

DOI: 10.12731/2218-7405-2013-2-23

УДК 616.31

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ КАК ФАКТОР ДОСТУПНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Кудинова Н.А.

**Цель:** исследовать факторную среду экономической стратификации в медико-социальной сфере и определить её влияние на доступность стоматологических услуг в современных медико-демографических и социально-экономических реалиях.

**Метод или методология проведения работы:** исторический, социологический, статистический.

**Результаты:** услуги стоматологического сектора общественного производства отличаются высокой стоимостью. Значительную часть указанных расходов берет на себя государство. Однако без непосредственного финансового участия пациентов в оплате высококачественной стоматологической помощи (СП) обойтись невозможно. Автором исследован процесс софинансирования пациентами СП, разработана методика количественной оценки экономической доступности (ЭД) СП для представителей различных слоев населения, на репрезентативной выборке определена общая площадь мотивационного поля и размер группового ценностного пространства стоматологических пациентов, выделены основные факторы, повышающие ЭД СП.

**Область применения результатов:** общественное здоровье и здравоохранение.

**Ключевые слова:** общая площадь мотивационного поля; групповое ценностное пространство, расчет доступности стоматологической помощи.

## ECONOMIC STRATIFICATION AS A FACTOR IN THE AVAILABILITY OF DENTAL SERVICES

Kudinova N.A.

**Purpose** to study the medical and social factors of availability of dental services among economic stratificated persons in the modern medical-demographic and socio-economic realities.

**Methodology** historical, sociological, statistical.

**Results:** Dental services as a sector of social production are highly cost. The state takes a large part of these expenditures. However, it is not possible to get high quality dental care (DC) without the direct financial cost of patients. Author investigated the involvement of patients in the process of joint payment, developed a methodology for quantifying affordability (QA) of DC for representatives of various segments of the population, based on a representative sample determined the total motivational area and the size of the values as a space in groups of dental patients, and the main factors that increase the QA DC.

**Practical implications** public health and health care.

**Keywords:** total motivational area, group's values as a space, calculation of the availability of dental care.

**Актуальность:** Многие ведущие социологи и экономисты XXI века считают Россию отсталой во многих отношениях страной [1]. Они оперируют, прежде всего, такими понятиями как социальная солидарность (структурирование общества по горизонтали, основанное на профессиональной специализации) и стратификация (разделение общества на иерархические вертикали). В определенном смысле социальная стратификация является средством визуализации экономического градиента. При этом основные причины стратификации имеют как биологическую (половое разделение; факторы физического превосходства, различия в способностях), так и

социальную природу – классовое деление (неравный доступ к ресурсам или лишение экономических привилегий, политических прав и социальных льгот). Одним из стабилизирующих факторов стратификации можно считать существование системы ценностей, которая закрепляет важность различных статусов или видов деятельности. Под стратой принято понимать социальный слой людей, имеющих сходные объективные показатели по четырём основным критериям: доход, власть, образование, престиж занятия.

По всем указанным индикаторам мы действительно очень сильно отличаемся от Западного мира, однако эти различия постепенно стираются. Так, по данным некоторых источников [2] уровень образования (доля лиц с высшим профессиональным образованием) россиян неуклонно растет. Растет уровень доходов, и все большее число россиян пересекают черту бедности. Информационное Агентство РиФ [3] уточняет – ежемесячные доходы среднестатистического жителя России составили в 2010-2011 гг. 25000 руб. Однако темпы увеличения уровня благосостояния в различных стратах неодинаковы, следовательно, различной для них будет и доступность широкого спектра товаров и услуг. Особенно это касается услуг стоматологического сектора общественного здравоохранения. Современные стоматологические технологии являются достаточно дорогостоящими. Достоверная информация об их доступности практически отсутствует, что является безусловной предпосылкой для проведения большого числа медико-социальных и медико-экономических исследований. Доступность с учетом вышесказанного может быть определена как свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Некоторые авторы [4] выделяют такие виды доступности, как пространственная, временная, экономическая. При этом ограничение доступности тесно связано с увеличивающейся пораженностью взрослого населения страны основными стоматологическими заболеваниями (кариес, пульпит, периодонтит, пародонтит), которые достигают

по данным ВОЗ 99-100% в зависимости от территории РФ и возраста обследованных.

**Цель работы:** исследовать факторную среду экономической стратификации в медико-социальной сфере и определить её влияние на доступность стоматологических услуг в современных медико-демографических и социально-экономических реалиях.

