

Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

О б р а щ е н и е р о с с и я н з а м е д и ц и н с к о й п о м о щ ь ю



Малышев Михаил Львович – доктор социологических наук, профессор, руководитель Центра социологии социально-трудовой сферы ИС РАН

E-mail: anpi_2006@mail.ru



Варламова Светлана Николаевна – старший научный сотрудник Центра социологии социально-трудовой сферы ИС РАН

E-mail: f_varlamova@mail.ru

Обращение россиян за медицинской помощью¹

Аннотация

В статье приведена динамика самооценок состояния здоровья россиян за 2005–2010 гг., в т. ч. различных социально-демографических и доходных группах. Анализируя результаты общероссийских опросов, авторы рассматривают доступность для населения услуг узких медицинских специалистов в рамках ОМС, а также пользование платными и бесплатными медицинскими услугами.

Ключевые слова: здоровье, самооценки состояния здоровья, динамика состояния здоровья, заболеваемость, обращаемость за медицинской помощью, отказ от обращения за медицинской помощью

Здоровье человека имеет приоритетное значение не только для него самого, но и для общества, ведь именно *состояние здоровья каждого конкретного гражданина предопределяет здоровье и жизнеспособность нации, является одной из составляющих трудового потенциала.*

Показатели здоровья населения зависят от множества факторов, среди которых одно их ведущих мест занимает качество оказания медицинской помощи, способность врача быстро и эффективно оказать пациенту необходимую помощь.

Реальное понимание процессов, происходящих в системе здравоохранения под влиянием проводящихся социально-экономических реформ, и оперативное реагирование на них органов государственной власти и системы подготовки медицинских кадров возможно только при условии всестороннего и глубокого анализа своевременной и достоверной информации, получаемой из различных источников.

Старые информационные системы в принципе не способны обеспечить решение этой задачи, так как ориентированы на официальную статистику состояния системы здравоохранения. К тому же ряд показателей, необходимых для оценки реального состояния здоровья различных групп населения и удовлетворенности конечного потребителя качеством полученных медицинских услуг, в них вообще не разрабатывался.

¹ Всероссийский опрос населения проведён под руководством авторов в феврале 2010 г. в 39 субъектах РФ в 120 точках опроса. Многоступенчатая квотная выборка репрезентирует взрослое население страны по полу, возрасту, федеральным округам и типу поселения. Опрошены 2400 человек в возрасте от 18 лет и старше.

Многие вопросы, с которыми сталкивались население и местные власти в сфере медицинского обслуживания, были столь нетрадиционны для нашей страны в начале 1990-х гг., что статистика не имела необходимой исходной базы для их измерения. Поэтому возникла необходимость в данных, позволяющих формировать оперативно действующую информационно-аналитическую систему, объективно отражающую содержание и тенденции развития различных, как позитивных, так и негативных процессов, происходящих в системе здравоохранения. Основная цель такого исследования – предоставление органам государственной власти и управления соответствующей информации для оперативного её регулирования и формирования адекватной социальной политики, направленной на увеличение доступности качественной медицинской помощи для всех социальных групп населения.

Самооценки состояния здоровья населения

Состояние своего здоровья большинство наших сограждан (76,3%) оценивают со знаком «плюс». Как показало проведённое исследование, 39,4% опрошенных охарактеризовали своё состояние здоровья как «удовлетворительное», ещё 36,9% как «скорее удовлетворительное». В то же время важно обратить внимание на негативные самооценки здоровья, данные каждым пятым (22,2%) респондентом. Из них 17,9% заявили, что их здоровье «скорее неудовлетворительное», а ещё 4,3% дали ему резко отрицательную оценку «совершенно неудовлетворительное» (см. рис. 1).

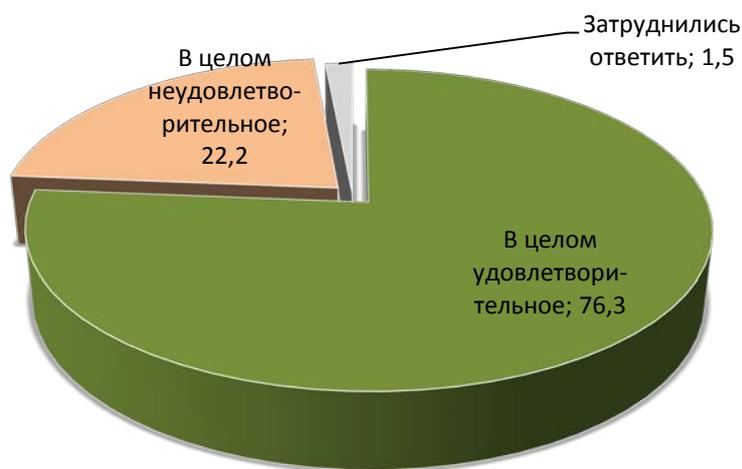


Рис. 1. Самооценки состояния здоровья населения, % от общего числа опрошенных

Самооценки здоровья имеют вполне традиционные половозрастные характеристики, регулярно подтверждаемые данными других опросов. Удовлетворённость своим здоровьем

несколько выше среди мужчин, нежели среди женщин – положительно его оценили соответственно 80,2% и 73,1% опрошенных из этих групп. Также она выше среди молодежи (88,0% среди 18-24-летних и 87,8% среди 25-34-летних), а с возрастом, напротив, снижается до 60,4% в группе респондентов 55 лет и старше.

