

---

## **ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (в Липецкой и Тюменской областях)**

*Л.С. Шилова*

Модернизация российского здравоохранения направлена на укрепление первичной медицинской помощи (ПМП). В связи с этим актуализируется исследование отношения потребителей услуг к работе учреждений первичной помощи. В статье представлены материалы интервьюирования пациентов в четырех поликлиниках двух регионов РФ. Пациенты оценивали организацию предоставления услуг, сравнивали качество и доступность бесплатных и платных услуг, льготных лекарств, профилактических обследований, возможности координации терапевтической и специализированной помощи, отношения с врачами. Полученные данные показали, что доступность услуг поликлиник снижена из-за больших потерь времени для работающих пациентов с полисами обязательного страхования и для пациентов из низкодоходных групп населения из-за разветвленной структуры платных услуг и дорогих лекарств. В поликлиниках по-прежнему отсутствуют условия для формирования профилактической активности пациентов.

*Ключевые слова:* модернизация здравоохранения, первичная помощь, пациенты, медицинские услуги, удовлетворенность

Краеугольным камнем модернизации российского здравоохранения с конца 1980-х годов стало укрепление первичной медицинской помощи как звена, в котором должно осуществляться удовлетворение большинства потребностей населения в медицинской помощи. Возрастание роли первичной медицинской помощи в системе здравоохранения произошло в мире во второй половине XX века в связи со сменой

---

Исследование проведено в рамках проекта TACIS «Support to the development of primary health care facilities at federal and municipal levels. 2006–2010 гг.».

типа заболеваний: от традиционного типа патологии, где в структуре заболеваемости и смертности населения преобладали инфекционные и паразитарные причины, к современному типу патологии с преобладанием хронических заболеваний, эффективность лечения которых зависит от своевременности обращения за медицинской помощью, профилактической активности населения. Современная структура заболеваемости требует от населения развитой культуры самосохранения: высокой ценности здоровья в обществе, грамотности и информированности, ответственности человека за свое здоровье.

В 60–70-х годах система советского здравоохранения считалась достаточно эффективной, и до середины 60-х годов обеспечивала рост продолжительности жизни населения. И это несмотря на то, что финансирование системы здравоохранения не шло ни в какое сравнение с ресурсами систем здравоохранения развитых стран. Так, в 1960 году душевые затраты на здравоохранение в России, США и Франции составляли, соответственно, 27 рублей, 143 доллара и 242 франка. Эффективность советского здравоохранения в первую очередь обеспечивалась доступностью всех видов медицинских услуг для населения, а главным звеном системы были участковые поликлиники. Однако уже со второй половины 60-х годов неадекватное финансирование начало все больше отражаться на деятельности системы здравоохранения. К 1990 году душевые затраты на здравоохранение в России, США и Франции выросли соответственно в 4,7, 18,2 и в 39,3 раза. Ситуация усугублялась тем, что в условиях изменения типа патологии требовалась перестройка системы [Шилова, 1999. С. 90–93]. Хроническое отставание финансирования привело к перераспределению средств в пользу стационарной помощи.

В то время как на Западе первичная помощь укреплялась, в России она становилась все слабее. Следуя рекомендациям международных медицинских организаций, в 1987 году советское правительство утвердило проект «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года», в котором основной стратегией объявлялась профилактика заболеваний через систему всеобщей диспансеризации населения. Эта стратегия должна была осуществляться через учреждения первичной помощи, в которых на тот момент не было необходимых условий, и в глазах населения они имели весьма низкий статус. В последующем принимались и другие нормативные документы относительно укрепления первичной помощи. В 2002 году Минздравом России был принят приказ «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Предполагалось, что переход к новой организации первичной помощи займет 10–15 лет. Однако движение в сторону новой модели носило скорее декларативный характер, так как не получало полноценного

финансирования. Происходило перекалывание нагрузки по финансированию здравоохранения на население. Так, данные мониторингового исследования 1998–1999 годов показали, что «расходы государства на здравоохранение, выраженные в процентах к ВВП, сократились за год с 3,8 % до 3,1 %. В то же время расходы населения увеличились за год с 2,1 % ВВП до 2,6 % ВВП» [Сидорина, Сергеев, 2001. С. 90].

Следующим важным этапом создания новой модели здравоохранения стало принятие в 2005 году национального проекта «Здоровье», в котором выделены три основных направления модернизации здравоохранения: повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения и расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Зарубежный опыт показывает, что модели здравоохранения, в которых главный упор делается на первичную помощь, а не на специализированную, как это было у нас во времена бесплатной медицины, являются менее затратными, обеспечивают доступность медицинских услуг для групп населения с разным доходом и способствуют более высокому уровню удовлетворенности населения услугами. Для России переход к такой модели актуален еще и потому, что культура самосохранения, в настоящее время в недостаточной мере развитая у россиян, создается, в том числе, именно усилиями учреждений первичной помощи, где происходит первый контакт врачей и пациентов. Профилактическая активность населения обеспечивает меньшую затратность и эффективность лечения.

Модернизация здравоохранения насчитывает почти два десятилетия. Как сегодня оценивают эффективность работы учреждений первичной помощи ее потребители – пациенты?

### **Условия проведения исследования и отбор респондентов**

В ноябре-декабре 2006 года в четырех поликлиниках Липецкой и Тюменской областей изучалось отношение пациентов к организации и качеству медицинских услуг. Исследование проводилось методом глубинного неформализованного интервью. Всего было собрано 62 интервью, в том числе 28 – в Липецкой городской и сельской поликлиниках и 34 – в двух поликлиниках г. Тюмени. Нужно заметить, что поликлиники, в которых мы проводили интервьюирование, по оснащенности оборудованием и по нагрузкам на врачей, то есть по числу пациентов на участке, были лучшими в обоих городах и среди сельских поликлиник.

Социально-демографические характеристики пациентов были типичными для поликлиник: женщин было вдвое больше, чем мужчин; преобладали люди пожилого и старшего возрастов; большинство состояли в браке; работающие в основном представляли бюджетную сферу; по уровню доходов пациенты распределялись между группой с низкими

и средними доходами <sup>1</sup>. Администрация поликлиник предоставляла помещения для проведения интервью, но воспользоваться ими не пришлось, так как пациенты, готовые дать интервью, не соглашались удаляться от кабинетов из-за необходимости контролировать очередь. Средняя продолжительность интервью – 20 минут. Пациентам предлагалось оценить все аспекты организационной деятельности поликлиник, доступность и качество медицинских услуг, взаимоотношения с персоналом, возможности получения экстренной помощи, помощи на дому, диагностических исследований, лекарственного обеспечения, координацию терапевтической и специализированной помощи. Наряду с этим выявлялось поведение пациентов в отношении своего здоровья.

### Результаты исследования

Социологических исследований, посвященных оценкам населением услуг первичной помощи с момента ее реорганизации много, проводятся они довольно регулярно. Их актуальность не снижается и до настоящего времени, несмотря на то, что перечень рассматриваемых в них проблем стал уже стандартным. (Этот стандарт будет отражен в заголовках параграфов данной статьи.) Порядок организации предоставления услуг первичной медицинской помощи и ее финансирование в 90-е годы законодательно был возложен на местные органы самоуправления, чем и объясняются региональные различия, которые, в целом, сохраняются и по сей день. Различия в регионах столь существенны, что для контроля реализации задач национального проекта «Здоровье» потребовалось создание базы данных для их систематизации. На основании этой информации в зависимости от степени развития финансирования и управления системами здравоохранения были выделены пять типов регионов <sup>2</sup>. Регионы, в которых мы проводили исследования, по этой типологии относятся ко второму и пятому типам (соответственно, «продвинутый» и «отстающий»). Но оценки респондентов услуг первичной помощи в регионах нашего исследования, а также из других регионов, где проводились исследования периода модернизации и на которые мы далее будем ссылаться, довольно близки. Именно это важное обстоятельство для понимания сложности процесса модернизации, которое требует специального осмысления, мы и хотели подчеркнуть.

<sup>1</sup> Доход респондентов оценивался по шкале: 1 – денег хватает от заплаты до зарплаты; 2 – на продукты денег хватает, но покупка одежды и обуви вызывает затруднения; 3 – денег в основном хватает, но для покупки предметов длительного пользования приходится занимать; 4 – достаточно, что бы купить ТВ или холодильник, но не достаточно, чтобы купить машину или квартиру; 5 – ни в чем себе не отказываем.

<sup>2</sup> Что и было осуществлено Независимым институтом социальной политики и представлено в монографии «Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления» / Отв. ред. С. В. Шишкин. М.: Промотур, 2006.

