

# СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

УДК 614.2(470.12), ББК 51.1(2Рос-4Вол)

© Калашников К.Н., Калачикова О.Н.

## Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения



**Константин Николаевич  
КАЛАШНИКОВ**

кандидат экономических наук, научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий РАН (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а, konstantino-84@mail.ru)



**Ольга Николаевна  
КАЛАЧИКОВА**

кандидат экономических наук, научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий РАН (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а, onk82@yandex.ru)

**Аннотация.** Оценка доступности медицинской помощи – сложная научно-практическая задача. Её решение не допускает сужения инструментария до набора формальных показателей государственной и ведомственной статистики. Существовая исключительно в целях сохранения здоровья граждан, система здравоохранения должна строиться и реконструироваться с опорой на мнение её клиентов – жителей территории, получающих медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий. В этой связи необходимой, если не важнейшей, составляющей оценки доступности медицинской помощи для населения становится анализ социологических данных.

Институтом социально-экономического развития территорий РАН проведены измерение и анализ оценок населением Вологодской области доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения региона. Это исследование особенно актуально потому, что в последние годы в российском здравоохранении осуществлён ряд преобразований, реализована Программа модернизации здравоохранения.

Авторы установили, что проведённые реформы помогли улучшить оснащённость медучреждений оборудованием, однако тема кадрового голода не была закрыта. Кроме того, жителей области по-прежнему беспокоят нарушения этики, грубость медицинских работников, сложность попасть на приём к врачу. Эти проблемы сохраняют свою остроту.

**Ключевые слова:** модернизация здравоохранения; медицинская помощь; доступность и качество медицинских услуг; социологические исследования; Вологодская область.

С начала 2000-х гг. российское здравоохранение претерпело череду преобразований, которым сегодня, спустя почти 15 лет, следует дать хотя бы промежуточную оценку. Содержание проводимых мероприятий по заявленным ориентирам звучит понятно и теоретически верно: повышение эффективности здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи для населения. Механизмы достижения этой цели формулируемы и тоже вполне обоснованны. Это, в частности, перенос акцентов со вторичной медицинской помощи, которая в России чрезвычайно широко развита [7], но не оправдывает своих масштабов результатами деятельности, на первичное звено с его стратегическими преимуществами — ранней диагностикой и профилактикой, внедрение передовых методов оплаты медицинской помощи, изменение системы оплаты труда медицинских кадров с учётом результатов деятельности.

Однако для большинства граждан, которые сталкиваются с проблемами здравоохранения в повседневной жизни, понятен смысл лишь стратегической цели — повышение доступности медицинской помощи, и об успехах в её достижении они судят по личному опыту. Традиционные проблемы российского здравоохранения: очереди, неуважительное и невнимательное отношение медработников, растущая платность медицинских услуг, недостаточное лекарственное обеспечение — сохраняются и не дают ощущения удовлетворённости результатами многолетних реформ.

Приведём пример. Даже в достаточно благополучные 2000-е годы не прекращался процесс сокращения коечных фондов, начавшийся в кризисные девяностые. В 2007 г. была утверждена официальная методика оценки деятельности органов исполнительной власти, согласно которой сокращение мест в круглосуточных стационарах расценивалось как признак эффек-

тивности общественных расходов без учёта принятия сопутствующих компенсаторных мер<sup>1</sup>. В результате за период с 2000 по 2012 г. произошло снижение показателя обеспеченности койками круглосуточного пребывания жителей РФ (на 27%), регионов СЗФО (в сумме по округу — на 25%) и Вологодской области (на 28%). Представляется сомнительным, что механическое сокращение мест в стационарах в какой-то мере способствовало расширению доступности медицинских услуг.

Большие надежды были возложены на Программу модернизации здравоохранения, реализованную в 2011–2012 гг., поскольку её 5-ти-миллиардный бюджет является весьма существенным для масштабов региона. В условиях дефицита финансирования реализация целевых программ становится единственной возможностью улучшить положение дел с обеспеченностью медицинских учреждений ресурсами, пусть и в локальном приложении и точечном режиме.

В данной статье мы, опираясь на проведённые социологические опросы населения Вологодской области<sup>2</sup>, рассмотрим, как повлияли эти процессы на оценку населением доступности и качества медицинской помощи.

Приступая к изложению содержательной части статьи, остановимся на важном контекстуальном моменте — оценке гражданами своей роли в сохранении

<sup>1</sup> Речь идёт о методике, разработанной Комиссией при Президенте Российской Федерации по вопросам совершенствования государственного управления и правосудия во исполнение Указа Президента Российской Федерации «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» от 28 июня 2007 г. №825.

<sup>2</sup> Мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области проводится ИСЭРТ РАН с 2002 г. методом раздаточного анкетирования. Репрезентативность выборки обеспечена квотированием по полу и возрасту, равномерным размещением единиц наблюдения, представительным объемом — 1500 человек. Ошибка выборки не превышает 5%.