Казалось бы, ничего удивительно и противоречивого в этом нет. Однако не следует забывать, что самооценка здоровья основывается не на простой констатации объективных показателей своего здоровья (причём, в соответствии с «возрастными нормативами»), но включает в себя сильную субъективную составляющую, которая подразумевает и эмоциональный настрой человека, его уверенность в жизни, рефлексию на собственный социальный статус, отношение со стороны окружающих и т. д. Представляется, что низкие показатели здоровья пожилых россиян (вполне естественные для их возраста) усугубляются их пессимистическим мироощущением. Можно предположить, исходя из этих данных, что перелом отношения к состоянию своего здоровья наступает у россиян весьма рано – в среднем возрасте. Дальше люди начинают воспринимать эту сторону своей жизни и свой возраст априори пессимистически, как идущую к закату часть жизни, что, как показывают исследования, в том числе медицинские, в действительности приводит в конечном итоге к проблемам со здоровьем.

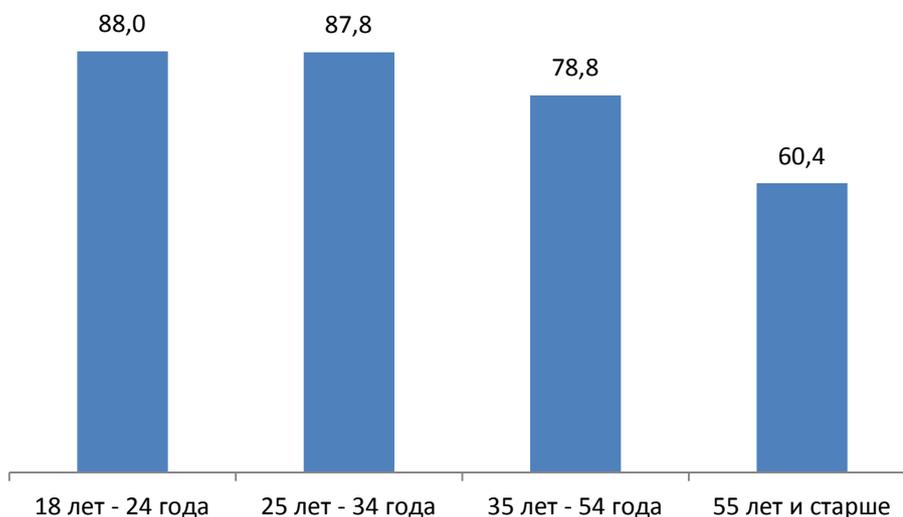


Рис. 2. Дифференциация оценок удовлетворенности состоянием здоровья в зависимости от возраста, % от числа опрошенных в каждой возрастной группе, отмечены позиции «хорошее» и «скорее хорошее»

Выявлена прямо пропорциональная зависимость между уровнем образования и самооценками здоровья: с ростом образовательных характеристик респондентов повышаются самооценки состояния здоровья: с 54,6% в группе с образованием ниже среднего до 81,3% в группе с высшим или неполным высшим образованием.

Ряд исследователей обращают внимание на то, что уровень образования коррелирует с возрастом, а возраст – один из важнейших факторов, влияющих на состояние здоровья [Решетников 2003].

Однако при всей обусловленности здоровья генетическими, экологическими факторами и образом жизни человека материальное положение остаётся доминирующей индентой в самооценках состояния здоровья. Если финансовые возможности позволяют человеку в случае заболевания получать качественную медицинскую помощь, а не пускать ситуацию на самотёк, то, как правило, он не занимается самолечением, а обращается к врачу (см. таблицу 1).

Таблица 1

Влияние материального положения россиян на самооценки состояния здоровья, % от численности каждой группы с разным уровнем материального положения

| Категория граждан | Состояние здоровья | | |
|--------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| | Удовлетворительное | Неудовлетворительное | Затруднились ответить |
| Бедные | 39,8 | 58,6 | 1,6 |
| Малообеспеченные | 63,5 | 34,7 | 1,8 |
| Среднеобеспеченные | 79,8 | 19,3 | 0,9 |
| Высокообеспеченные | 86,0 | 11,7 | 2,3 |
| Богатые | 83,5 | 11,0 | 5,5 |

Отметим фактор семьи в состоянии здоровья населения. Причём важно здесь не просто наличие семьи, а и то, каков её размер, сколько человек живут вместе, создают коммуникативное пространство, являются для человека «опорным стержнем» и «островком безопасности». Худшие показатели здоровья наблюдаются в группе одиноких граждан (57,3%) и формально семейных, но имеющих только одного члена семьи (69,9%). Точка перегиба в графике приходится именно на семью из четырех человек. С наличием ребёнка (детей) в семье существенно улучшаются и показатели самооценок здоровья родителей (от 80,2% и выше). *Чем многочисленнее «ближний круг» жителей России, тем более здоровыми они себя ощущают.*

Итак, счастливая семья с детьми поддерживает жизненный тонус на высоком уровне и способствует хорошему самочувствию и мужчин, и женщин (см. рис. 3).