### Территориальная доступность поликлиник

Территориальный принцип получения услуг у городских жителей в нашем исследовании не вызывает нареканий, и наши данные согласуются с результатами других исследований услуг первичной помощи в текущем десятилетии [Панова, 2001; Панова-Русинова, 2005; Кабалина, 2002; Решетников, 2000]. Территориальная доступность поликлиник для городских жителей выражается не столько в километрах, отделяющих их квартиры от поликлиник, сколько в сложности для пожилых и нездоровых людей преодоления этого расстояния. Их волнует наличие скамеек на остановках для ожидания транспорта, расписание транспорта, «толкучка» в салонах, расстояния, которые нужно преодолеть пешком, в непогоду.

Вместе с тем принцип территориальной доступности поликлинической помощи, гарантированный полисами обязательного страхования, частично в обоих регионах нарушен. Так, по свидетельству респондентов выяснилось, что в Тюмени и Липецке работающие пациенты получают полисы ОМС не по месту жительства, а по месту работы. Если человек лишился работы, то одновременно лишился и полиса. Он может получить полис безработного, который периодически нужно возобновлять, пока не найдешь работу. Так как сама процедура получения этого полиса сопряжена с определенной бюрократической рутинной и потерей времени, то часто люди ею пренебрегают, не рассчитывая, что могут в это время заболеть. Но тогда их в поликлинике будут обслуживать только платно (Т16), (Л12) <sup>1</sup>.

Сложнее обстоит дело с территориальной доступностью для пациентов сельских поликлиник. Здесь доступность является проблемной для всех категорий пациентов. Молодой человек 18 лет сетует, что *«километров 15 надо ехать, а автобус ходит не часто»* (39). Учительница из деревни, что в 20 километрах от поликлиники, тоже говорит о трудностях попадания из села в поликлинику:

Во-первых, с транспортом неудобство, транспорт ходит достаточно редко и не регулярно. У нас автобус липецкий, он считается междугородний, там билеты дорогие. А местные автобусные маршруты по району ходят не всегда, могут вообще не пойти. А в автобусе — толкучка, народу много (37).

Дороги до города чаще из щебенки, их проходимость зависит от погоды и времени года. Кроме того, для сельских пациентов поликлиники дорога требует и определенных материальных затрат. В результате территориальная отдаленность поликлиник становится главной причиной

<sup>1</sup> Условные обозначения информантов: заглавные буквы, обозначающие место проведения: З — Задонск (сельская поликлиника), Л — Липецк, Т — Тюмень, и порядковый номер интервью. Более полную информацию о полевых материалах см. в конце статьи.

того, что сельские жители обращаются к врачам реже, чем им требуется, — только в случае крайней необходимости.

В исследованиях, проведенных в Новгородской области и Чувашской Республике [Кабалина, 2002], в Татарстане [Мусин, Яруллин, 2004; Харисова, Гизатуллин, 2004], в Карелии [Нилов, 2004], выявлено, что для подавляющей части сельского населения речь идет о своеобразной форме добровольно-принудительного социального исключения из сферы медицинского обслуживания. Причем, как считают авторы, говорить о целенаправленном создании препятствий доступа неправомерно. Речь идет не столько о возникновении ограничений доступа, сколько об обострении изначально существовавших. Низкая плотность расселения обуславливает отдаленность медицинских учреждений, и главная проблема доступности ПМП для сельского населения связана с неразвитостью инфраструктуры: постоянно растущие транспортные расходы и нерегулярность сообщения.

### **Пациенты о возможности попасть на прием к врачу**

Ключевой проблемой в получении медицинской помощи и в городских, и в сельских поликлиниках стала проблема очередей: за талончиками на прием к нужному врачу и во время ожидания приема перед кабинетами — а зачастую, нужно было пройти обе очереди. Проблемы долгих очередей перед кабинетами врачей зависит как от степени укомплектованности поликлиник терапевтами, специалистами и диагностическим оборудованием, так и от организации записи к врачам.

Чтобы попасть к нужному врачу, нужно рано утром отстоять очередь в регистратуру за талончиками на бесплатный прием. Число талончиков ограничено, поэтому пациентам нужно приходиться иногда за час или два до открытия регистратуры, занимать «живую» очередь:

Придешь утром... Я, например, не могу стоять. Пока откроется поликлиника, нужно час отстоять, да тут еще полчаса [в регистратуре] (Л1).

Приходишь сюда с утра, очередь чуть ли не от улицы начинается. Если пришла последняя, то и талончика может не оказаться (Л6).

Пораньше — это часов в 6–7 нужно придти. Некоторые в 5 приходят очередь занимать (Л8).

В осенне-зимне-весеннюю пору стояние перед регистратурой до ее открытия на улице является тяжким испытанием для пожилых и старых людей и просто для не совсем здоровых. Персонал некоторых поликлиник, жалая пациентов, открывает вход в холлы за 15 минут до начала работы регистратуры, некоторые за полчаса. Дальше все зависит от количества сотрудников в регистратуре, количества окошечек и того, где хранится карточка пациента: дома или в поликлинике: *«Утром там всегда*

толпа. Стоят четыре девушки — пока отыщут карточку... Карта, по-моему, должна находиться у человека дома» (Т28). «Часа полтора — два сидишь в этой очереди» (Т25).

Вторая очередь — на прием к врачу. Теоретически количество талончиков должно соответствовать времени приема. Но на практике даже время, указанное в первом талончике, может быть отодвинуто по ряду причин. Врачи сами раздают талончики для повторного прихода пациентов, для закрытия или продления больничных листов. Кроме того, врач во время приема может быть вызван для оказания экстренной помощи на дому, тогда время приема сдвигается.

Но и это еще не все. Пациенты могут купить платный талончик и идти впереди «бесплатных» пациентов. Желающих пройти на прием по платному талончику может оказаться много, и тогда среди них — своя очередь: «Но бывает так, что даже подходишь с чеком, заплатил, а тебе говорят: “Если сегодня не получится, Вы сможете завтра придти?”» (Т6).

В реальной практике из трех очередей получается одна «живая», так как регулировать и контролировать ее никто не может: «Здесь все время существует несколько очередей, кто-то идет по талонам, кто-то идет повторно, кто-то идет вообще без очереди», — жалуется молодая девушка, которая сидит в очереди одновременно по полису ДМС и платному талончику уже третий час (Л17).

Пациентов, купивших талончик, должна проводить в кабинет медицинская сестра. Иногда это правило соблюдается, иногда — нет, видимо из-за загруженности и ограниченности персонала: «Один раз мне быстро было нужно, и я платил деньги, но просидел в очереди. ...Потому что в очереди все говорят: “Здесь все платные сидят, а как проверить?”» (Т28). Вместе с тем раздраженные люди в очереди начинают ставить под сомнение, действительно ли сестра проводит человека по платному талончику или «по знакомству»? «Много проходит без очереди. А почему? Все свои, свои. То медсестра приведет кого-то, то врач» (32). Все эти моменты вызывают у людей недоверие, нервозность. Для многих пожилых людей это испытание: «Тут вот и задохнешься, и голова закружится, посидишь полдня — давление поднимается» (Л7).

К врачам-специалистам обычно осуществляется предварительная «самозапись» в выложенных в открытом доступе папках, а в регистратурах могут быть талончики к ним. Однако востребованность специалистов разная. Во всех поликлиниках труднее всего попасть на прием к невропатологам, кардиологам, эндокринологам, окулистам: «И вот все эти специалисты: эндокринолог, кардиолог, невропатолог, окулист — вот подойдешь к регистратуре, два талончика выбросят, и больше нету, и все» (Л14). К кардиологам, например, в Тюмени, попасть можно только через месяц (Т19). В сельской поликлинике, чтобы попасть на прием к специалисту, люди иногда сидят с утра до вечера (31).

Запись к наиболее востребованным специалистам чаще производится через терапевтов:

Раньше ... если мне нужен был эндокринолог — я иду, невропатолог — я иду. А теперь я не могу. Записи к невропатологу вообще не существует, только через терапевта. Если я пришла к терапевту, то не могу просто попросить ее направить меня к невропатологу, я должна подробно рассказать, почему мне надо к нему. Поэтому у нее [терапевта] очень много народу. Эта система мне совершенно не нравится (Т31).

После того, как был введен такой порядок попадания к специалистам, очереди к терапевтам выросли. На вопрос о том, как скоро можно попасть к терапевту, пациентка отвечает: *«Сейчас через 4 дня. Бывают периоды, что только через неделю»* (Т26).

В поликлинике в г. Липецке с 13 часов существует предварительная запись к терапевтам и к специалистам: *«С часу [дня] начинается запись, вот она уже идет, я сегодня возьму талон к терапевту и попаду только через неделю»* (Л1). Но и в очереди на предварительную запись тратится достаточно времени, говорит 77-летняя пациентка: *«На предварительную запись также нужно долго сидеть, у меня нога травмированная, я не могу высидивать по полдня»* (Л2).

