и села (%)

Примечание: $p < 0,05$ при всех сравнениях.

Рисунок подготовлен авторами по собственным данным / The figure is prepared by the authors using their own data

Организационные барьеры

Выявлено, что почти у половины участников посещение поликлиник занимало длительное время из-за очередей перед кабинетами (47,2%; $n = 1864$). С необходимостью посещения множества кабинетов, в том числе на разных этажах при визите в поликлинику, сталкивались 27,5% респондентов ($n = 1085$); четверть испытывали трудности из-за необходимости получения большого количества направлений и консультаций (25%, $n = 986$), трудности в поиске необходимых кабинетов испытывали 15,8% ($n = 622$), каждый восьмой имел проблемы при передвижении внутри поликлиники из-за неудобного размещения кабинетов (12,5%; $n = 493$; табл. 3).

Факторы риска наличия барьеров доступности и организационных барьеров

Выявлена более высокая выраженность барьеров доступности в следующих группах респондентов:

- проживали одни или с детьми и другими родственниками, но не с супругами (медиана 1,8 против 1,7; $p < 0,004$);
- не имели социальной активности (медиана 1,9 против 1,7; $p < 0,004$);
- имели хронические заболевания (медиана 1,7 против 1,6; $p < 0,004$);
- имели установленную инвалидность (медиана 1,8 против 1,7; $p < 0,004$);
- не доверяли или полностью не доверяли системе здравоохранения (медиана 2,0 против 1,6; $p < 0,004$);
- имели нерациональное медицинское поведение (медиана 1,8 против 1,7; $p < 0,004$).

В табл. 4 представлен анализ влияния различных факторов на шанс попадания респондентов в верхний квартиль по уровню выраженности барьеров доступности. Предикторами наличия субъективно воспринимаемых барьеров доступности выступали более старший возраст (ОШ = 1,018),

Частота встречаемости организационных барьеров, %

№ п/п		Распространенность ответа*, %
1	Проблема получения медицинской помощи из-за очередей перед кабинетами	47,2
2	Проблема отсутствия заключения врача в письменном виде с рекомендациями и назначениями**	45,8
3	Медицинская карта или результаты исследования в медицинской организации используются в бумажном виде	32,7
4	Проблема получения медицинской помощи из-за посещения множества разных кабинетов, в том числе на разных этажах при визите в поликлинику	27,5
5	Проблемы получения медицинской помощи в связи с необходимостью получения большого количества направлений и консультаций	25,0
6	Наличие трудностей в поиске необходимых кабинетов в поликлинике	15,8
7	Проблемы получения медицинской помощи в связи с неудобным размещением кабинетов	12,5

Примечание: * учитывались ответы «часто», «очень часто»;

** учитывались ответы «никогда», «редко».

Таблица составлена авторами по собственным данным / The table is prepared by the authors using their own data

проживание в сельской местности (ОШ = 1,559), субъективно удовлетворительное состояние здоровья (ОШ = 0,728), наличие работы (ОШ = 1,434), низкая социальная интеграция (ОШ = 1,389), а также наличие трудностей финансового характера (ОШ = 3,12).

Таблица 4

Факторы риска попадания в верхний квартиль по уровню выраженности барьера доступности

Фактор	ОШ
Обращается к врачу при возникновении проблем со здоровьем	0,688
Удовлетворительное состояние здоровья (субъективная оценка)	0,728*
Возраст более старший	1,018*
Низкая социальная интеграция	1,389
Наличие работы	1,434*
Проживание в сельской местности	1,559
Финансовые трудности при получении медицинской помощи и покупке лекарств	3,120

Примечание: $p < 0,001$ для всех параметров, * $p < 0,01$.
Таблица составлена авторами по собственным данным /
The table is prepared by the authors using their own data

Выявлена более высокая выраженность организационных барьеров доступности в следующих группах респондентов:

- имели хронические заболевания (медиана 2,0 против 1,9; $p < 0,001$);
- не доверяли или полностью не доверяли системе здравоохранения (медиана 2,3 против 1,9; $p < 0,001$);
- имели нерациональное медицинское поведение (медиана 2,1 против 2,0; $p < 0,001$).