В ходе анализа полученных данных было проведено их сравнение с данными исследований, осуществлённых в 2005-2008 гг. Динамика результатов опросов за эти годы позволяет сделать следующий вывод за последние пять лет ситуация с самооценками состояния здоровья заметно не изменилась, практически вернувшись к докризисным показателям.

С ростом образовательных характеристик респондентов повышаются самооценки состояния здоровья: с 54,6% в группе с образованием ниже среднего до 81,3% в группе с высшим или неполным высшим образованием.

Чем многочисленнее «ближний круг» жителей России, тем более здоровыми они себя ощущают.

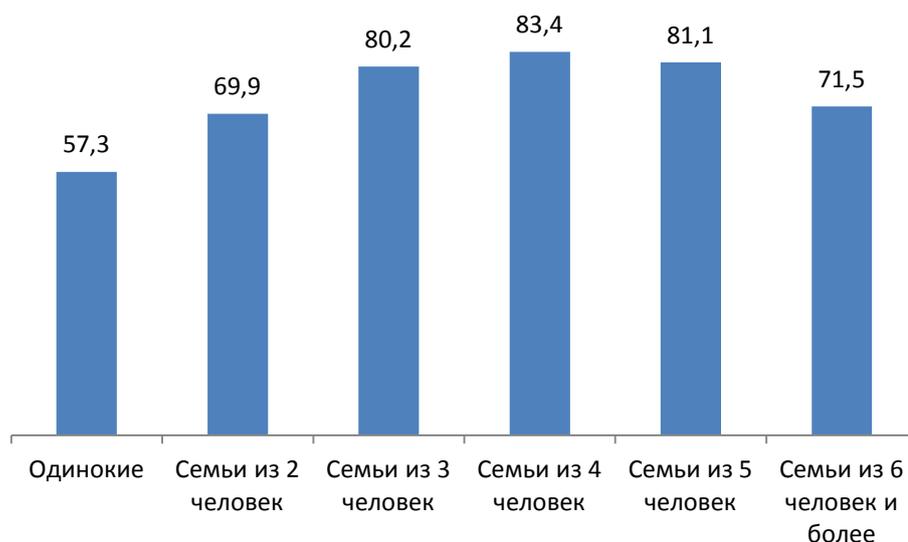


Рис. 3. Дифференциация оценок удовлетворенности состоянием здоровья в зависимости от численного состава семьи, % от численности каждой группы по численному составу семей

Доля безусловно положительных оценок россиянами собственного здоровья за период с 2005 по 2006 гг. несколько сократилась (с 34,7 до 32,9%). Однако далее последовало заметно большее её сокращение с 32,9% в 2006 г. до 20,9% в 2008 г. Доля осторожных, умеренно-позитивных оценок, напротив, существенно возросла за 2006-2008 гг. – с 31,9 до 44,4%. Как видим, при в целом стабильной общей доле положительных самооценок здоровья, произошло существенное их перераспределение по линии безусловно положительных и умеренно положительных оценок – доля безусловно оптимистичных самооценок снизилась, уступив место осторожному оптимизму. Улучшение общей экономической ситуации вернуло показатели самооценок состояния здоровья на прежний уровень, лишний раз подтвердив доминирование материального фактора в общем самочувствии граждан (см. рис. 4).

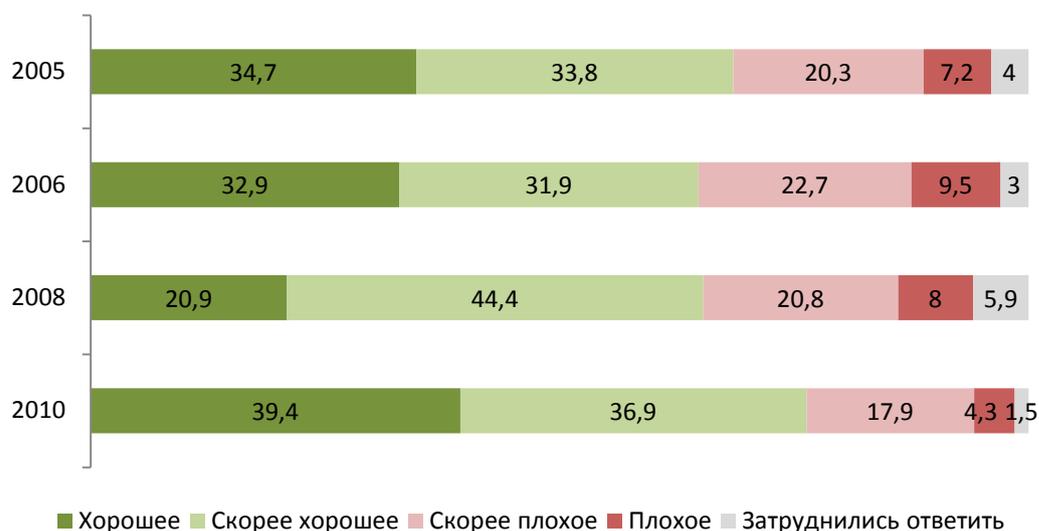


Рис. 4. Динамика оценок состояния здоровья населения, % от общего числа опрошенных в каждом году

Обращение за медицинской помощью

В ходе исследования был специально рассмотрен вопрос о своевременности обращения людей за квалифицированной медицинской помощью. Исследование свидетельствует, что всегда и безусловно этому правилу следуют только 13,6% опрошенных. Ещё треть (33,5%) обращаются к медикам за помощью в большинстве случаев, но не всегда. В целом *дисциплинированное поведение в ситуации болезни проявляют почти половина (47,1%) респондентов.*

Однако более половины наших сограждан (52,9%), как правило, не обращаются к медикам за помощью (см. рис. 5).