Похожая картина с организацией предоставления услуг поликлинической помощи отмечается и в других регионах: в Санкт-Петербурге [Панова, 2001; Баранов и Скляр, 2004], в Новгородской области и в Чувашской республике [Кабалина, 2002], в Махачкале [Гаджиев, Назаралиева, 2003].

### **Работа регистратуры**

Работа регистратуры подвергается критике со стороны пациентов всех поликлиник в меньшей степени, чем сама система записи и приема пациентов. Хотя совершенно очевидно, что система записи не существует отдельно от регистратуры. Причина очередей, на наш взгляд, в том, что именно работники регистратуры при выдаче талончиков на прием не могут рассчитать соотношение первичных и повторных пациентов, а также количество талончиков для прохождения в кабинеты врачей без очереди. Пациенты лишь критикуют работников регистратуры, когда там стоит очередь, и отмечают их вежливость и доброжелательность, когда очереди нет. Как правило, поликлиники не располагают дополнительными телефонными линиями или системой автоматического распределения звонков. Пациенты жалуются, что не могут дозвониться, чтобы получить справки, записаться на прием.

В свою очередь, работники регистратур пытаются улучшить обслуживание пациентов. Камнем преткновения являются карточки пациентов. Если раздать пациентам карточки «в руки» — то меньше тратится



времени работников регистратуры на поиски карточек и на разноску их по кабинетам. В Тюмени пациенты отметили, что очереди в регистратуру уменьшились, когда карточки записанных на прием стали разносить по кабинетам заранее. Впрочем, как показали данные интервью, карточки с одинаковым успехом теряются как в регистратурах, так и самими пациентами: *«У них там, наверное, уже пять моих карточек. Они каждый раз теряют мои карточки»* (Л6). Однако для контроля деятельности врачей со стороны страховых организаций и для внутреннего учета услуг важно, чтобы карточки пациентов находились в регистратуре.

Пока что все стратегии, предпринимаемые регистратурой, имеют как минусы, так и плюсы. Очевидно, что нормальная работа регистратуры требует ее технического оснащения, телефонизации, специально подготовленных кадров и адекватного вознаграждения.

### **Посещения пациентов на дому**

Посещение пациента на дому вызывает со стороны пользователей гораздо меньше нареканий, чем прием в поликлинике. И в то же время вызов врача на дом во время его приема в поликлинике по расписанию создает напряжение среди ожидающих в коридорах учреждения. Об этом чаще говорят пациенты сельской поликлиники. При этом вызов врачей бывает перегружен пожилыми пациентами, которых трудность записи на прием к терапевтам и специалистам побуждает приглашать врачей на дом даже в тех случаях, когда они могли бы сами прийти в поликлинику.

Жалобы на обслуживание на дому связаны, как правило, с нехваткой врачей и медицинских сестер и с их загруженностью: *«Маме, поскольку она болела – 23 года она была в таком состоянии, не ходячая – [...] врача было очень трудно вызвать на дом [...] У нас ревматолога нет, поэтому приезжал терапевт [...] Уколы я делала сама, поскольку у них нет ни свободных сестер, ни врачей»* (Т25). Недовольство обслуживанием на дому чаще встречается у тяжелых пациентов-хроников в старших возрастных группах (Т7).

### **Диагностические исследования**

Во всех поликлиниках остро стоит проблема доступности и качества диагностических исследований. Доступны в поликлиниках только самые элементарные диагностические исследования: клинический, биохимический анализы крови, флюорография, рентген. Но даже и эти элементарные диагностические процедуры осуществляются на плохом оборудовании, при нехватке расходных материалов, а это, в свою очередь, удлиняет сроки получения результатов. Как подтверждают данные других исследований, эта ситуация просматривается повсеместно и постоянно [Панова, 2001; Кабалина, 2002; Решетников, 2000; Баранов и Скляр, 2004].

Нехватка нужного оборудования создает большие очереди и не позволяет реализовать бесплатный стандарт диагностики. В этой ситуации врачи невольно ограничивают направления на диагностические исследования, что приводит или к неправильным диагнозам, или к неэффективному лечению:

Я пришла, когда у меня почки заболели, а я думала это печень. Врачу говорю: «Наверное, у меня печень барахлит». Мне кажется, в таком случае врач должен сначала направить на анализы крови, но у меня кровь на анализ не взяли. Она мне выписала антибиотики, а уже потом оказалось, что камни в почках (Т26).

Если у меня заболевание поджелудочной, печени, мне нужно [сдать] расширенную биохимию. А дают... Но анализы все идут по минимуму, как я поняла... И этот минимум настолько ужат... (Т12).

В ситуации платного и бесплатного стандартов диагностики (а это относится и к лечению), врачи вынуждены выбирать себе позицию: либо говорить малоимущему человеку о дорогих лекарствах и диагностике, либо молча продвигать бесплатный стандарт. Поэтому на вопрос интервьюера, говорит ли врач о необходимости расширенной диагностики, пациентка отвечает:

Он исходит, видимо, из возможностей или стандартов, которые приняты. А больной же хочет знать о себе все... Раньше я доверяла врачу полностью. А сейчас я понимаю, что здоровье надо держать в своих руках и контролировать его самому (Т12).

На сложные современные виды диагностических обследований врачи поликлиник направляют своих пациентов в диагностические центры, клиники или стационары. Однако возможности получения этих услуг в рамках государственных гарантий чрезвычайно ограничены. В результате срок ожидания пациентом таких обследований растягивается на месяцы. На длительность ожидания очереди на бесплатные диагностические исследования указывают и респонденты в других исследованиях 2000-х годов [Панова, 2001; Кабалина, 2002; Гаджиев, Назаралиева, 2003; Баранова, Скляр, 2004].

### **Профилактическая деятельность поликлиник**

Профилактическая деятельность поликлиник оценивается пациентами в зависимости от того, состоят ли они на диспансерном учете или нет. Пациенты, состоящие на диспансерном учете многие годы, особенно по профессиональным заболеваниям, связанным с вредными условиями труда, которых достаточно много и в Липецкой, и в Тюменской областях, в большинстве довольны вниманием со стороны поликлиник. Их вызывают на осмотры, обеспечивают посещение кабинетов спе-

циалистов и диагностику без очереди. Как правило, за длительные годы общения у них складываются хорошие отношения с врачами: *«Для меня не составляет труда попасть [на прием к врачу]. Потому что раз профзаболевание, особенно даже стадия обострения, даже врач может принять без очереди»* (Т13). Вместе с тем *«если пациенты не стоят на диспансерном учете, то, даже не смотря на инвалидность, профилактикой их здоровья никто не занимается»* (32).

Профилактические осмотры, которые проводятся при поступлении на работу, или осмотры занятых в тех сферах, где они предусмотрены с определенной регулярностью, по мнению респондентов, проходят достаточно формально. В частности, пациентам не всегда объясняют результаты анализов, и не всегда снабжают их рекомендациями: *«Некоторые [врачи] подходили к этому серьезно, а некоторые — лишь бы отпустить. Я не буду говорить, кто именно»* (34).

Учащиеся учебных заведений, проходившие плановые обследования, говорят о том, что иногда такие осмотры *«делаются со слов самого пациента»* (Т27). Выяснить результаты обследований от врачей было трудно. Так, 18-летний юноша сказал, что не знает результаты профилактического осмотра, и на реплику интервьюера о том, что он должен был сам спросить об этом, ответил: *«Спросить можно, но они [врачи] не сильно-то отвечают»* (Т27).

Первичные профилактические осмотры, которые должны происходить по инициативе самих пациентов, блокируются в сознании респондентов необходимостью больших затрат времени:

Зачем приходить? Чтобы опять в очереди стоять и заболеть опять? Я вот стою здесь. Вы знаете, меня давление немножечко начало подводить. Приходишь здесь и стоишь по часу, пока не падаешь, поэтому я не хожу сюда... Когда будет плохо, тогда я приду (Л15).

Если пациенты просят дать направление на анализы без всего набора симптоматики заболеваний, то такие просьбы удовлетворяются врачами неохотно: *«Мне кажется, что сейчас реже дают направление на анализ крови, раньше чаще [давали]»* (Т26).

При существующих в поликлиниках очередях на получение диагностических исследований, ожидание на некоторые из них, по нашим данным, затягиваются до 2–3-х месяцев, о профилактической активности самих пациентов не может быть и речи.

Отметим, что в исследовании 2000–2001 годов в шести регионах России было выяснено, что за профилактическим обследованием обращалась 1/5 опрошенных, и из них половина оплачивала услуги [Сидорина, Сергеев, 2001. С. 79]. Исследования института им. Н.А. Семашко показывают, что «население готово более активно заботиться о своем здоровье (готовность проявили 40 % опрошенных). Вместе с тем население

и, особенно, врачи, более чем в 70 % случаев отмечают снижение объемов профилактической работы в поликлиниках в настоящий период» [Максимова, 2002. С. 144].