**Материалы:** анкеты 209 пациентов стоматологических лечебно-профилактических учреждения Ростовской области (85 мужчин и 124 женщины) в возрасте от 15 до 72 лет.

**Методы:** исторический, социологический, статистический. Группировка выполнялась по критерию величины ежемесячного дохода на 1 члена семьи: 1-я группа – доход составлял 5000 рублей или менее; 2-я – 6000-16000 рублей и 3-я – 17000 рублей и более. Выбранные диапазоны позволили измерить экономическую доступность (ЭД) стоматологических услуг (СУ) для каждой группы. Наглядность авторской методики достигалась при помощи использования показателя структуры, выражающего процентную долю части выборки по отношению ко всей выборке. Достоверность разницы между показателями 1-й и 3-й групп определялась с помощью t-критерия Стьюдента, сила связи между явлениями и процессами - при помощи коэффициента ранговой корреляции (КРК) Спирмена. Факторную среду (ФС) ЭД мы разделили на 4 сектора: образовательный; профессиональный; аксиологический; мотивационный.

**Результаты.** Рассматривая данные по образовательному сектору ФС можно отметить, что значительное влияние на уровень ЭД СУ для респондентов имеет наличие высшего образования (табл. 1).

Таблица 1

**Сопряженность уровня образования с процессом формирования  
экономической стратификации (в %)**

Уровень образования	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t <sub>p</sub>	КРК <sub>p</sub>
	P	±m	P	±m	P	±m		
1) начальное и ниже;	3,2	3,2	1,2	1,2	0,0	0,0	1,0	-0,99
2) неполное среднее;	19,4	7,1	12,0	3,6	4,1	2,3	2,1	-1,00
3) среднее общее;	22,6	7,5	6,0	2,6	8,1	3,2	1,8	-0,80
4) среднее специальное;	16,1	6,6	26,5	4,8	13,5	4,0	0,3	-0,19
5) незаконченное высшее;	6,5	4,4	12,0	3,6	12,2	3,8	1,0	0,87
6) высшее.	29,0	8,2	39,8	5,4	63,5	5,6	3,5	0,98

В профессиональном секторе ФС отмечается зависимость между определенными условиями труда и уровнем благосостояния пациентов. Анализируя условия труда можно прийти к выводу, что респонденты из 3-й группы занимаются преимущественно умственным трудом (напряжение зрения; рабочая поза – сидя; низкая двигательная активность) (табл. 2).

Таблица 2

**Условия труда в различных экономических стратах (в %)**

Производственные условия	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t <sub>p</sub>	КРК <sub>p</sub>
	P	±m	P	±m	P	±m		
Напряжение зрения;	16,1	6,6	22,9	4,6	41,9	5,7	2,9	0,96
Рабочая поза - сидя;	12,9	6,0	21,7	4,5	36,5	5,6	2,9	0,99
Низкая двигательная активность;	6,5	4,4	6,0	2,6	20,3	4,7	2,2	0,85
Ритмичный режим работы;	6,5	4,4	13,3	3,7	20,3	4,7	2,2	1,00
Частые температурные перепады;	9,7	5,3	1,2	1,2	0,0	0,0	1,8	-0,92

Изучение аксиологического сектора ФС позволяет заключить, что в структуре ценностного пространства респондентов 3-й группы доминируют такие ориентации как наличие работы; возможность влиять на ход событий; высокий уровень жизни; высокая социальная защищенность (табл. 3).

Таблица 3

**Ценностные ориентации в группах стоматологических пациентов с различным уровнем доходов (в %; отсортировано по величине t-критерия)**