Рис. 5. Обращение населения за медицинской помощью в случае заболевания, % от общего числа опрошенных

Чаще всего услугами медиков пренебрегают мужчины, молодёжь и живущие за чертой бедности. Так, отказываются от услуг медиков в случае заболевания большинство (58,8%) мужчин и меньше половины (48,1%) женщин. Среди молодёжи и людей среднего возраста доли тех, кто пытается победить болезнь самостоятельно, не прибегая к помощи врачей, составляют от 53,9 до 60,1%. Пожилые респонденты, перешедшие возрастной порог в 55 лет, отказываются от услуг медиков заметно реже (41,6%).

Что касается людей, относящихся к различным категориям по уровню материального положения, то среди них обращает на себя внимание группа «бедных», где доля людей, отказывающихся от услуг медиков даже в случае заболевания, максимальна и составляет 63,8% (см. рис. 6).

Обращает на себя внимание группа «бедных», где доля людей, отказывающихся от услуг медиков даже в случае заболевания, максимальна и составляет 63,8%.

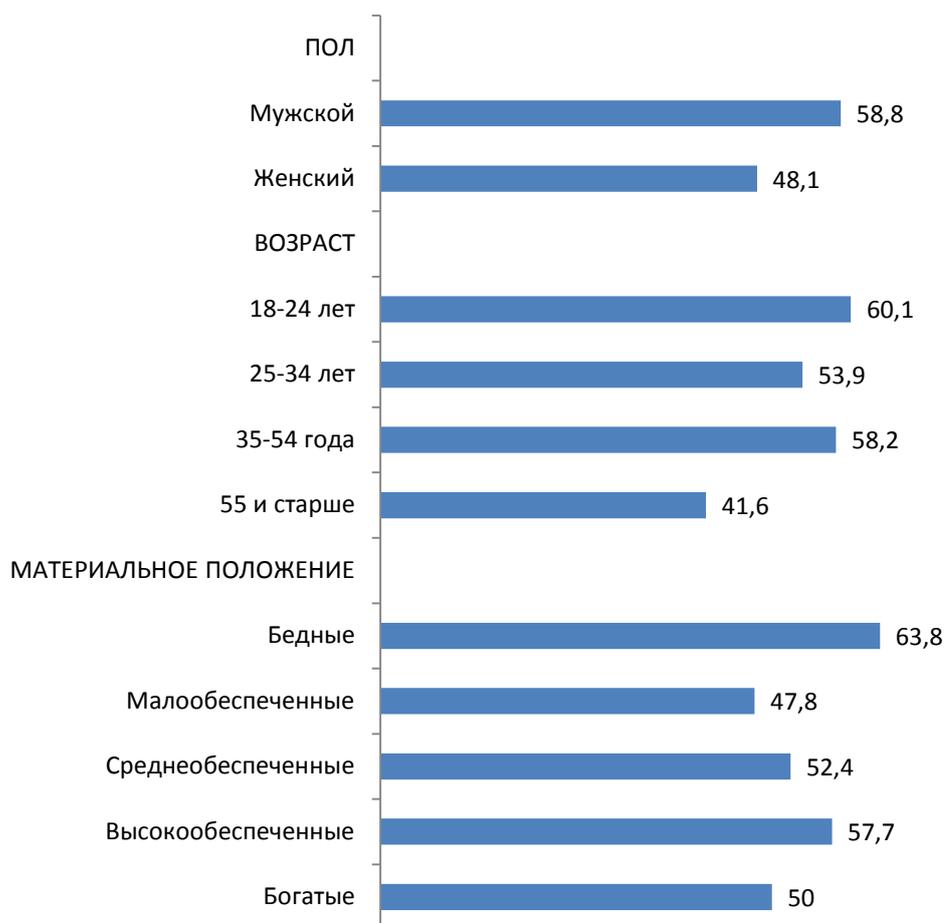


Рис. 6. Отказ от обращения за медицинской помощью в случае заболевания респондентов различных социально-демографических групп, % от общего числа опрошенных в каждой группе, отмечены позиции «в большинстве случаев не обращаюсь к врачу» и «не обращаюсь к врачу»

Среди различных территорий страны наибольшей долей тех, кто обходится без помощи медиков даже в случае заболевания, характеризуются Северо-Западный и Дальневосточный федеральные округа (58,8-60%). Напротив, реже всего пренебрегают услугами докторов во время болезни респонденты, проживающие в Южном федеральном округе (46,1%).

Между группами опрошенных, проживающих в различных типах поселений, заметной разницы по данному показателю не зафиксировано (см. рис. 7).