Профилактика здоровья в России всегда в большей мере декларировалась, чем осуществлялась как со стороны населения, так и со стороны здравоохранения. Во времена бесплатной медицины и «всеобщей диспансеризации населения» она была достаточно поверхностной, и поэтому почти принудительной. Ее низкая эффективность определялась диагностической бедностью поликлиник и инструментальной ценностью здоровья у большинства работающего населения — когда здоровье ценится как ресурс для достижения других жизненных целей. Сегодня диагностические возможности поликлиник остались практически прежними, а растущие неравенства в доступности медицинской помощи приводят к распространенности практик еще большей эксплуатации здоровья, с одной стороны, и к позднему обращению за помощью или вовсе отказу от лечения — с другой [см. подробнее: Шилова, 2007]. Поэтому, кроме решения задач оснащения поликлиник современным оборудованием, укрепления их статуса в глазах населения, стабилизации неравенств в доступности первичной помощи, потребуются длительные усилия в формировании культуры самосохранения населения.

### **Отношения «врач – пациент»**

Эффективность профилактической функции поликлиник определяется не только наличием современного диагностического оборудования и организационной доступностью услуг. Наше исследование показало, что практически все опрошенные пациенты так или иначе обсуждают проблему взаимоотношений с врачами.

Доверительные отношения врача и пациента являются основой лечебного процесса, который по сути своей является интимным процессом, так как пациент должен быть предельно откровенным с врачом. Характер этих отношений влияет как на результат лечения, так и на поведение пациента при получении медицинской помощи в дальнейшем. Недовольство пациентов отношениями с врачами отмечалось так же часто, как и удовлетворение очередями. По мнению пациентов, от многого зависят эти отношения, но главные факторы связаны с условиями предоставления медицинской помощи в поликлиниках: невозможностью наблюдать у постоянного врача и ограниченным временем для общения.

В условиях поликлиники постоянный лечащий врач — участковый терапевт. Возможность иметь постоянного врача значит для лечения очень много: подразумевает и то, что врач хорошо знает условия жизни пациента, его материальные возможности, особенности его характера и отношения к здоровью.

Однако респонденты часто говорили о том, что условия записи на прием к врачам не позволяют следовать принципу лечения у одного врача: *«Но у нас, когда по самозаписи берешь талон, то кому какой врач достался, к тому и идешь... Хочется попасть к тому врачу, к которому всегда ходишь, но не получается, идешь, чтобы хотя бы просто попасть к врачу»* (Л13). Конечно, в таких случаях трудно строить доверительные отношения. Наши интервью показывают, что лишь незначительная часть пациентов наблюдается у одного и того же врача. Кроме проблемы записи к терапевтам, осталась и проблема текучести терапевтов на участках, несмотря на повышение их зарплаты, о чем тоже часто упоминают респонденты. Вероятно, одной этой меры недостаточно: зарплата терапевтов не зависит от результатов их работы, а нагрузки и ответственность терапевтов выросли <sup>1</sup>.

Еще один аспект отношений врач – пациент. Пациенты заинтересованы в постоянном враче и стремятся его иметь. Но указывают на то, что *«постоянного врача могут позволить себе люди хорошо материально обеспеченные»*. Учитывая все сложности обретения постоянного врача, пациенты стремятся закрепить такого по своим основным заболеваниям, а потому постоянным врачом для большинства является не участковый терапевт, а врач-специалист. Еще во времена бесплатной медицины у российского населения сложилась иерархия врачей по уровню квалификации, в которой первое место отводилось врачам больниц, затем – специалистам поликлиник и последнее место занимали участковые терапевты. Иерархия основывалась на том, что лучшее оборудование и соответствующий опыт были у врачей больниц, специалисты глубже знали профильные заболевания, а терапевты в своей работе тратили много времени на выписывание справок, направлений, больничных листов, посещения больных на дому. Сегодня рутинная работа терапевтов выросла (только выписывание ежемесячных льготных рецептов парализует терапевтические приемы в эти дни), и она отнюдь не способствует накоплению профессионального капитала терапевтов. Такой иерархии способствовала и модель здравоохранения, в которой главное место, а следовательно, и финансирование, отводилось стационарной помощи.

Инерция такого предпочтения осталась и отмечается и в других исследованиях [Панова, 2001; Панова, Русинова, 2005]. А понятия «постоянный врач», «свой врач» ассоциируются респондентами со специалистами из других медицинских учреждений, найденных через знакомых, по рекомендации [Панова 2001; Дворянчикова, 2007]. Длительный контакт с участковым терапевтом имеет только 1/4 петербургских пациентов [Панова, Русинова, 2005].

<sup>1</sup> Отметим, что анализ положения врачей после повышения зарплаты пока не проводился. Но по имеющимся данным можно предположить, что неудовлетворенность осталась и стоит проблема укомплектованности терапевтами участков.

Традиционно во взаимоотношениях врача и пациента роль врача была ведущей, такая позиция хорошо согласовывалась с патерналистскими установками населения во времена бесплатной медицины. Как представляется, страховая медицина, платность услуг предполагают эгалитарную, партнерскую модель отношений врач – пациент. Сейчас проблема этих отношений состоит в том, что условия оказания медицинской помощи изменились, но продолжает действовать инерция старых установок. Причем у врачей она выражена сильнее. Так, в исследовании в Казани, в котором специально уделялось внимание отношениям врачей и пациентов, 80 % пациентов и 45 % врачей согласны с тем, что пациент может давать оценку качества медицинской помощи. Столько же пациентов и только 35 % врачей считают, что пациент или его родные имеют право на контроль над любым медицинским вмешательством. Мнения врачей и пациентов особенно расходятся, когда речь идет об обсуждении принципов контроля над медицинским вмешательством, который продекларирован в современном законодательстве. Врачи не поощряют расспросы пациентов о лечении и лекарствах, а высказываемые предположения вызывают лишь раздражение врачей: *«И было так, что я пришла со своими предложениями, а мне сказали, что если вы заранее все знаете, можете вообще к нам не ходить»* (Т14). Категорически не согласны врачи и с открытым обсуждением недостатков их профессиональной деятельности [Назарова, 2004. С. 142–147]. Такая позиция врачей не позволяет развиваться практикам пациентского контроля за качеством предоставляемой помощи, тормозит деятельность правового поля.

### **Эмоциональная окрашенность отношений «врач – пациент»**

Почти все респонденты жалуются, что времени, положенного на прием, недостаточно для полноценного осмотра и диалога врача и пациента:

Мало времени на прием, народ их задушил. Мы стоим как стадо целыми днями: как попасть, ворваться в дверь (Л7).

Хотелось бы пообщаться, чтобы подробно рассказали, не в спешке: «Это происходит потому-то, так-то». Наверное, это рассчитано на то, чтобы мы сами читали, интересовались, разбирались в собственном организме» (Т31).

Я бы так сказала, что раньше врач больше уделял внимания [пациенту]. Сейчас сжатые сроки – 12 минут – это мало (Т26).

Пациентам после приема у врача многое остается неясным: *«Он пишет, пишет, лучше бы объяснил, что у меня... Потом до меня, что-то еще доходит, еще чего-то спросила бы, но...»* (Т21). Длительность приема у врачей в поликлиниках сократилась и по свидетельству респонден-

тов, часто посещающих амбулаторно-профилактические учреждения Москвы [Ефименко, 2005. С. 124].

Врачи, по мнению пациентов, не выражают заинтересованности в лечении, относятся к ним формально: *«Я Вам и говорю, неважно к нам относятся. Особенно к пожилым людям»* (Т19). Так, еще раз убедившись, что интервью анонимно, респондентка жалуется: *«Но я хочу Вам сказать — не всегда врач хорошо прослушает, иногда даже и не прослушивает. Измерит давление не всегда»* (Л3). *«Пока сам все не расспросишь, и то мне кажется, что и не все расскажут»* (Т3).

Пожилые люди подчас испытывают раздражение, когда принимающий их врач чаще смотрит в компьютер, чем обращается к ним:

Вы знаете, у них компьютеризация — это что-то с чем-то. Как бы грубо не выразиться... У них там уже занесены все данные, например, на мои жалобы там уже прописано все. И как такового общения с больным нет. Единственное, что — это могут померить давление и послушать, если есть необходимость. А так, сидит, смотрит на монитор и задает вопрос, а ты отвечаешь. Это очень плохо. Я не знаю, может кому-то на это и наплевать, но мне от этого очень плохо (Т19).

Вместе с тем пациенты отдают себе отчет в том, что обстановка перегруженности поликлиник очередями одинаково плохо влияет и на пациентов, и на врачей:

Наверное, в те 12 минут, которые даны на пациента, они просто не могут эти эмоции выражать. У них же тоже нагрузки, их же тоже надо понимать (Т12).