В табл. 5 представлен анализ влияния различных факторов на шанс попадания респондентов в верхний квартиль по уровню выраженности организационных барьеров. Предикторами наличия субъективных организационных барьеров выступают более старший возраст (ОШ = 1,017 раза), проживание в сельской местности (ОШ = 1,534 раза), нерациональное медицинское поведение (ОШ = 0,689 раза), низкая социальная интеграция (ОШ = 1,357 раза), трудности финансового характера (ОШ = 2,689 раза; табл. 5).

Таблица 5

Факторы риска попадания в верхний квартиль по уровню выраженности организационного барьера

Фактор	ОШ
Обращается к врачу при возникновении проблем со здоровьем	0,689
Возраст более старший	1,017*
Низкая социальная интеграция	1,357
Проживание в сельской местности	1,534
Финансовые трудности при получении медицинской помощи и покупке лекарств	2,689

Примечание: $p < 0,001$ для всех параметров, * $p < 0,01$.
Таблица составлена авторами по собственным данным /
The table is prepared by the authors using their own data

ОБСУЖДЕНИЕ

Самой распространенной проблемой доступности для лиц старше трудоспособного возраста являлось отсутствие необходимых исследований или врачей-специалистов в поликлинике по месту жительства и необходимость пройти данные исследования или получить консультацию в другой медицинской организации как бесплатно, так и платно (частота встречаемости 74,3% и 27% соответственно), что может быть решено путем реорганизации маршрутизации пациентов между различными медицинскими организациями.

Следующими по распространенности среди барьеров доступности следует отметить транспортные барьеры. Так, длительное время посещения поликлиники из-за долгой дороги отмечали 24,9% респондентов, отсутствие общественного транспорта или маршрута — 15,9% респондентов и неудобный режим общественного транспорта или далеко расположенную остановку — 17,4% респондентов. При сравнении ситуации по встречаемости транспортных барьеров между жителями сельской и городской местности было выявлено, что транспортные барьеры чаще встречаются среди жителей сельской местности. При этом отмечаемые проблемы связаны не с системой здравоохранения, а с развитостью инфраструктуры в сельской местности (частота движения и соблюдение режима общественного транспорта, удаленность остановок). Вероятной предпосылкой проблемы транспортной доступности могут являться экономические факторы, отсутствие окупаемости (рентабельности) общественного транспорта для коммерческих перевозчиков, сокращение маршрутов и рейсов общественного транспорта, характерные в большей степени для сельской местности, что согласуется с результатами, полученными в Бразилии (Schenkeretal., 2016, n = 5), Польше (Blachnioetal., 2021, n = 459), Великобритании (Fordetal., 2019, n = 34; Fordetal., 2016, n = 162) [14–17]. Способами устранения транспортных барьеров при получении медицинской помощи могут быть принятие региональных мер поддержки автоперевозчиков при осуществлении социально значимых маршрутов в сельской местности или организация работы медицинских шаттлов.

Не менее важными проблемами, выявленными в ходе исследования, оказались отсутствие в медицинских организациях условий для лиц с ходунками и на колясках (23,2% респондентов) и отсутствие лифта (13,7% респондентов). Данные результаты подтверждаются исследованиями отечественных и зарубежных авторов, проведенными в Российской Федерации, Канаде и Бразилии [18–21]. Для решения данных проблем, кроме непосредственного оснащения медицинских организаций средствами для передвижения пациентов, необходима реорганизация пространства для комфортного перемещения на колясках. Кроме этого,

целесообразно пересмотреть размещение ключевых кабинетов, куда обращаются пациенты старше трудоспособного возраста, с учетом их доступности.

Отдельно необходимо выделить блок проблем, связанных с необходимостью получения помощи от других лиц при посещении поликлиники (21,1% респондентов) и в получении лекарств по рецепту врача в аптеке (19,8% респондентов), а также с неудобным графиком работы врачей и служб поликлиники. Выделение помощников в каждой медицинской организации, организация специальных участков или медико-социальных отделений с максимальным оказанием медицинской помощи на дому, активное взаимодействие с органами социальной защиты населения может способствовать снижению выраженности барьера.