Только 47,3% жителей страны имеют возможность пользоваться услугами нужных им специалистов в рамках общедоступного медицинского обслуживания по полисам обязательного страхования в районных (городских) поликлиниках.



Рис. 7. Региональные особенности отказа населения от обращения за медицинской помощью в случае заболевания, % от общего числа опрошенных в каждой группе, отмечены позиции «в большинстве случаев не обращаюсь к врачу» и «не обращаюсь к врачу»

Возможности и пользование услугами медицинских учреждений

Одним из факторов, обуславливающих здоровье населения, является качество медицинского обслуживания. Несмотря на заявленное неплохое общее самочувствие, значительное число пациентов, обращающихся в медицинские учреждения, как правило, нуждаются в помощи не только терапевта или врача общей практики, но и врачей узкой специализации (таких как отоларинголог, окулист, хирург, кардиолог, онколог, уролог, и т. д.). Однако только 47,3% жителей страны имеют возможность пользоваться услугами нужных им специалистов в рамках общедоступного медицинского обслуживания по полисам обязательного страхования в районных (городских) поликлиниках. В то же время доступность специального медицинского обслуживания на бесплатной основе для значительной части населения города ограничена – 28,1% заявили, что у них есть возможность пользоваться услугами

районных специалистов, но далеко не всех, кто им необходим, а у каждого девятого (10,9%) такой возможности нет совсем (см. таблицу 2).

Таблица 2

Доступность для россиян услуг врачей узкой специализации

| Доступность услуг врачей-специалистов | %* |
|--|------|
| Есть возможность пользоваться услугами всех необходимых специалистов | 47,3 |
| Есть возможность пользоваться услугами узких специалистов, но далеко не всех | 28,1 |
| Нет такой возможности | 10,9 |
| Затруднились ответить, пока в этом не было необходимости | 13,7 |

*Доля указана от числа всех опрошенных респондентов.

С изменением стандартов предоставления медицинской помощи населению изменилась структура самой системы здравоохранения. Во времена Советского Союза существовали достаточно широкие гарантии бесплатного предоставления медицинской помощи. С началом реформ произошло существенное сокращение государственного финансирования здравоохранения и снижение стандартов медицинской помощи, гарантированных государством. Ответом на существующий у населения, но неудовлетворённый спрос, стало появление платной медицины, которая, ликвидировав наиболее раздражающие пациентов составляющие государственной системы здравоохранения, смогла привлечь в свои учреждения значительную долю горожан.

Наши сограждане продолжают пользоваться бесплатной медициной – ей отдают предпочтение 71,2% опрошенных, пользовавшихся в 2009 г. медицинскими услугами. Причём более трети россиян (38,7%) пользуются исключительно бесплатной медициной, а ещё 32,5% пользуются ею в основном.

В то же время, по мере увеличения доли среднего класса и повышения реальных доходов населения, растёт и число сторонников платной медицины. Доля тех, кто примерно в равной степени обращается и к платной, и бесплатной медицине, уже фиксируема – 13,9%. Что же касается россиян, которые отдают предпочтение платной медицине, то их сегодня насчитывается 14,9%, причём исключительно платными услугами пользуются лишь 4,3% из них.

В целом же показатель востребованности платной медицины можно оценить сегодня на уровне 28,8% – такова суммарная доля жителей страны, которые прибегают к её помощи более или менее регулярно. Общая картина представлена в таблице 3.

То, какими услугами люди чаще пользуются – платными или бесплатными, во многом зависит от их принадлежности к той или иной социально-демографической группе.

Бесплатной медициной продолжают пользоваться 71,2% опрошенных. Более трети россиян (38,7%) пользуются исключительно бесплатной медициной, а ещё 32,5% пользуются ею в основном.

В частности, к услугам бесплатной медицины чаще прибегают пожилые люди (81,4% против 67,1% респондентов среднего возраста и 66,5% молодёжи).

Таблица 3

**Востребованность пациентами платных/
бесплатных медицинских услуг**

| Платность медицинских услуг | %* |
|--|------|
| Пользуются только бесплатными медицинскими услугами | 38,7 |
| Пользуются в основном бесплатными медицинскими услугами, иногда – платными | 32,5 |
| Пользуются в равной мере платными и бесплатными медицинскими услугами | 13,9 |
| Пользуются в основном платными медицинскими услугами, иногда – бесплатными | 10,6 |
| Пользуются только платными медицинскими услугами | 4,3 |

*Доля указана от числа респондентов, пользующихся медицинскими услугами.

Понятно, что пользование платными медицинскими услугами зависит от уровня жизни граждан. Проведённое исследование с очевидностью это иллюстрирует: если среди богатых и высокообеспеченных респондентов регулярно пользуются платной медициной 46,2 и 42,9% соответственно, то в группах населения со средними и низкими доходами, среди бедных она составляет примерно четверть респондентов. Доля же пользующихся преимущественно бесплатным медобслуживанием, напротив, максимальна в группах опрошенных с низкими доходами и бедных (71,2-78,7%) и значительно ниже среди богатых (53,8%). При этом важно видеть, что возможность пользоваться платными услугами с увеличением доходов возрастает неравномерно. Лишь переход в группы достатка даёт людям возможность более широко пользоваться услугами платной медицины (см. таблицу 4).