За 4 года не было ни разу такого случая, чтобы я на врача обиделась. Потому что, знаете, все мы люди. Тяжело с больными работать. Потому что иногда такая недоброжелательность бывает со стороны больных людей. Люди разные, и все-таки, я считаю, что от нас [от больных] тоже очень многое зависит (Т13).

А в целом, палитра эмоциональных отношений врача и пациента в полученных нами интервью настолько бедна, что поражает уровень неприязнательности некоторых пациентов: *«На внимание-то я особенно не обращаю. Ругаться не ругаются — и то ладно»* (32). Вот иллюстрации того, что пациент понимает под хорошими отношениями с врачом:

Мне нравится Федорова, я к ней записываюсь. Она спокойная, все объясняет, «здравствуйте», «до свиданья» — говорит, душа человек. Если к ней талонов нет, вообще не иду. Сильно народу много (Т23).

Ну, как, не ругаются [*смеется*], не выгоняют обратно (32).

Очевидно, что задачи формирования профилактической активности и в целом рационального самосохранительного поведения пациентов требуют включения психологической составляющей в подготовку современных терапевтов.

### **Координация терапевтической и специализированной помощи пациентам**

В принципе в работе поликлиник заложена координация обоих видов помощи. Однако наши данные показали, что различия в оплате труда терапевтов и специалистов породили конфликтную ситуацию, которая в конечном итоге отражается на интересах и здоровье пациентов. Так, в одних случаях респонденты жалуются, что терапевт неохотно дает направление к специалистам, предлагает свое лечение, но оно, как считают пациенты, неэффективно (Т32, Т20).

В другом случае все происходит наоборот. Терапевт не может подобрать для пациента-гипертоника с ишемической болезнью сердца нужное лекарство и направляет его с этой целью к кардиологу, а тот, в свою очередь, отправляет его назад к терапевту:

И терапевт говорит: «Посоветуйтесь с кардиологом». А кардиолог говорит: «Идите, лечитесь у терапевта». И так вот второй месяц. Такие специалисты, как кардиолог, эндокринолог, вообще ни чем не хотят заниматься. Все сваливают на терапевтов (Т7).

Пациенты считают, что получить качественную специализированную помощь в поликлиниках сегодня нельзя:

А я считаю, что должны лечить врачи, узкие специалисты и их должно быть несколько человек для лечения одного. И назначать ему должны не одну какую-нибудь процедуру и пару-тройку анализов, а комплекс процедур... Но в условиях нынешних поликлиник... это невозможно. Экономическое положение сейчас не позволяет. Это можно только в стационаре получить, потому что врачи там постоянно находятся с больными, постоянно за ними наблюдают. Или это должна быть не такая поликлиника, это должен быть центр диагностический (Л11).

Обеспечение учреждений первичной помощи высокотехнологичным оборудованием является приоритетной задачей национального проекта «Здоровье». Но пока финансирование этого направления явно недостаточно. Сегодня диагностические центры компенсируют бедность поликлиник — они оснащены современным оборудованием и в них выше уровень специализированной помощи. Но их очень мало, они обслуживают пациентов сразу нескольких районных поликлиник, а иногда и целого города. Это означает необходимость получения направления в районной поликлинике и связанные с этим временные затраты. Кардинальным решением проблемы координации терапевтической и специализированной помощи было бы оснащение территориальных поликлиник современным диагностическим оборудованием, это подтянуло бы и качество их специализированной помощи.



### Обеспечение льготными лекарствами

В нашем исследовании ситуация с обеспечением льготными лекарствами является по числу нареканий со стороны пациентов второй после проблемы доступности приема у врачей. Получатели льготных лекарств отмечают, что федеральный список льготных лекарств постоянно сокращается: *«Сказали, что всего четыре рецепта выписывают. Мне нужно много, допустим, а выписывают всего четыре...»* (Т24). Пациентка с 20-летним стажем диабета рассказывает: *«Теперь часто отказывают. У них сейчас листочек такой маленький-маленький, какие лекарства есть. Вот я пришла к хирургу, мне для обезболивания для ног положено лекарство. А она мне показывает этот листочек, а там его нет»* (Л12).

Из федерального списка, как считают пациенты, исчезают, прежде всего, дорогие лекарства: *«Дешевые есть, а те, что подороже — их нет»* (Л12), *«в списке остались самые дешевые лекарства»* (Т19). Конечно, если материальные возможности позволяют, то люди могут купить лекарство в аптеке. Но для большинства льготников, особенно одиноких пенсионеров, это проблематично.

Но самая острая проблема состоит в нерегулярном поступлении лекарств. Особенно остро эта проблема стоит для больных диабетом, которые нуждаются в регулярном приеме инсулина. В Тюмени отсутствие некоторых лекарств, как отмечают респонденты, длится по два месяца:

Вот тетя у меня лежит дома, я уже два месяца хожу, и ничего не могу получить. Нет таких лекарств. Вот они и не выданы за ноябрь, за октябрь. Не знаю, как она проживет, если еще и декабрь лекарств не будет. Вообще-то по радио уже два дня передают, что социальный комитет получил от областного бюджета деньги на лекарства включительно по первый квартал 2007 года. А мы за 4-й квартал ничего не можем получить (Т7).

Льготные рецепты рассчитаны на один месяц, после чего их нужно заново выписывать. Когда появляются нужные лекарства, то просроченные рецепты недействительны, то есть на будущее люди не могут сделать себе запас из лекарств. Некоторые лекарства нужно выписывать каждую неделю, например, лекарства для онкологических больных:

Муж — онкобольной. Ему выписывают лекарство, которого хватает на неделю. Я, будучи инвалидом, каждую неделю записываюсь и хожу в поликлинику, чтобы ему выписать лекарство. Он один оставаться не может, у него инсульт был. Он лежачий больной, не встает. Я должна высидеть очередь, — часа два, не меньше, — чтобы попасть и выписать ему лекарство (Т33).

При ожидании появления лекарств пациентам нужно или регулярно звонить в аптеку поликлиники, или ждать звонка из аптеки, если нуждающихся регистрируют в журнале ожидающих.

Респонденты, стоящие на диспансерном учете, отмечали, что не всегда лечащие их врачи сообщают о праве на получение льготных лекарств, что вызвано, очевидно, их дефицитом:

Оказывается, мне было положено, но врачи умалчивали об этом. Только платно, платно, платно. А вот Попова Елена Анатольевна спросила: «Льгота у Вас есть?». Я говорю – нету. А в онкологии Вы на учете стоите? Я говорю, состою. Она говорит: «Значит положено» (Л1).

О том, что врачи не всегда информируют пациентов о праве на льготное получение лекарств, говорят и данные мониторинга НИИ им. Н.А. Семашко [Максимова, 2002].

Аналогичная ситуация с нарушением порядка лекарственного обслуживания подтверждается и в других исследованиях; потребители указывают, что реализовать право льготного обеспечения им удается крайне редко, и исключительно по простейшим и самым дешевым препаратам, а списки самих льготников, как и списки льготных лекарств, постоянно сокращаются [Решетников, 2000; Панова, 2001; Кабалина и др., 2002; Носова, Маннилла, 2004]. Данные о произвольном отказе от выдачи бесплатных лекарств по мотивам: «Вас много, а лекарств мало», приводятся в исследовании в Новгородской области и Чувашской Республике [Кабалина и др., 2002. С. 78]. Особенно остро проблема лекарств стоит для сельских льготников [Мусин, Яруллин, 2004].

Из средств Федерального бюджета гарантии покрываются только на 10 % от потребностей, и подоплека реформ – привлечение населения к сооплатежам. Однако даже если возможности людей инвестировать в свое здоровье будут расти, то этот рост должен быть достаточно высоким для того, чтобы при существующей доминанте инструментальной ценности здоровья население в первую очередь тратило бы средства на здоровье, а не на жилье.

Наличие необходимых лекарств в аптеках не делает их более доступными. Социальный портрет льготников в Москве таков: наибольшую долю получающих лекарственные средства по льготным рецептам составляют граждане в возрасте 71–80 лет. Более 80 % льготников не работают, вышли на пенсию и / или имеет группу инвалидности. Треть из них имеет группу инвалидности (пенсионеры-инвалиды). Таким образом, основная часть льготников, даже если и готова выделять дополнительные средства на приобретение лекарств, то оказывается, что ее ресурсная база достаточно ограничена или уже исчерпана [Вассерман, 2001]. Мониторинг НИИ им. Н.А. Семашко тоже показывает, что число респондентов, готовых покупать лекарства за любую цену, снизилось за время мониторинга вдвое [Максимова, 2002. С. 139].

Несмотря на существенные региональные различия в организации финансирования, управления и даже правового регулирования местны-

ми учреждениями здравоохранения, картина с лекарственным обеспечением, судя по данным исследований, везде примерно одинакова и не решается на протяжении многих лет. Не подтверждаемые гарантии бесплатного лекарственного обеспечения наиболее уязвимых групп населения вносят существенный вклад в снижение уровня здоровья населения, которое сопровождает все годы модернизации здравоохранения. Очевидно, что для решения проблемы требуется энергичное вмешательство на федеральном уровне.