Производственные условия	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t <sub>p</sub>	КРК <sub>p</sub>
	P	±m	P	±m	P	±m		
Наличие работы	32,3	8,4	59,0	5,4	70,3	5,3	3,8	0,97
Возможность влиять на ход событий	3,2	3,2	4,8	2,4	17,6	4,4	2,6	0,91
Высокий уровень жизни	22,6	7,5	36,1	5,3	44,6	5,8	2,3	0,99
Высокая социальная защищенность	6,5	4,4	22,9	4,6	20,3	4,7	2,2	0,78
Большое количество детей	3,2	3,2	7,2	2,8	12,2	3,8	1,8	1,00
Литература и искусство	0,0	0,0	6,0	2,6	4,1	2,3	1,8	0,66
Возможность приносить пользу людям	35,5	8,6	18,1	4,2	20,3	4,7	1,6	-0,80
Счастливая семейная жизнь	54,8	8,9	65,1	5,2	70,3	5,3	1,5	0,98
Любовь	25,8	7,9	32,5	5,1	37,8	5,6	1,2	1,00
Творчество	3,2	3,2	7,2	2,8	0,0	0,0	1,0	-0,45
Жить без войны	25,8	7,9	39,8	5,4	18,9	4,6	0,8	-0,32
Свобода	25,8	7,9	25,3	4,8	18,9	4,6	0,8	-0,90
Спорт	16,1	6,6	12,0	3,6	10,8	3,6	0,7	-0,96
Хорошее здоровье	71,0	8,2	67,5	5,1	77,0	4,9	0,6	0,63
Секс	9,7	5,3	10,8	3,4	13,5	4,0	0,6	0,98
Образование	19,4	7,1	27,7	4,9	21,6	4,8	0,3	0,26
Религия	9,7	5,3	7,2	2,8	8,1	3,2	0,3	-0,63
Взаимопонимание с окружающими	32,3	8,4	28,9	5,0	33,8	5,5	0,2	0,31
Всего	396,9	28,4	478,1	18,4	500,1	19,1	3,0	0,95

Респонденты этой группы изначально нацелены на реализацию прагматического мотива жизнедеятельности. Однако анализ мотивационного сектора ФС, обеспечивающего посещение стоматологического учреждения,

позволил установить иные, не менее интересные различия. Так, основными мотивами посещения врача-стоматолога, имеющими достоверные различия по сравнению с другими группами, для респондентов третьей группы является: страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем; престиж (иметь здоровые и красивые зубы - это сейчас высоко ценится в обществе) и формула «я очень дорожу моим здоровьем».

Для респондентов первой группы наиболее актуальны мотивы: самосохранительный; профилактирую стоматологические заболевания с целью избежать расходов на лечение в будущем; желание избавиться от зубной боли (табл. 4).

Таблица 4

**Мотивы самосохранительного стоматологического поведения в группах пациентов с различным уровнем доходов (в %; отсортировано по величине t-критерия)**

Мотив	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t <sub>p</sub>	КРК <sub>p</sub>
	P	±m	P	±m	P	±m		
Страх перед возникновением стоматологических осложнений в будущем	3,2	3,2	15,7	4,0	23,0	4,9	3,4	0,99
Престиж (иметь здоровые и красивые зубы - это сейчас высоко ценится в обществе)	6,5	4,4	8,4	3,1	20,3	4,7	2,2	0,92
Я очень дорожу моим здоровьем	1,0	0,0	6,0	2,6	6,8	2,9	2,0	0,91
Эстетика (хочу иметь красивую улыбку, чтобы привлекать внимание противоположного пола)	25,8	7,9	27,7	4,9	43,2	5,8	1,8	0,91
Выполняю распоряжение моего агента влияния (муж)	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	2,3	1,8	0,87
Самосохранительный	29,0	8,2	12,0	3,6	14,9	4,1	1,5	-0,78
Личные профессиональные знания и умения	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	1,9	1,4	0,87
Процесс лечения зубов доставляет мне удовольствие	6,5	4,4	1,2	1,2	1,4	1,3	1,1	-0,85
Когнитивный	3,2	3,2	3,6	2,0	0,0	0,0	1,0	-0,81
Мне нравится психологический климат в этом леч.учреждении	0,0	0,0	1,2	1,2	1,4	1,3	1,0	0,91
Выполняю распоряжение моего агента влияния (жена)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,3	1,0	0,87
Желание избавиться от зубной боли	25,8	7,9	43,4	5,4	17,6	4,4	0,9	-0,31
Мне нужно чем-то пережевывать	3,2	3,2	8,4	3,1	1,4	1,3	0,5	-0,26