Таблица 4

**Востребованность платных/бесплатных медицинских
услуг в группах различной материальной обеспеченности,
% от численности групп различной материальной
обеспеченности, пользовавшихся медицинскими услугами в 2009 г.**

| Платность медицинских услуг | Бедные | Мало- обеспеченные | Средне- обеспеченные | Высоко- обеспеченные | Богатые |
|--|--------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|---------|
| Преимущественно бесплатными | 71,2 | 78,7 | 75,9 | 57,1 | 53,8 |
| Регулярно пользуются платными (в равной мере с бесплатными или преимущественно платными) | 28,8 | 21,3 | 24,1 | 42,9 | 46,2 |

В то же время, нельзя сказать, что если человек состоятельный, то он избегает учреждений бесплатной медицины и пользуется только платными услугами. Как показал опрос, доля состоятельных людей, пользующихся только платными медуслугами, не велика и составляет всего 7,7% в группе богатых, 6,3% – в группе высокообеспеченных, ещё 15,4% богатых и 15,0% высокообеспеченных пользуются ими в основном. При желании эти группы горожан могут позволить себе сочетание платных и бесплатных услуг – среди них доля респондентов, которые пользуются в равной степени и теми, и другими услугами, составляет 23,1 и 21,6% соответственно.

Оценка качества медицинских услуг

Важным обстоятельством, из которого складывается общая характеристика состояния системы медицинского обслуживания, является его качество. Распределение оценок респондентами качества медицинских услуг различных категорий представлено в [таблице 5](#).

Таблица 5

Удовлетворенность россиян качеством предоставленных медицинских услуг, % от числа пользовавшихся данным видом медицинских услуг в 2009 г.

| Удовлетворенность качеством медицинских услуг | Медицинские услуги | |
|---|--------------------|-------------|
| | Платные | Бесплатные |
| Да | 24,5 | 10,4 |
| Скорее да | 46,4 | 36,9 |
| В целом да | 70,9 | 47,3 |
| Скорее нет | 14,1 | 31,0 |
| Нет | 6,7 | 15,9 |
| В целом нет | 20,8 | 46,9 |
| Трудно оценить | 8,3 | 5,8 |

Доступные большинству россиян бесплатные медицинские услуги удовлетворяют по своему качеству только половину обратившихся за медицинской помощью в бюджетные учреждения здравоохранения, а точнее – 47,3%. Тех, кто этими услугами не доволен, примерно столько же (46,9%).

Куда более привлекательно в этом отношении выглядит платная медицина, качеством которой довольны большинство её пользователей (70,9%). Нельзя не отметить долю тех, кто, получив услуги платной медицины, ими не доволен – 20,8%. Однако это недовольство, судя по данным исследования, носит во многом наведённый социальный характер – его выражают те, кому она обходится слишком дорого, а именно – её поль-

Бесплатные медицинские услуги удовлетворяют по своему качеству только половину опрошенных (47,3%). Куда более привлекательно в этом отношении выглядит платная медицина, качеством которой довольны большинство её пользователей (70,9%).

зователи из группы «бедных». Среди них доля недовольных качеством платных медицинских услуг доходит до 39,4%, тогда как среди «богатых» она составляет только 6,3%.

Так или иначе, но, несмотря на далеко не полный охват населением всех возможностей платной медицины, можно предположить, что с ростом уровня жизни россияне будут использовать их более широко. И главная предпосылка для этого – то, что у платной медицины сложилась заметно более позитивная «репутация», нежели у бесплатной.

Оценка качества платной и бесплатной медицины «расшифровывается» оценками их конкретных составляющих, в том числе квалификацией специалистов, техническим оснащением учреждений, оперативностью оказания услуг, отношением к пациентам со стороны медперсонала, отсутствием либо наличием поборов со стороны врачей и младшего медицинского персонала.

Рассмотрим оценки качества и доступности медицинской помощи на примере демографической ситуации – обеспечения качественной медпомощи для женщин во время беременности и родов.

В ходе исследования была проведена оценка качества услуг, оказываемых женскими консультациями, родильными домами и родильными отделениями городских/муниципальных больниц по унифицированному набору показателей, позволяющих сравнивать работу учреждений.

Женские консультации

Среди опрошенных оказалось 19,7% тех, кто в течение последнего года лично или члены их семей пользовались услугами женской консультации.

Понятно, что в основном пользователи услуг женских консультаций – женщины (31,3% гендерной группы). Однако 5,8% респондентов-мужчин также можно рассматривать в качестве косвенных пользователей услуг этих учреждений, поскольку в их семьях были те, кто непосредственно туда обращались (например, жёны). Наиболее высокие значения пользования услугами женских консультаций среди старшей молодёжи и людей среднего возраста (22,1-25,4% в средневозрастной группе и в группе 24-29-летних при 13,4% среди 55-летних и старше). Чем выше уровень образования респондентов, тем чаще женщины следят за своим здоровьем и посещают женские консультации – доля пользователей их услуг растёт с 14,6% в группе с образованием ниже среднего до 23,6% среди пациенток с высоким образовательным статусом.