### **Платные услуги в поликлиниках**

Из материалов наших интервью следует, что объемы платных услуг в поликлиниках меньше, чем в других медицинских учреждениях. Тем не менее именно в поликлиниках сосредоточены самые малоимущие пациенты, конечно же, это, прежде всего, пенсионеры. Обсуждая стоимость зубного протезирования в 800 рублей, респондентка из Липецка воскликнула: «Это беспредел!». Материальные возможности этой категории пациентов настолько ограничены, что услуги или лекарства дороже 100 рублей являются для них уже препятствием в лечении. Так, 70-летняя женщина после перенесенного инфаркта два месяца ждет поступления бесплатного льготного лекарства, хотя оно продается в аптеке за 130 рублей (Т19). Многие пациенты вынуждены отказываться от покупки дорогих лекарств в пользу более дешевых, но менее эффективных.

Малоимущие пациенты нередко сетуют на то, что врачи не предлагают им народные, натуральные средства, которые во многих случаях являются альтернативой дорогих лекарств, потому что сами плохо о них осведомлены: «У нас традиции русские очень богатые. Фитотерапия. Накопления народного опыта, они очень большой слой имеют. Ну, хотя бы не владеть, а как-то подсказывать. Врачам ориентироваться в этом тоже надо» (Т12).

Такие услуги, как лечение и протезирование зубов, которые и во времена бесплатной медицины так или иначе оплачивались, по мнению респондентов, просто невозможно получить иначе, чем за деньги: «В основном вопрос стоит так, что, если ты не платишь, то ты чуть ли не последний подонок. У них такая система, что вся анестезия платная. Все пациенты считают, что, если лечение бесплатное, то врачи будут звенеть» (Т30). Школьная учительница прикрывает рот рукой, чтобы не были видны плохие или отсутствующие зубы:

*Да, у меня не хватает денег, чтобы вставить зубы, нормальные. Я была у врача, мне сказали, если вставить хорошие, вверху мало уже, нужны имплантанты. Каждый стоит 19 тысяч, мне нужны штук 5. Это 100 тысяч и все остальное 50 тысяч... У меня полторы ставки, зарплата 7 тысяч с небольшим, хотя говорят, что зарплата у учителей повысилась. Очередь на бесплатные зубы — четыре года (Т25).*

Мы уже отмечали то, что федеральный список льготных лекарств постоянно сокращается. Набор диагностических бесплатных услуг сократился до общего анализа крови, рентгена, флюорографии. Биохимия крови, УЗИ — это уже платные услуги. *«Здесь запись такая. Я попыталась записаться на УЗИ бесплатно, это невозможно, это конец января. Это было еще в конце ноября. Народу много. Платно — пожалуйста»* (Т20). *«Очень большая очередь на УЗИ, поэтому мы все стараемся пройти его платно. А оно ведь дорогое. Еще биохимия у нас долго очень очередь подходит, недели две-три»* (Т9). Все восстановительные процедуры тоже платные, даже для инвалидов.

Платность приводит к урезанной диагностике именно у тех категорий пациентов, которые в ней больше всего нуждаются, потому что у них и заболеваний больше, — это пенсионеры и инвалиды: *«Если [делать] полностью, я не знаю это, наверное, 600 рублей за все гормоны, а может быть еще и больше. Я не на все сдаю, только на два и еще 200 рублей за УЗИ. Надо еще “Кавинтон” принимать, но я его не покупаю»* (Т26).

Мы уже говорили выше о платном прохождении на прием и диагностику без очереди — добавим только, что это самая распространенная из платных услуг в поликлинике. Пациенты иногда вынуждены прибегать к платным талончикам даже в тех случаях, когда могут рассчитывать на обслуживание дежурным врачом без очереди по состоянию здоровья: *«Иногда так заболеешь, что срочно нужно к врачу. В очереди стоять нет сил, тогда идешь по платной услуге»* (37).

Еще одна ситуация, способствующая расширению платных услуг, — это выдача в Тюмени и Липецке полисов ОМС не по территориальному принципу, а по месту работы, в связи с чем все временно неработающие получать услуги могут только платно. С появлением платных услуг взаимоотношения врача и пациента претерпевают сложные этические трансформации. Врачам приходится, назначая лечение, ориентироваться на материальные возможности пациентов, а пациенты выясняют, есть ли дешевые альтернативы лекарств. Связь удовлетворенности отношениями с доходами пациентов отмечена в интервью с пациентами ряда поликлиник Санкт-Петербурга: удовлетворенность отношениями с врачами выше в группах с высокими доходами и ниже в группах с низкими доходами. Низкодоходные пациенты отмечают, что после посещения врача поликлиники плохо себе представляют, как решать проблемы со здоровьем, в то время как среди обеспеченных пациентов доля таких ответов существенно меньше. Это говорит о том, что малообеспеченным пациентам врачи профессионально мало чем могут помочь [Панова, Русинова, 2005. С. 127–136].

О распространенности практик неформальных платежей судить сложно, так как их упоминали немногие респонденты. На вопрос интервьюера о том, в кассу платили или в руки, пациентка молча кивает головой, что означает — «врачу». Но потом все же сообщает: *«Раньше было 50 рублей врачу, если хочешь в обязательный прием попасть без очереди»*.

*Ну, и в зависимости от дохода, кто сколько сможет. Кто не может, будет сидеть в очереди и день, и два, и три» (37). В другом случае пенсионерка из Липецка платила в руки за диагностику: «Да, я по первости ходила сюда, платила в кассу, а вот УЗИ делала – платила на руки» (Л10).*

Сами же респонденты считают эту практику распространенной и почти социальной нормой:

Врачами никто не доволен. Надо что-то куда-то положить, по-русски говоря, сунуть кому-то... По их [врачей] поведению видно, что нужно дать. Видно, что они что-то хотят, а мы знаем, что они хотят. А сколько – это все и везде известно. Смотря, какая болезнь, какой врач – все известно (Л15).

Этому надо противостоять. Потому что с каждым годом это все укореняется, становится вроде: так и положено. И врачи это уже понимают так. Раньше была «клятва Гиппократ», какое-то сознание. А сейчас это все ничто (Л15).

Думаю, что действует уже как норма. Да. И врачи без этого не могут, и мы уже к этому привыкли. Не знаю, как это переломить, это складывалось уже годами, десятилетиями. И если учителю еще как-то стыдно брать, то медику вполне дозволено. У учителя какие-то моральные нормы существуют, а здесь... (Л16).

И все же, как свидетельствуют сами респонденты, неформальные платежи в поликлиниках встречаются реже, чем в стационарах.

Основная функция платных услуг – предоставление пациенту выбора шкалы качества диагностики, лекарств, лечения, наконец, уровня профессионализма врачей и персонала. Но при современном состоянии поликлиник качество платных услуг не отличается от качества бесплатных. Об этом говорят большинство пациентов городских поликлиник и практически все пациенты сельской поликлиники, получавшие платные услуги. «Врачи одни и те же», оборудование – то же самое (31, 33, 35, Л1, Л6, Т1, Т20, Т25). Некоторые пациенты, правда, отмечают, что когда «идешь по платной услуге, отношение лучше» (Л3, Л6). Но приводятся и случаи, опровергающие это (Т32). Чаще, все же, респонденты указывают на более внимательное отношение к пациенту при получении платных услуг в других медицинских учреждениях.

От того, что платежеспособность сельских жителей ниже, чем городских, бремя платных услуг у них отнюдь не меньше. Это соотносится с данными исследования в двух других российских регионах, на примере которых посчитано, что по мере уменьшения типа поселения распространенность оплаты лечения в поликлиниках возрастает, так что самая высокая доля домохозяйств, плативших за услуги в поликлиниках, приходится на сельских жителей [Российское здравоохранение... 2004].

Когда оценивается проблема доступности медицинской помощи для сельского населения, то речь идет не просто о понижении доступ-

ности качественной помощи, как в случае с городским населением, но и о самой возможности ее получить. Между тем «стареющие» сельские жители, в своем большинстве с низкими доходами, плохим здоровьем, — это наиболее нуждающаяся в медицинской помощи категория населения [см.: Решетников, 2000; Сидорина, Сергеев, 2001; Кабалина и др., 2002; Максимова, 2002; Мусин, Яруллин, 2004].

Большинство и городских, и сельских пациентов указали на то, что платили за те или иные услуги в поликлиниках вынужденно, потому что у них не было выбора. Таким образом, практика показывает, что основная функция платных услуг в поликлиниках состоит не в выборе их качества, а в повышении их доступности в условиях дефицита врачей и оборудования и плохой организации предоставления услуг.