пищу								
Посещение стоматолога входит в мой стереотип поведения	3,2	3,2	1,2	1,2	5,4	2,6	0,5	0,52
Меня беспокоит неприятный запах изо рта	12,9	6,0	15,7	4,0	10,8	3,6	0,3	-0,43
Я профилактирую стоматологические заболевания, так как хочу избежать расходы на лечение в будущем	29,0	8,2	21,7	4,5	28,4	5,2	0,1	-0,08
Хочу узнать подробности своего стоматологического здоровья из любопытства	6,5	4,4	0,0	0,0	6,8	2,9	0,1	0,04
Здоровые и красивые зубы помогают мне зарабатывать на жизнь и комфорт в быту	3,2	3,2	1,2	1,2	2,7	1,9	0,1	-0,25
Возможность управления собственным стоматологическим здоровьем (креативный)	3,2	3,2	6,0	2,6	2,7	1,9	0,1	-0,15
Общая площадь мотивационного поля	162,2	21,5	173,4	13,3	195,0	15,0	1,3	0,95

Средний возраст респондентов в группах не имел достоверных различий и равнялся соответственно  $36,5 \pm 2,8$ ;  $36,0 \pm 1,6$  и  $33,0 \pm 1,3$  лет. Также между группами отсутствовали гендерные отличия. При этом 34,2% респондентов, состоящих в браке не имеют детей (табл. 5). Средняя детность респондентов 1-й группы составляет 2,8 ребенка, 2-й и 3-й соответственно 1,8 и 1,5 детей. При сравнении 1-й и 3-й групп установлено, что репродуктивная активность малообеспеченных респондентов почти в 2 раза выше, чем у высокообеспеченных.

Таблица 5

**Удельный вес бездетности среди респондентов, состоящих в браке в целом по выборке (в %)**

<b>Репродуктивная активность</b>	<b>Удельный вес группы</b>
Имеют детей	65,8
Бездетные	34,2
Всего	100,0

Анализ отдельных демографических характеристик семейных микросоциумов (табл. 6) позволил установить, что численный состав семей респондентов 1-й группы составляет в среднем 4,5 человека (не включая самого

опрашиваемого), это в 2,6 раз больше чем аналогичный показатель в семьях респондентов 3-й группы. Возраст первого обращения к стоматологу в группе малообеспеченных респондентов составляет 12,3 лет, что на 27,4% выше, чем в группе высокообеспеченных пациентов (9,6 лет). В семье с наиболее благоприятной экономической обстановкой ребенок имеет возможность обратиться к врачу-стоматологу на 3 года раньше.

Таблица 6

**Демографические особенности семейных микросоциумов респондентов**

Средняя величина	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t <sub>м</sub>	КРК <sub>м</sub>
	М	±m	М	±m	М	±m		
Средняя детность	2,8	0,3	1,8	0,1	1,5	0,1	4,2	-0,94
Численный состав семьи (не считая самого респондента)	4,5	0,5	2,5	0,2	1,7	0,1	5,2	-0,97
Возраст первого обращения к стоматологу	12,3	1,2	13,0	0,9	9,6	0,5	2,0	-0,74

Декларируемые респондентами размеры расходов на стоматологическую помощь (табл. 7) за прошедший год обнаруживают двукратное увеличение при переходе от 1-й группы ко 2-й и от 2-й к 3-й. Приведенные цифры соизмеримы, а иногда и превышают размер прожиточного минимума, величина которого по официальным данным в целом по Ростовской области за III квартал 2011 года составляла в расчете на душу населения – 5 847 рублей [5] в месяц.

Таблица 7

**Среднемесячные подушевые доходы и расходы на стоматологическое лечение в год в исследуемых группах респондентов**

Средняя величина	1-я группа		2-я группа		3-я группа		t <sub>м</sub>	КРК <sub>м</sub>
	М	±m	М	±m	М	±m		
Средний доход на одного члена семьи в месяц в рублях	3056,5	332,2	11061,4	341,3	32405,4	1781,5	16,2	0,97
Расходы на стоматологическое лечение в рублях за последний год	2440,0	711,0	4972,1	719,0	11054,4	1312,7	5,8	0,97
Процентная доля расходов по отношению к ежемесячным доходам	79,8		45,0		34,1			-0,96

В структуре выборки по критерию величины дохода на одного члена семьи в месяц (табл. 8) преобладали респонденты из 2-й группы (доходы среднего уровня – 44,1%). Второе место занимали респонденты 3-й группы (доходы выше среднего). На их долю приходилось 39,4%. Меньше всего посещали стоматологические учреждения малообеспеченные респонденты – их в выборке было только 16,5%. По отношению к процентной доле средне и высокообеспеченных респондентов (83,5%) ЭД СУ для малообеспеченной части пациентов оказалась в 5 раз меньше.

