

Как показал анализ результатов социологического обследования 477 человек, 86,6% лиц не ощутили отсутствия правовой защиты в период обращения за медицинской помощью; 86,2% дали высокую оценку уровню квалификации медицинского персонала; 82,8% обследованных не испытали невнимательного отношения медицинского персонала к ним; 82,8% лиц не отметили трудности с вызовом скорой медицинской помощи, а 81,8% лиц не сталкивались с отказом в лечении и обследовании; 79,5% лиц не наблюдали снижения качества медицинской помощи за последние 3 года; 74,0% лиц не отметили увеличения объема платной медицинской помощи. Из общего числа обследованных 75,3% лиц указали на увеличение длительности времени ожидания бригады скорой медицинской помощи; 69,4% лиц указали, что много тратят времени на дорогу от места жительства до поликлиники в связи с ее удаленностью. Следует отметить, что 68,4% лиц указали, что лично они не доплачивали лечащему врачу за оказание медицинской помощи (за прием); 66,0% лиц отметили, что график работы врачей поликлиники для них является удобным. Наибольшая доступность по времени ожидания приема, по мнению опрошенных, – к врачу-терапевту (это отметили 55,8% лиц), а наименьшая доступность – к врачу-невропатологу (отметили 40,9% лиц). Из общего числа опрошенных 49,4% лиц указали на наличие в штате поликлиники необходимого количества врачей-специалистов; 47,0% лиц считают, что диагностические кабинеты по времени их посещения являются доступными. Следует отметить, что только 30,2% лиц не волнует существующая стоимость медикаментов, а для большинства пациентов (69,8%), обращающихся за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства, стоимость медикаментов играет существенную роль. Следовательно, из-за высокой стоимости лекарственных средств доступность лечения снижена.

Таким образом, представленная характеристика доступности медицинской помощи может быть использована для текущего и перспективного планирования мероприятий по повышению доступности, а с ней и повышение качества медицинской помощи населению.

#### **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

Клименко Г.Я., Саурина О.С., Анисимов М.В.  
*e-mail: kgi38@mail.ru*

Доступность медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, отражающим как экономические возможности

государства в целом, так и возможности конкретного человека. Нигде не обеспечивается всеобщий, равный и неограниченный доступ ко всем видам медицинских услуг. Считается, что выходом из такой ситуации является сокращение расходов на неэффективные виды медицинских вмешательств и концентрация усилий на предоставлении равного доступа гражданам к самым эффективным медицинским услугам. Этот подход к справедливому использованию ограниченных ресурсов называется рационированием и практикуется в разной степени во всех государствах мира.

Доступность медицинской помощи — это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Она обусловлена сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, уровнем общего образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни. Однако, в реальной жизни, на доступность медицинской помощи оказывает влияние ряд организационных и медико-социальных факторов. Для оценки доступности медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях в зависимости от медико-социальных факторов риска был проведен медико-социологический опрос 477 человек, обратившихся в поликлинику по месту жительства.

Как показал анализ результатов социологического обследования лиц, обратившихся за медицинской помощью по месту жительства, наибольший удельный вес лиц, удовлетворенных доступностью медицинской помощью, был обусловлен, в первую очередь, отсутствием случаев отказа в обследовании и лечении в условиях поликлиники (81,8% лиц), на втором месте – время ожидания прибытия бригады скорой медицинской помощи (75,0% лиц), на третьем – время, затрачиваемое на дорогу от места жительства до поликлиники (69,4% лиц), на четвертом – удобство графика работы врачей поликлиники (59,0% лиц); далее – в зависимости от ранга: время ожидания приема у врача-терапевта (50,5% лиц), отсутствие трудностей вызова скорой медицинской помощи (47,7% лиц), доступность платных медицинских услуг (45,9% лиц), отсутствие необходимых специалистов в поликлинике (44,4% лиц), время, затрачиваемое на посещение диагностического кабинета (38,9% лиц), то есть самый высокий уровень

доступности связан с отсутствием отказа в обследовании и лечении в условиях поликлиники, а наименьший – с временем на посещение диагностического кабинета.

Исследования медико-социальных факторов риска, влияющих на доступность медицинской помощи в условиях поликлиники, позволили выявить следующее: согласно полученным коэффициентам относительного риска в современных условиях наибольшее влияние на доступность медицинской помощи оказывает уровень материальной обеспеченности семьи (17,83), семейное положение (9,6), возраст пациентов (5,16), со-

циальных статус (социальное положение) (4,84), место жительства (4,39), образование (3,24). Пол пациента практически не оказывает влияния на доступность медицинской помощи (1,06).