### **Неудовлетворенность пациентов обслуживанием и механизм обратной связи**

При высоком уровне неудовлетворенности пациентов условиями получения поликлинической помощи, а иногда и ее качеством, исследование показало, что жалуются очень немногие пациенты, и делают это в исключительных случаях. Малочисленность жалоб пациентов при высоком уровне неудовлетворенности получаемой помощью, во-первых, объясняется тем, что пациенты плохо осведомлены о своих правах: о перечне медицинских услуг, которые должны предоставляться им бесплатно, порядке предоставления и стоимости медикаментов, льготах. Исключение составляют лишь хронические больные, которые проявляют большую информированность. Функция информирования пациентов о порядке получения медицинских услуг в поликлиниках отсутствует. Единственным источником информации является текст в страховом полисе, набранный мелким шрифтом, который большинство пациентов не прочли. Пояснительных плакатов, буклетов или другой наглядной продукции в поликлиниках не встретишь. Врачам не вменялось в обязанность информирование пациентов, но если бы их и обязали это делать, то они не располагают для этого временем. СМИ не проводили для населения полноценной разъяснительной кампании, страховые организации эти вопросы не контролируют.

Но главное препятствие в отсутствии контроля за работой поликлиник со стороны пациентов состоит в том, что практически всю информацию, касающуюся обязательств здравоохранения перед населением, пациенты получают от самих поставщиков этих услуг. Зависимость потребителей услуг от работников системы делает невозможной реализацию прав пациентов, как бы сильно они не нарушались. Так, из восьми поданных жалоб главному врачу поликлиники (из них в двух случаях жалоба подавалась одновременно главному врачу и в департамент здравоохранения города и страховую компанию) в семи случаях пациенты не получили

никакого ответа (Т7, Т25, 33, Л6, Л12, Т23, Т25). Когда же пациентка пожаловалась главному врачу на бюрократические проволочки при получении инвалидности для ее парализованной матери, в ответ услышала: «*“Люди ходят по разным поводам, некоторые хотят телефон домой, некоторые другие выгоды”*». Как можно так говорить, если человек совершенно не ходячий» — (Т25). В другом случае пациентка пострадала из-за неправильно поставленного диагноза: «*Я написала жалобу главному врачу, ей копию и копию в облдрав. Ни одного ответа до сих пор не получила*» (Т7).

Респонденты поликлиники в сельской местности, где все друг друга знают, опасаются жаловаться в любом случае, так как боятся испортить отношения с врачами при отсутствии выбора: «*Бесполезно, зачем обращаться. Я сама работаю... Боюсь испортить отношения. Тут все известно и врачей мало. Но от людей я много слышала и слышала, что, если скажешь — прав не будешь с врачами. С врачами никогда прав не будешь*» (33). Еще одна 70-летняя пенсионерка пожаловалась на предпочтение специалистом вызова к платному пациенту во время приема по расписанию:

У нас тогда был один кардиолог. Я пришла к ней на прием, ее долго не было, она ушла на вызов. А когда пришла, то сказала: «Да, буду ходить к тем на прием, кто мне платит». Я вернулась домой и подумала, что я по страховому полису имею право попасть на прием. Взяла и позвонила в страховую компанию. А мне сказали: «А Вы бы обратились к другому врачу, если с сердцем плохо. Успокоили бы Вас. Конечно, они мало зарабатывают, поэтому конечно, кто им платят, к тому они и едут». И это и сейчас практика есть такая, когда с приема уезжают (Л12).

Только одна пациентка сообщила об эффективности предпринятой жалобы: главный врач дала ей направление к невропатологу, в котором отказала терапевт. Но и она, несмотря на действенность этой меры, сказала, что больше этого делать не будет:

Мне кажется, что здесь все равно как круговая порука. Мне кажется, что я все равно не буду связываться с этим, потому что это все равно потом будет себе в ущерб. Жаловаться — бесполезная трата времени... Потом запомнят, будут говорить — это скандальный человек (Т19).

Реализовать право пациента на смену участкового врача в рамках своей же поликлиники, если он не нравится, — тоже не удастся из-за боязни выбранного врача испортить отношения с коллегами. В сельской местности, да и в небольших рабочих поселках, это право выглядит пустой декларацией. Вряд ли кто-то решится демонстративно отвергнуть одного врача и отдать предпочтение другому.

Данные других исследований тоже указывают на нераспространенность и неэффективность жалоб пациентов поликлиник. Притом, что более 80 % опрошенных в исследовании в Санкт-Петербурге в той или иной степени не удовлетворены услугами поликлиник, из них 97 %

никуда не жаловались. Смена поликлиники происходит только по случаю смены места жительства. Смена врача в рамках поликлиник не практикуется, так как на это не согласятся сами врачи [Баранов, Скляр, 2004]. По данным Т.М. Максимовой, только 10 % респондентов высказались за смену своего участкового терапевта [Максимова, 2002].

Таким образом, приходится констатировать, что пациенты поликлиник реально не оказывают никакого влияния на качество медицинских услуг даже в тех случаях, когда они платные (Т32). Неудовлетворенность пациентов услугами поликлиник выражается в отказах посещать их:

Эта поликлиника по месту моего жительства, но я стараюсь сюда не ходить. Потому что не могу сидеть в очередях, это меня очень угнетает. Иной бы раз и нужно сходить на прием, но не иду из-за очередей (Т1).

В поликлинику не хожу, потому что как бы заранее знаю, что мне там не помогут (Л11).

Вот у меня иногда сильно болит голова, никакие таблетки не помогают. Муж говорит: «Иди в поликлинику», а я не иду, потому что знаю, не то чтобы знаю, а у меня заложено уже, что мне там не помогут (310).

Знаете, что напрягает. То, что мы тратим время и силы, что бы их [услуги] получить, и может в то же время получить некачественные услуги: неправильный диагноз, невнимание. Вот из-за этого не хочется идти в поликлинику, тратить время и силы, чтобы сделать это вхолостую (Л16).

Обеспеченные пациенты уходят в другие медицинские учреждения за платными услугами, менее обеспеченные стараются обращаться в поликлиники в последнюю очередь, на крайних стадиях своих заболеваний, или при необходимости получать больничные листы, справки.

\*\*\*

Как видим, проблема доступности поликлинической помощи для населения остается актуальной и до сих пор нерешенной. Доступность услуг снижена для занятого (или обучающегося), работающего в бюджетной сфере населения, не имеющего полисы добровольного страхования — из-за большой потери времени, связанной с получением услуг. Доступность снижена для низкодоходных групп населения из-за разветвленной структуры платных услуг на диагностику, лечение, реабилитацию и дорогие лекарства. Наибольшие трудности в получении доступа к услугам ПМП испытывают материально неблагополучные группы населения, со слабым здоровьем. Получается, что доступность услуг снижается с возрастом пациентов. В результате услуги ПМП труднее всего получить людям, наиболее в них нуждающимся. Проблема доступности медицинских услуг для сельского населения должна решаться системой мер и механизмов, отличных от принятых для городских учреждений ПМП, и, конечно же, на макроэкономическом уровне.



Низкое качество поликлинической медицинской помощи объясняется, во-первых, недостаточным и устаревшим диагностическим оборудованием, нехваткой расходных материалов, во-вторых, плохой координацией терапевтической и специализированной помощи. В качестве первого звена системы здравоохранения учреждения ПМП работают достаточно автономно: пациенты отмечают трудности получения направлений на углубленную диагностику и специализированное лечение даже на информационном уровне. Но и внутри учреждений координация между общим и специализированным лечением подвергается критике пациентов. Третья причина состоит в психологической неподготовленности врачей для общения с различными категориями пациентов.

Основная функция первичной помощи — профилактика заболеваний населения, которая должна обеспечивать эффективность новой модели здравоохранения — по-прежнему не выполняется. Осуществляется усеченная диспансеризация по дешевым стандартам только в отношении предписанных категорий учащихся и групп работающего населения. Поликлиники не имеют условий для формирования профилактической активности и грамотности населения, для профилактического обслуживания инициативных пациентов. А население, в свою очередь, не видит смысла в профилактической активности на базе поликлиник. Платные услуги в учреждениях ПМП воспринимаются как расширение возможностей повышения качества медицинских услуг, однако пациенты констатируют, что платность услуг не гарантирует ожидаемого качества. Платные услуги чаще всего облегчают организационные трудности получения услуг или покрывают дефициты поликлиник в диагностических и лечебных материалах.