здоровья, что особенно актуально в современных условиях, когда главной ареной борьбы за здоровье человека становится его собственная жизнь [6]. За достаточно непродолжительный период, с 2005 по 2013 г., в Вологодской области произошли существенные трансформации в сознании населения: в частности, оно стало в большей степени осознавать свою ответственность за здоровье.

Так, если в 2005 г. 73% населения считали себя частично или полностью ответственными за своё здоровье, то к 2013 г. этот показатель увеличился до 88%. В то же время снизилась доля граждан, признающих ответственными за здоровье человека медицинских работников (с 23% в 2005 г. до 14% в 2013 г.), родственников и членов семьи (с 9 до 3%).

Но особенно примечательно существенное снижение (с 25% в 2005 г. до 7% в 2013 г.) удельного веса граждан, считающих государство ответственным за здоровье людей. Этот факт косвенно свидетельствует как о росте гражданского самосознания, так и о разворачивании процесса атомизации общества [1], зафиксированного и региональными исследованиями [6].

На фоне меняющейся структуры факторов здоровья [10] растёт роль личности в его сохранении и укреплении. Однако это не должно стать причиной снижения значимости здравоохранения и медицины. В современных условиях следует говорить о необходимости эффективного сотрудничества этих двух субъектов в вопросах сохранения здоровья и продления жизни. Медицинская активность представляет проявление самосохранительного поведения, образа жизни [3]. Поэтому важным аспектом сохранения здоровья остаётся профилактика и своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью.

Как правило, население обращается к врачу в период плохого самочувствия и заболевания. Другой наиболее весомой причиной посещения медицинских учреждений становится прохождение профосмотров. Так, данные опроса 2013 г. свидетельствуют, что 44% населения посещали медицинское учреждение в течение последних 12 месяцев по причине плохого самочувствия; 21% – для прохождения профессионального осмотра. 17% случаев обращения в медицинское учреждение составляет профилактика заболеваний (табл. 1). По данным 2013 г., самолечением занимаются 13% населения региона. Четверть жителей региона отметили, что в течение последнего года им приходилось отказывать себе в получении больничного листа даже в состоянии болезни, 22% – пропускали рабочие дни в связи с недомоганием и болезнью.

Уровень доступности медицинской помощи за период с 2011 по 2013 г. практически не претерпел изменений: 77% жителей региона были в той или иной степени удовлетворены доступностью оказываемых им медицинских услуг. Сумма низких оценок (22% для региона в целом) превосходит сумму высоких (14%). Наиболее популярной является оценка «удовлетворительно». Так оценивают доступность медицинской помощи 63% жителей Вологодской области (табл. 2).

Оценки жителей районов и крупных городов существенно не отличаются, однако сельчане менее склонны давать наивысшие оценки доступности медицинской помощи, чем горожане (8% оценок в муниципальных районах против 18% в г. Вологде и 13% в г. Череповце).

Анализ взаимосвязи между демографическими характеристиками населения и оценкой доступности медицинской помощи не выявил каких-либо особенностей: большая часть как позитивных, так и

Таблица 1. Распределение ответов на вопрос: «С какой целью Вы обращались к врачу в течение последних 12 месяцев?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Вологда	Череповец	Районы	Область
С профилактической целью	45,5	46,5	42,5	<b>44,3</b>
В период плохого самочувствия, болезни	17,1	21,2	23,1	<b>21,1</b>
При походе профосмотра	16,6	12,8	18,8	<b>16,7</b>
Не помню	3,6	4,6	9,9	<b>6,9</b>
Не обращался (ась), т.к. лечился (ась) самостоятельно	16,4	16,1	8,4	<b>12,5</b>
Не обращался (ась), т.к. не болел (а)	10,6	11,0	10,5	<b>10,7</b>
Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.				

Таблица 2. Распределение ответов на вопрос: «Оцените, пожалуйста, в целом уровень доступности для Вас помощи, предоставляемой медицинскими учреждениями» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
Высокий	4,2	0,5	1,9	<b>2,1</b>
Довольно высокий	17,9	13,0	8,3	<b>12,0</b>
Удовлетворительный	54,8	66,5	65,2	<b>62,9</b>
Скорее низкий	15,8	12,3	14,6	<b>14,3</b>
Низкий	5,5	5,9	8,8	<b>7,2</b>
Медицинские услуги совершенно недоступны	1,0	0,5	0,4	<b>0,6</b>
Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.				

Таблица 3. Негативные явления в деятельности медицинских учреждений Вологодской области (% от числа граждан, обратившихся в ЛПУ и выбравших вариант ответа «удовлетворяет частично», «в основном не удовлетворяет», «полностью не удовлетворяет»)

Негативное явление	2002 – 2006 гг.	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2013 г.
Невозможность попасть на прием в удобное время, большие очереди	58,1	56,7	59,4	49,7	35,8
Отсутствие нужных специалистов	-	24,9	34,8	34,3	41,6
Невнимательное отношение медработников	-	18,0	24,2	23,5	15,5
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	11,5	12,5	18,3	12,5
Недостаток информации о работе специалистов	21,0	14,7	23,5	18,2	
Необходимость оплачивать мед. услуги, которые должны предоставляться бесплатно	16,9	9,9	14,5	17,2	13,7
Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН.					