Переходя к организационным барьерам, стоит отметить, что наиболее распространенной для пожилых граждан стала проблема очередей перед кабинетами, которую отметили 47,2% респондентов. Одной из причин возникновения очередей может быть несоблюдение лицами старше трудоспособного возраста требований по времени приема по предварительной записи. Важно в каждой медицинской организации проводить обучение пожилых граждан навыкам записи на определенное время с помощью различных каналов, выделять администраторов потоков, а также создавать условия для комфортного ожидания (удобная мебель, вендинговые аппараты, размещение мониторов очередей, а также раздаточных материалов и экранов с рекомендациями по ведению здорового образа жизни).

Следующей группой организационных барьеров является отсутствие заключения врача в письменном виде с рекомендациями и назначениями (упоминались 45,8% респондентов), необходимость носить с собой бумажный вариант медицинской карты и заключений исследований (32,7% респондентов), а также необходимость получения большого количества направлений (25% респондентов). С целью минимизации использования медицинской документации в бумажном виде необходимо оптимизировать процессы электронного документооборота, а также проводить регулярное обучение работников медицинской организации по использованию возможностей системы электронного документооборота. Кроме этого, необходимо выделять отдельные кабинеты для выдачи рецептов, справок и направлений. Рекомендации врача должны обязательно выдаваться пожилым гражданам в печатном виде, по возможности с увеличенным шрифтом, это обеспечит понятность назначений, а также будет служить напоминанием для пациентов с расстройствами памяти.

В отдельный блок организационных барьеров можно выделить навигационно-логистические проблемы. Стоит отметить, что решение данных проблем не требует выделения большого

количества ресурсов, для этого необходима проработка внутренних процессов в медицинской организации. Как говорилось выше, целесообразным может быть пересмотр расположения кабинетов и выделение специальных медико-социальных отделений. Система освещения, шрифт на табличках и стендах (объявлениях), навигация в медицинской организации должны быть выстроены с учетом физиологических особенностей пожилых лиц (ограничений видеть, слышать, передвигаться, ориентироваться, запоминать).

Таким образом, в ходе исследования выявлено, что лица старше трудоспособного возраста остаются уязвимой группой пациентов в части проблем, возникающих при обращении за медицинской помощью, что подтверждают результаты исследований других авторов [22–24]. При анализе факторов риска высокой выраженности барьеров доступности и организационных барьеров было выявлено пять одинаковых ключевых факторов: более старший возраст, низкая социальная интеграция, проживание в сельской местности, финансовые трудности и необращение к врачу при возникновении проблем со здоровьем. Воздействие на данные факторы поможет минимизировать выраженность барьеров при получении медицинской помощи исследуемой категории граждан [25].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преодоление барьеров доступности и организационных барьеров требует принятия управленческих и организационных решений со стороны региональных органов власти в сфере охраны здоровья, муниципальных органов власти, сотрудников медицинских организаций и социальных служб.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / ADDITIONAL INFORMATION

Участие авторов. Организация опроса респондентов в рамках исследования, сбор материала: Соломянник И.А., Ткачева О.Н.

Концепция и дизайн исследования, аналитическая обработка материала: Чукавина А.В., Выходчиков В.С., Ткачева О.Н.

Редактирование: Тюфилин Д.С., Кобякова О.С.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding Sources: This study had no external funding sources.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interests: The authors declare no conflict of interest.

ORCID АВТОРОВ:

Чукавина А.В. — 0009-0000-2326-7451

Выходчиков В.С. — 0000-0002-5338-4760

Тюфилин Д.С. — 0000-0002-9174-6419

Соломянник И.А. — 0000-0001-5463-9158

Ткачева О.Н. — 0000-0002-4493-688X

Кобякова О.С. — 0000-0003-0098-1403

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Shigemura N., Toyoda Y. Elderly patients with multiple comorbidities: insights from the bedside to the bench and programmatic directions for this new challenge in lung transplantation. *Transpl Int.* 2020;33(4):347-355. doi:10.1111/tri.13533.
2. Rudnicka E., Napierała P., Podfigurna A., Męczekalski B., Smolarczyk R., Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas.* 2020;159:6-11. doi:10.1016/j.maturitas.2020.05.018.
3. McCarthy C., Clyne B., Boland F., et al. GP-delivered medication review of polypharmacy, deprescribing, and patient priorities in older people with multimorbidity in Irish primary care (SPPIRE Study): A cluster randomised controlled trial. *PLoS Med.* 2022;19(4): e1003862. Published 2022 Jan 5. doi:10.1371/journal.pmed.1003862.
4. О развитии гериатрической помощи в Воронежской области в рамках трехуровневой модели и реализации пилотного проекта «Территория заботы» / Н.Н. Чайкина, В.П. Косолапов, О.В. Вавилова, Г.В. Сыч // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2018. Т. 17. № 1. С. 204–213. [O razvitii geriatricheskoy pomoshchi v Voronezhskoy oblasti v ramkakh trekhurovnevoy modeli i realizacii pilotnogo projekta «Territoriyazaboty» / N.N. CHajkina, V.P. Kosolapov, O.V. Vavilova, G.V. Sych. *Sistemnyj analiz i upravlenie v biomedicinskih sistemah.* 2018;17(1):204–213. (In Russ.). EDN VZJPOH.
5. Wensing M., Szecsenyi J., Kaufmann-Kolle P., Laux G. Strong primary care and patients' survival. *Sci Rep.* 2019;9(4):10859. Published 2019 Jul 26. doi:10.1038/s41598-019-47344-9.
6. Blachnio A., Buliński L. Wellbeing and older adults in primary health care in Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2019;26(4):55–61. doi:10.26444/aaem/85711.
7. Schenker M., Costa D.H.D. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2019;24(4):1369–1380. doi:10.1590/1413-81232018244.01222019.
8. Актуальные аспекты организации медико-социального сопровождения лиц пожилого и старческого возраста с множественными хроническими заболеваниями / О.В. Галиулina, С.В. Лапик, Е.С. Набойченко [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. 2019. Т. 15, № 4 (81). С. 57–58. [Aktual'nye aspekty organizacii mediko-social'nogo soprovozhdeniya lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta s mnozhestvennymi hronicheskimi zabolevaniyami / O.V. Galulina, S.V. Lapik, E.S. Nabojchenko [i dr.]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri.* 2019;15(4):57–58. (In Russ.). EDN LXVWY.
9. Трофимова А.А. Проблемы организации медицинской помощи пожилым в Российской Федерации / А.А. Трофимова, А.Л. Санников, В.В. Попов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. № 4. С. 570–591. doi:10.24412/2312-2935-2021-4-570-591. [Trofimova A.A. Problemy organizacii medicinskoj pomoshchi pozhilym v Rossijskoj Federacii / A.A. Trofimova, A.L. Sannikov, V.V. Popov. *Sovremennye problemy zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki.* 2021;(4):570-591 (In Russ.). EDN ECIDVK.
10. Светличная Т.Г., Меньшикова Л.И. Социальные барьеры доступа к медицинской помощи пожилых жителей села // Вестник Росздрава. 2017. № 1. С. 71–76. [Svetlichnaya T.G., Men'shikova L.I. Social'nye bar'ery dostupa k medicinskoj pomoshchi pozhilyh zhitelej sela. *Vestnik Roszdravnadzora.* 2017;(1):71–76. (In Russ.). EDN YORJKZ.
11. Girondi J.B., dos Santos S.M. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura [Physical disability in the elderly and accessibility to primary health care: integrative literature review]. *Rev Gaucha Enferm.* 2011;32(2):378-384. doi:10.1590/s1983-14472014000200023.
12. Cook L.L., Golonka R.P., Cook C.M., et al. Association between continuity and access in primary care: a retrospective cohort study. *CMAJ Open.* 2020;8(4):E722-E730. Published 2020 Nov 16. doi:10.9778/cmajo.20200014.