Результаты исследования показывают, что дальнейший рост объемов и структуры платных услуг невозможен. Население исчерпало свои возможности в софинансировании с государством здравоохранения и реагирует отказом от его услуг. Одним из способов добиться если не нужного качества, то хотя бы внимательного отношения со стороны медицинских работников для пациентов стало развитие теневой оплаты услуг, и это превратилось в развитый рынок со сложившимися традициями. Врачи вынуждены оказывать услуги не по медицинским показаниям, а по платежеспособности пациентов, что приводит к неэффективному лечению, что в конечном итоге государству обходится дороже на последующих этапах развития болезней. Предусмотренный реформами механизм конкурентности среди врачей, а также самих учреждений, направленный на повышение качества предоставляемых услуг и профессионального уровня, сегодня не работает. Отсутствует и правовое регулирование отношений врача и пациента.

Процесс модернизации российского здравоохранения осуществляется без учета двух важных для его реализации факторов: мнения населения о желаемом направлении реформ и сложившихся и распространен-

ных стратегиях поведения населения в отношении здоровья, то есть без учета социальных последствий. Модернизация не учитывает интересы населения, которое ожидает от реформ в первую очередь повышение доступности медицинской помощи, выполнения декларируемых гарантий. Это подтверждается близостью оценок пациентами деятельности учреждений первичной помощи независимо от палитры региональных различий систем местного здравоохранения. В ответ на растущее неравенство широкое распространение получили практики обращения к рынку неформальной медицины, отказа от лечения или обращение к медицинской помощи на поздних стадиях заболеваний.

### Список литературы

*Баранов И. Н., Скляр Т. М.* Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличении равенства доступности услуг здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга) // Социальная политика: реалии XXI века. М.: НИСП, 2004. Вып. 2. С. 349–380.

*Вассерман Б. А.* Социальный портрет пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение // Экономика здравоохранения. 2001. № 11–12.

*Гаджиев Р. С., Назаралиева З. К.* Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 1. С. 21–23.

*Дворянчикова А., Шилова Л., Пиетия И.* Российское здравоохранение: ожидания населения // Социологические исследования. 2007. № 5. С. 81–88.

*Ефименко С. А.* Социальный портрет участкового врача-терапевта. М.: Здоровье и общество, 2005.

*Кабалина В., Козина И., Плотникова Е. и др.* Техническое содействие реформе системы здравоохранения: результаты социальной оценки. М.: ИСИТО, 2002.

*Максимова Т. Н.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: Perse, 2002.

*Мусин И. Т., Яруллин М. А.* Удовлетворенность сельского населения качеством оказания доврачебной медицинской помощью // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. № 4.

*Назарова И. Б.* Взаимоотношения «врач-пациент»: правовые и социальные аспекты // Социологические исследования. 2004. № 7. С. 142–147.

*Нилов В. М.* Социальные изменения и здоровье населения Карелии // Социологические исследования. 2004. № 11. С. 90–97.

*Носова Т., Маннилла С.* Неглектирование тела – новое объяснение ухудшения здоровья в современной России // Новые потребности и новые риски: Реальность 90-х годов / Под ред. И. Травина. СПб.: Норма, 2001. С. 149–159.

*Панова Л. В.* Доступность первичной медицинской помощи в оценках петербуржцев // <http://www.narcom.ru/ideas/common/35/html>. 2001.

*Панова Л. В., Русинова Н. Л.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи: социологический анализ // Социологические исследования. 2005. № 6.

*Решетников А. В.* Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2000. № 12.

*Сидорина Т. Ю., Сергеев Н. В.* Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. Социология, этнология. Том X. 2001. № 2. С. 67–92.

*Харисова И. М., Гизатуллин И. Ф.* Обращаемость населения за медико-профилактической помощью в сельских районах // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. № 4. С. 20–22.

*Шилова Л. С.* Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья // Социальные конфликты: экспертиза прогнозирования, технологии разрешения. Вып. 15. Конфликтология здоровья и здравоохранения в современной России. М.: Институт социологии, 1999.

*Шилова Л. С.* О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. 2007. № 9. С. 102–109.

*Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет /* Под ред. С. В. Шишкина. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004.

## **Описание информантов**

### **Задонск**

31. Андрей Викторович, 30 лет; высшее образование; оператор передвижных сельскохозяйственных машин; женат, двое детей
32. Михаил Тихонович, 67 лет; образование 10 классов, обучался в спец. школе для детей-инвалидов; рабочий-обувщик; женат, двое взрослых детей
33. Татьяна Викторовна, 51 год; среднее специальное образование; зав. детсадом; замужем, двое сыновей и внуки
34. Михаил, 17 лет; обучается на 3 курсе колледжа; живет с родителями
35. Ирина, 52 года; среднее профессиональное образование; экономист; замужем, двое взрослых детей, внук
37. Оля, 32 года; высшее образование; учительница сельской школы; замужем, один ребенок
39. Андрей, 18 лет; учится на курсах водителей; живет с родителями
310. Надежда, 43 года; образование среднее; продавец; замужем, двое детей

### **Липецк**

- Л1. Иван Петрович, 61 год; среднее образование; на пенсии; живет с женой
- Л2. Михаил, 19 лет; учится и работает; не женат
- Л3. Анна Николаевна, 61 год; образование среднее; пенсионерка
- Л5. Лидия Васильевна, 69 лет; пенсионерка; вдова
- Л6. Николай Михайлович, 66 лет; водитель; работающий пенсионер; женат
- Л7. Лидия Михайловна, 61 год; образование высшее; пенсионерка; вдова
- Л8. Мария Васильевна, 67 лет; пенсионерка; вдова; работала на заводе на вредном производстве
- Л9. Александр Иванович, 51 год; сельхозработчий; женат, дети
- Л10. Мария Ивановна, 42 года; работник администрации; разведена, дочь
- Л11. Инна, 23 года; высшее образование; работает в частном секторе; живет с родителями
- Л12. Мужчина, 58 лет; образование 7 классов; рабочий «Сельхозтехники»; профзаболевание; женат, дети
- Л13. Евдокия Петровна, 61 год; среднее образование; на пенсии; разведена, живет с дочерью
- Л14. Нина Ивановна, 67 лет; на пенсии; профзаболевание; вдова, живет с дочерью

- Л15. Владимир, 51 год; сельхозработчий, по работе направили на профосмотр; женат, дети  
 Л16. Елена Петровна, 42 года; высшее образование; замужем, сын  
 Л17. Марина, 23 года; высшее образование; работает в частном секторе; живет с родителями

### **Тюмень**

- Т1. Галина Павловна, 57 лет; фельдшер; работает; хроник, занимается самолечением  
 Т3. Наталья Валерьевна, 26 лет; высшее образование; замужем, ребенок, декретный отпуск  
 Т6. Светлана Владимировна, 46 лет; среднее специальное образование; не работает; инвалидность; замужем, две дочери  
 Т7. Валентина Васильевна, 58 лет; высшее образование; преподаватель в пищевой промышленности; замужем, дочь  
 Т9. Любовь Ильинична, 57 лет; на пенсии; инвалид; разведена, живет с дочерью и внуком  
 Т12. Зинаида Петровна, 57 лет; среднее специальное образование; пенсионер, живет одна (раньше жила на Севере, где приобрела хронические заболевания)  
 Т14. Мария Сергеевна, 67 лет; на пенсии, живет с мужем; профзаболевание; группа инвалидности  
 Т13. Нина Ивановна, 71 год; высшее образование; школьный учитель литературы и истории; пенсионер; инвалид II группы; живет одна  
 Т16. Мужчина, 36 лет; жена, дети; первый раз в поликлинике, проходил комиссию  
 Т19. Валентина, 50 лет; работает на заводе; стоит на диспансерном учете – связана с вредным производством; вдова  
 Т20. Екатерина, 54 года; высшее образование; педагог, работает в школе; разведена, имеет взрослого сына  
 Т21. Надежда, 49 лет; неполное среднее образование; сфера обслуживания; разведена, живет с сыном  
 Т23. Сергей, 18 лет; среднее общее образование; учится на токаря; холост  
 Т24. Ирина Викторовна, 44 года; среднее специальное образование; домохозяйка; замужем, трое взрослых детей  
 Т25. Неля, 40 лет; высшее образование; предприниматель; замужем, двое детей  
 Т26. Ирина Ивановна, 70 лет; среднее образование; работала в детских учреждениях; вдова, имеет двух взрослых детей  
 Т27. Артем Владиславович, 18 лет; незаконченное среднее профессиональное образование; учится в колледже; будущий нефтяник; не женат  
 Т28. Галина Александровна, 68 лет; среднее образование; пенсионерка; подрабатывает сторожем; живут вдвоем с мужем  
 Т30. Александра, 65 лет; образование 7 классов; работала на производстве; живет одна, двое детей живут отдельно  
 Т31. Иван, 76 лет; высшее образование; на пенсии; женат, дочь живет отдельно  
 Т32. Тамара Николаевна, 62 года; высшее образование; на пенсии; разведена.

---

Людмила Сергеевна Шилова  
 старший научный сотрудник Института социологии РАН, Москва  
 электронная почта: [Liudmila-shilova@ya.ru](mailto:Liudmila-shilova@ya.ru)

---