Таким образом, на доступность медицинской помощи в условиях поликлиники оказывают влияние как организационные аспекты предоставления населению первичной медицинской помощи, так и медико-социальные характеристики обслуживаемого контингента, что нужно учитывать при планировании доступности медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Химические науки**

**ИССЛЕДОВАНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МЫШЬЯКСОДЕРЖАЩИХ ОТХОДОВ КОМБИНАТА «ТУВАКОБАЛЬТ»**

Куликова М.П.

*Тувинский институт комплексного освоения природных ресурсов СО РАН;*

*Тувинский государственный университет,  
e-mail: mpkulikova@mail.ru*

Техногенные отходы были накоплены в прудовых захоронениях за двадцать лет работы комбината, после закрытия его пруды были осушены, в настоящее время подвергаются ветровой эрозии. В работе [1] даны характеристики Хову-Аксинских карт, приведены данные о содержании в значительных количествах кобальта, никеля, меди, висмута и серебра из-за несовершенства технологии обогащения руды. Современным решением экологической проблемы мышьяковых отвалов является их комплексная переработка с применением безотвальных, экологически безопасных технологий с одновременной ликвидацией их как очага загрязнения региона.

Целью исследований является определение состава отходов комбината «Тувакобальт» для выбора наиболее эффективного способа их обезвреживания и утилизации. Пробы отходов отбирали на различной глубине от 0 до 3 м в шурфах, заложенных в одной из ранних карт. На атомно-абсорбционном спектрометре ААС-5-FL определяли содержание Co, Ni, Cu; рентгенофлуоресцентным методом определяли содержание As в пробах отходов (табл. 1).

**Таблица 1**

Содержание элементов в пробах, %

Глубина отбора пробы, м	Co	Ni	Cu	As
0	0,091	0,091	0,100	4,55
0,5	0,092	0,083	0,106	5,88
3	0,164	0,192	0,115	5,64

Исследования показали, что содержание компонентов в пробах увеличивается с глубиной отбора пробы в шурфе. Коэффициенты корреля-

ции  $r_{xy}$  (где  $x$  – содержание компонентов,  $y$  – глубина отбора пробы в шурфе) для Co, Ni, Cu и As составляют соответственно 0,810; 0,906; 0,067 и 0,460. За исключением Cu коэффициент корреляции  $r_{xy}$  оказался значимым. Были определены подвижные и валовые формы никеля, меди и кобальта атомно-абсорбционным методом. Содержание подвижных форм металлов и валовых (в скобках) в пробах отходов приведены в табл. 2.

**Таблица 2**

Содержание подвижных и валовых форм металлов, мг/кг

№ п/п	Глубина отбора, м	Ni	Cu	Co
1	0,5	32 (261)	9,5 (265)	25 (382)
2	3,0	39 (492)	10,6 (362)	36 (641)

С увеличением глубины отбора проб прослеживается повышение содержания подвижных и валовых форм тяжелых металлов. Содержание кобальта в валовой форме в 1,5 раза больше содержания никеля и меди. Проводили выщелачивание проб отходов дистиллированной водой и 15 % аммиачным раствором; в растворах выщелачивания определяли содержание ионов кобальта, никеля и меди. Содержание тяжелых металлов в водном и аммиачном растворах выщелачивания увеличивается с глубиной отбора пробы. Возможно, это связано с вымыванием водорастворимых соединений изучаемых компонентов талыми и дождевыми водами вниз по горизонту. Для выяснения причин наблюдаемых эффектов необходимы исследования по изучению форм нахождения элементов. Содержание ионов кобальта в аммиачном растворе выщелачивания больше, это можно объяснить способностью кобальта хорошо растворяться в аммиачной среде, образуя устойчивые аммиачные комплексы.

**Список литературы**

1. Изучение вещественного состава серебросодержащего сырья, разработка технологии его добычи и способов извлечения серебра из текущего производства и из карт захоронения отходов комбината «Тувакобальт»: Отчет НИР Тувинского комплексного отдела СО РАН / научн. рук. д. г.-м.н. Лебедев В.И. Кызыл. – 1992. – 215 с.