13. Ronde B., Broulikova H., Bosmans J., Meiland F. Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen [Five years University Practice of Elderly Care: users, care provided, costs and experiences]. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2021;52(2):10.36613/tgg.1875-6832/2021.02.03. Published 2021 Jun 9. doi:10.36613/tgg.1875-6832/2021.02.03.
14. Schenker M., Costa D.H.D. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2019;24(4):1369–1380. doi:10.1590/1413-81232018244.01222019.
15. Blachnio A., Buliński L. Wellbeing and older adults in primary health care in Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2019;26(4):55–61. doi:10.26444/aaem/85711.
16. Ford J.A., Jones A.P., Wong G., et al. Improving primary care Access in Context and Theory (I-ACT trial): a theory-informed randomised cluster feasibility trial using a realist perspective. *Trials.* 2019;20(1):193. Published 2019 Apr 4. doi:10.1186/s13063-019-3299-2.
17. Ford J.A., Wong G., Jones A.P., Steel N. Access to primary care for socioeconomically disadvantaged older people in rural areas: a realist review. *BMJ Open.* 2016;6(5):e010652. Published 2016 May 17. doi:10.1136/bmjopen-2015-010652.
18. Дюкарева А.М., Щетинин В.Б. Проблемы удовлетворенности ветеранов (пенсионеров) оказываемой медицинской помощью и лекарственным обеспечением (по результатам социологического исследования) // Непрерывное медицинское образование и наука. 2022. Т. 17. № 4. С. 10–13. [Dyukareva A.M., SHCHetinin V.B. Problemy udovletvorennosti veteranov (pensionerov) okazyvaemoj medicinskoj pomoshchi'yu i lekarstvennym obespecheniem (po rezul'tatam sociologicheskogo issledovaniya). *Nepreryvnoe medicinskoe obrazovanie i nauka.* 2022;17(4):10-13. (In Russ.). EDN KIZHQF.
19. Wang L., Guruge S., Montana G. Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Can J Aging.* 2019;38(2):193-209. doi:10.1017/S0714980818000648.
20. Valaitis R., Cleghorn L., Ploeg J., et al. Disconnected relationships between primary care and community-based health and social services and system navigation for older adults: a qualitative descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2020;21(4):69. Published 2020 Apr 23. doi:10.1186/s12875-020-01143-8.
21. Ceccon R.F., Soares K.G., Vieira L.J.E.S., Garcia Júnior C.A.S., Matos C.C.S.A., Pascoal M.D.H.A. Primary Health Care in caring for dependent older adults and their caregivers. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Cien Saude Colet.* 2021;26(4):99–108. doi:10.1590/1413-81232020261.30382020.
22. Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 40 с. [Aksenova E.I., Besschetnova O.V. Pokazateli dostupnosti i kachestva medicinskoj pomoshchi, obespechivayushchie udovletvorennost' naseleniya medicinskoj pomoshchi'yu v razlichnyh stranah mira. *Ekspertnyj obzor.* M.: GBU «NIIOZMMDZM». 2021. (In Russ.).]
23. Мухарьямова Л.М., Савельева Ж.В. Доступность и справедливость здравоохранения для пожилых (в оценках населения и экспертов) // Социологические исследования. 2019. № 9. С. 136–145. [Muharyamova L.M., Savel'eva ZH.V. Dostupnost' i spravedlivost' zdravooxraneniya dlya pozhilyh (v ocnkah naseleniya i ekspertov). *Sociologicheskie issledovaniya.*

2019;(9):136-145. (In Russ.)). doi:10.31857/S013216250006663-2. EDN AKLTRM.

24.Scolari G.A.S., Rissardo L.K., Baldissera V.D.A., Carreira L. Emergency care units and dimensions of accessibility to health care for the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 Suppl 2:811-817. doi:10.1590/0034-7167-2017-0440.

25.Барсуков В.Н. Барьеры социальной интеграции старшего поколения в контексте проблемы межпоколенческих

коммуникаций // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2018. Т. 11. № 5. С. 214–230. [Barsukov V.N. Bar'ery social'noj integracii starshego pokoleniya v kontekste problem mezhpokolencheskoj kommunikacii. *Ekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz.* 2018;11(5):214–230. (In Russ.)). doi:10.15838/esc.2018.5.59.14. EDN VLYVLQ.