Как видно из полученных данных, *практически все основные параметры работы женских консультаций пациентами оцениваются в целом положительно* – средние баллы

оценок превышают срединное значение в 3 балла (средние баллы рассчитаны исходя из 5-балльной шкалы, где оценка «1» – «совершенно не удовлетворён», а «5» – «вполне удовлетворён»). Однако, несмотря на значительные усилия, предпринятые федеральной властью по улучшению деятельности учреждений родовспоможения, *это оценки скорее «троечника», чем «хорошиста», а тем более «отличника».* Необходимый минимум – достижение в ближайшие годы 4-4,5 балльных оценок по большинству позиций, прежде всего в оценке качества работы медперсонала.

Пока лучше всего дело обстоит с содержанием помещения консультаций – жилищно-коммунальным обслуживанием, поддержанием чистоты, качеством ремонта (3,8-3,9 из 5 возможных баллов соответственно). Умеренно позитивно оценивается работа врачей, их квалификация и отношение к пациентам (3,7 и 3,6 балла). В эти же границы (3,5-3,6 баллов) укладывается и средняя оценка бытовой стороны вопроса – условий, в которых происходит ожидание приёма (наличие стульев, скамеек, туалетов на этаже и т. д.). С учётом того, что для женщин, особенно беременных, условия ожидания являются весьма важным показателем отношения к работе консультаций, баллы, которые получила эта позиция, нельзя считать достойной оценкой. Столь же слабо, несмотря на реализуемые программы господдержки демографического направления в рамках программы «Здоровье», выглядит оценка обеспеченности консультаций необходимым оборудованием (3,5 балла).

В то же время следует выделить несколько моментов в работе женских консультаций, оценки которых выглядят почти неблагоприятно. Так, критически приближены к троечному уровню оценки порядка записи посетителей на приём к врачу и собственно его организация (3,2 и 3,1 балла). Это означает, что доля позитивных оценок данных позиций едва превышает долю негативных.

Резюмируя своё отношение к качеству работы женской консультации в целом, опрошенные чаще высказывались о нём умеренно позитивно, среднее значение оценок составило 3,6 балла (см. рис. 8).

Региональные различия в оценке работы женских консультаций ощутимы (см. таблицу 6). Выше среднего по стране в целом работу этих учреждений оценили жители Северо-Западного, Приволжского и Южного ФО (3,9; 3,6 и 3,6 баллов соответственно). Самые низкие баллы – в Дальневосточном ФО (3,2 балла, т. е. совсем небольшое преодоление водораздела позитивных и негативных оценок).



Рис. 8. Качество работы женских консультаций, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных, обратившихся в женские консультации в 2009 г.

Таблица 6

Региональные особенности оценки качества работы женских консультаций, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных в каждом федеральном округе, обратившихся в женские консультации в 2009 г.

| Параметры оценки | Федеральные округа | | | | | | |
|---|--------------------|-------------|-------------|-------|-----------|-----------|-----------------|
| | Северо-Западный | Центральный | Приволжский | Южный | Уральский | Сибирский | Дальневосточный |
| Качество работы женской консультации в целом | 3,9 | 3,5 | 3,6 | 3,6 | 3,4 | 3,5 | 3,2 |
| Квалификация врачей | 4,1 | 3,5 | 3,9 | 3,8 | 3,5 | 3,6 | 3,5 |
| Отношение врачей к пациентам | 4,2 | 3,5 | 3,8 | 3,6 | 3,3 | 3,4 | 3,3 |
| Порядок записи на прием к врачу/вызовом скорой помощи | 3,5 | 3,2 | 3,6 | 3,2 | 3,0 | 3,2 | 2,2 |
| Организация приема | 3,4 | 3,1 | 3,5 | 2,8 | 2,9 | 3,0 | 2,6 |

Продолжение таблицы 6

| Параметры оценки | Федеральные округа | | | | | | |
|---|--------------------|-------------|-------------|-------|-----------|-----------|-----------------|
| | Северо-Западный | Центральный | Приволжский | Южный | Уральский | Сибирский | Дальневосточный |
| Условия ожидания – наличие стульев, скамеек, туалетов на этаже и т. д. | 4,0 | 3,5 | 3,6 | 3,3 | 3,5 | 3,6 | 3,1 |
| Обеспеченность учреждения необходимым оборудованием, аппаратурой для проведения диагностики, процедур | 4,0 | 3,6 | 3,7 | 3,4 | 3,2 | 3,4 | 3,3 |
| Поддержание чистоты в помещениях | 4,6 | 3,9 | 3,9 | 3,6 | 3,5 | 4,0 | 3,7 |
| Состояние помещения, качество ремонта помещения | 4,1 | 3,6 | 3,7 | 3,3 | 3,4 | 3,6 | 3,2 |
| Жилищно-коммунальное обслуживание учреждения | 4,2 | 3,8 | 3,9 | 3,4 | 4,0 | 3,7 | 3,6 |

Родильные дома

Что касается родильных домов и родильных отделений городских и муниципальных больниц, то их услугами за последний год пользовались 7,3% респондентов или членов их семей. Средняя оценка качества работы родильных домов и отделений составила 3,4 балла. Самая высокая оценка была дана (как и в случае с женскими консультациями) условиям ожидания пациентами приёма – 4,3 балла и работе санитарок по поддержанию чистоты в помещениях – 3,8 балла. Также к числу относительно сильных сторон в работе родильных домов и отделений россиянами отнесены квалификация врачей, условия пребывания пациентов и жилищно-коммунальное обслуживание роддомов (по 3,5 балла). Чуть ниже других характеристик работы родильных домов и отделений, хотя также с перевесом положительных отзывов, оценивается их обеспеченность необходимым оборудованием и аппаратурой (3,4 балла). Две оценки по 3,2 балла вызывают безусловную тревогу – это отношение врачей к пациентам и организация направления на приём в роддом (см. рис. 9).