Таблица 8

**Структура выборки по критерию величины дохода  
на одного члена семьи в месяц (в %)**

<b>Уровень дохода</b>	<b>Удельный вес группы</b>
1-я группа (5 000 руб. и менее)	16,5
2-я группа (6 000-16 000 руб.)	44,1
3-я группа (17 000 руб.и более)	39,4
Всего	100,0

**Выводы:**

1. В группе наиболее обеспеченных преобладают респонденты с высшим образованием (63,5%), что более чем в 2 раза превышает аналогичный показатель в группе малообеспеченных.

2. К повышению материального благосостояния приводит профессиональная деятельность, связанная с напряжением зрения; рабочая поза - сидя; низкая двигательная активность; ритмичный режим работы и полное отсутствие температурных перепадов в производственной среде.

3. Суммарное ценностное пространство наиболее обеспеченных респондентов составляет 500 условных единиц и превышает соответствующий показатель в группе малообеспеченных пациентов на 20,6%.

4. В структуре ценностного пространства респондентов 3-й группы доминируют такие ориентации как наличие работы; возможность влиять на ход событий; высокий уровень жизни; высокая социальная защищенность.

Превышение указанных позиций над соответствующими в 1-й группе составляет от 2-х до 6 раз.

5. К наиболее востребованным в среде высокообеспеченных респондентов следует отнести мотивы самосохранительного стоматологического поведения, связанные со страхом перед возникновением стоматологических осложнений в будущем (т.е. повышенная по сравнению с остальными респондентами способность к прогнозированию на фоне объективной оценки рисков); с престижем (иметь здоровые и красивые зубы - это сейчас высоко ценится в обществе) и формулой «я очень дорожу моим здоровьем».

6. На момент исследования в Ростовской области отмечается значительный разрыв между потребностью и обеспеченностью населения стоматологической помощью, при этом экономическая доступность указанного вида помощи для малообеспеченных слоев населения по-прежнему находится на очень низком уровне.

7. Расходы на стоматологическое лечение в год для малообеспеченных групп населения составляют сумму, близкую к 80% от среднемесячного дохода и соизмеримую с половиной официального прожиточного минимума.

### **Список литературы**

1. <http://www.bunker8.pwp.blueyonder.co.uk/misc/crimgov.htm> (дата обращения 01.11.2012)
2. <http://www.kapital-rus.ru/articles/article/212988/> (дата обращения 01.11.2012)
3. [http://www.rf-agency.ru/acn/stat\\_ru](http://www.rf-agency.ru/acn/stat_ru) (дата обращения 01.11.2012)
4. Элланский Ю.Г., Дударев И.В. и др. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть II. Ростов-на-Дону: ОАО «Изд-во Молот», 2011. 336 с.
5. <http://mintrud.donland.ru/Default.aspx?pageid=57904> (дата обращения 01.11.2012)

## References

1. <http://www.bunker8.pwp.blueyonder.co.uk/misc/crimgov.htm> (accessed November 01, 2012)
2. <http://www.kapital-rus.ru/articles/article/212988/> (accessed November 01, 2012)
3. [http://www.rf-agency.ru/acn/stat\\_ru](http://www.rf-agency.ru/acn/stat_ru) (accessed November 01, 2012)
4. Ellansky Y.G., Dudarev I.V. et al. *Obshchestvennoe zdorove i zdravookhranenie* [Public health and health care]. Part II. Rostov-on-Don: OAO «Molot», 2011. 336 p.
5. <http://mintrud.donland.ru/Default.aspx?pageid=57904> (accessed November 01, 2012)

## ДАННЫЕ ОБ АВТОРЕ

**Кудинова Надежда Алексеевна**, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины  
*Ростовский государственный медицинский университет  
пер. Нахичеванский, 29. Ростов-на-Дону, 344022, Россия  
e-mail: fux1@ya.ru*

## DATA ABOUT THE AUTHOR

**Kudinova Nadezhda Alekseevna**, a graduate student of Public Health and Health Care Cathedra Number One with a Course of History of Medicine  
*Rostov State Medical University  
29, Pereulok Nakhichevansky, Rostov-on-Don, 344022, Russia  
e-mail: fux1@ya.ru*

## Рецензент:

**Власова В.Н.**, профессор кафедры управления образованием, профессор, доктор философских наук, Южный Федеральный Университет