Региональные отличия, характеризующие ответы пациентов данных учреждений, почти повторяют расклад ответов по оценке качества работы женских консультаций (см. таблицу 7). Лидеры по всем позициям те же – Северо-Западный, Приволжский и Южный ФО. Самые низкие оценки работы роддомов имеют Уральский и Дальневосточный федеральные округа, причём в УрФО общая оценка оказалась негативной.



Рис. 9. Качество работы родильных домов, родильных отделений больниц, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных, обратившихся в родильные дома, родильные отделения больниц в 2009 г.

Таблица 7

Качество работы родильных домов, родильных отделений больниц, средний балл от 1 до 5 (где 1 – минимальный балл, 5 – максимальный балл), от числа опрошенных в каждом федеральном округе, обратившихся в родильные дома, родильные отделения больниц 2009 г.

| Параметры оценки | Федеральные округа | | | | | | |
|--|--------------------|-------------|-------------|-------|-----------|-----------|-----------------|
| | Северо-Западный | Центральный | Приволжский | Южный | Уральский | Сибирский | Дальневосточный |
| Качество работы родильного дома, родильного отделения больницы в целом | 3,6 | 3,2 | 3,6 | 3,8 | 2,3 | 3,4 | 3,3 |
| Квалификация врачей | 4,0 | 3,3 | 3,8 | 4,3 | 3,3 | 3,3 | 3,7 |
| Отношение врачей к пациентам | 3,4 | 3,3 | 3,5 | 3,7 | 2,7 | 2,7 | 3,3 |
| Порядок записи на приём/госпитализацию | 3,4 | 3,6 | 3,2 | 3,2 | 3,7 | 2,9 | 3,7 |
| Организация направления на приём в роддом | 3,2 | 3,5 | 3,3 | 3,0 | 2,3 | 3,0 | 3,3 |
| Условия ожидания – наличие стульев, скамеек, туалетов на этаже и т. д. | 3,8 | 3,7 | 3,0 | 3,2 | 3,7 | 6,9 | 3,3 |

Продолжение таблицы 7

| Параметры оценки | Федеральные округа | | | | | | |
|---|--------------------|-------------|-------------|-------|-----------|-----------|-----------------|
| | Северо-Западный | Центральный | Приволжский | Южный | Уральский | Сибирский | Дальневосточный |
| Обеспеченность учреждения необходимым оборудованием, аппаратурой для проведения диагностики, процедур | 4,2 | 3,4 | 3,5 | 3,8 | 1,7 | 3,4 | 3,3 |
| Поддержание чистоты в помещениях | 4,4 | 3,8 | 3,6 | 4,3 | 2,7 | 3,6 | 3,7 |
| Состояние помещения, качество ремонта помещения | 4,2 | 3,6 | 3,4 | 3,7 | 3,3 | 3,4 | 2,7 |
| Жилищно-коммунальное обслуживание учреждения | 3,8 | 3,7 | 3,2 | 4,0 | 4,0 | 3,4 | 2,7 |

В современном мире здоровье человека становится одним из значимых факторов, обеспечивающих в условиях жёсткого рынка конкурентоспособность человека, его физическое и профессиональное долголетие, способность зарабатывать средства для собственного существования и жизни семьи, и, наконец, «отложенную» старость и продолжительность здоровой жизни. Поэтому признание здоровья населения не личным делом каждого, а стратегическим потенциалом и фактором национальной безопасности страны, повышение своевременности, доступности и качества медицинской помощи, развитие в целом сферы здравоохранения становится первоочередной государственной задачей и задачей всего общества.

Библиографический список

1. Решетников А. В. 2003. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике // Социологические исследования. № 1.
2. Решетников А. В. 2010. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. № 12.
3. Воронин Ю. А., Доронин Б. М., Лавров Н. Г., Марасулов А. Ф., Шанин И. А. 2008. О методологических основах реформирования и оценки эффективности системы здравоохранения // Здравоохранение РФ. № 6.
4. Закирова С. А. 2010. Маркетинг в здравоохранении // Здравоохранение РФ. № 4.
5. Малышев М. Л., Варламова С. Н. 2009. Социальное самочувствие россиян накануне финансово-экономического кризиса // Учёные записки РГСУ. № 1.

6. Малышев М. Л., Варламова С. Н. 2009. Здоровье россиян: проблемы и перспективы // Учёные записки РГСУ. № 3.
7. Варламова С. Н., Седова Н. Н. 2009. Латентная нетрудоспособность – характер, факторы, масштабы // Социологические исследования. № 5.