негативных оценок представлена среди мужчин и женщин от 30 до 60–55 лет.

Ретроспектива оценок деятельности медицинских учреждений за период реализации проекта Модернизации здравоохранения показывает, что традиционные проблемы отрасли не утратили своей остроты, но в 2013 г. по сравнению с предыдущими годами отмечается заметное улучшение ситуации по всем рассматриваемым

пунктам, исключая «отсутствие нужных специалистов». До 2010 г. более половины жителей области отмечали очереди в медицинских учреждениях и невозможность попасть на прием к врачу в удобное время, в 2012 и 2013 гг. их число существенно снизилось (до 50 и 36% соответственно) (табл. 3). На отсутствие нужных специалистов как проблему, коснувшуюся их лично, указали 34% населения в 2012 г. и

42% в 2013 г. По-прежнему волнует людей хамство врачей (18% населения в 2012 г. и 13% в 2013 г.), невнимательное отношение с их стороны (24 и 16% соответственно), а также продолжающаяся коммерциализация здравоохранения (17 и 14%).

На наличие обозначенных недостатков указывают и те респонденты, кто высоко оценивает доступность и качество медицинских услуг. Однако среди них больше возмущенных неуважительным отношением медиков и необходимостью оплачивать медпомощь.

Обращая внимание на то, что наиболее распространённой проблемой жители региона продолжают называть сложность попасть на приём к врачу в удобное время или не выстояв длинную очередь, следует отметить роль информационных технологий в повышении доступности медицинской помощи. Люди, высоко её оценивающие, в 4,5 раза больше пользуются электронными терминалами (инфоматами) для записи на приём к врачу, чем неудовлетворённые современным уровнем доступности медицинских услуг. Это свидетельствует о перспективности электронных устройств и Интернет в повышении эффективности процесса оказания медицинских услуг и доступности последних.

Однако практически роль информационных технологий на сегодняшний день незначительна. Абсолютное большинство жителей региона (82%) не пользуются инфоматами для записи на приём к врачу, а об их существовании знают чуть больше половины (на момент выхода статьи в регионе действовало 37 инфоматов). При этом 62% респондентов не имеют возможности записаться к нужному специалисту через Интернет. Выяснение конкретных причин подобного игнорирования информационных технологий остаётся за пределами данного исследования, но не вызывает сомнений, что они кроются не только в

низком уровне цифровой грамотности людей, но и в обычном консерватизме и силе привычки. Более того, возможности «электронной регистратуры» не смогут решить проблему доступности медицинской помощи без должного кадрового обеспечения поликлиник.

Вместе с тем зависимость между активностью использования регистрационных терминалов, сети Интернет для записи на приём к врачу и основными демографическими характеристиками населения — имеется (табл. 4). Среди респондентов постпенсионного возраста выше доля не осведомленных о наличии средств электронной записи и не использующих их.

Женщины молодой и средней возрастных групп более активно, чем мужчины аналогичных возрастов, используют электронные технологии при обращении в медицинское учреждение. Например, если в сумме ответов на вопрос о знании возможностей «электронной регистратуры» мужчины 30–60 лет примерно с одинаковой частотой дают ответы «да» и «нет» — 24 и 28% соответственно, то у женщин это соотношение составляет 28 и 18%.

В условиях характерной для территории региона малокоселенности (значительное количество населённых пунктов с малочисленным населением, разбросанных по большой территории) и слабо развитой инфраструктуры весьма актуальным вопросом остаётся территориальная и транспортная доступность медицинских учреждений.

Вопреки ожиданиям, для жителей сельских территорий дорога до ближайшего медицинского учреждения занимает незначительно больше времени, чем для жителей крупных городов. Единственное существенное различие в разрезе «город-село» касается длительности переезда «выше двух часов»: этот вариант ответа отмечен 7% жителей муниципальных районов и 1–2% жителей крупных городов (табл. 5).



Таблица 4. Половозрастные характеристики населения и «электронная регистратура» (в % от числа опрошенных)

Социально-демографические характеристики респондентов	Знаете ли Вы, что записаться на приём к врачу можно с помощью электронных устройств (инфоматов) и через Интернет?		Имеете ли Вы возможность записаться к нужному медицинскому специалисту через сеть Интернет?		Пользуетесь ли Вы электронными терминалами (инфоматами) для записи на приём к врачу?	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Пол/возраст						
Мужской до 30 лет	12,1	10,4	12,5	10,6	11,7	11,3
30-60 лет	24,2	27,8	26,1	25,5	22,3	26,3
старше 60 лет	5,4	10,6	4,7	9,6	5,9	8,1
Женский до 30 лет	14,8	6,4	17,2	7,5	17,6	9,8
30-55 лет	27,8	18,2	30,4	19,5	33,2	21,6
старше 55 лет	15,8	26,6	9,1	27,3	9,4	23,0

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

Таблица 5. Распределение ответов на вопрос: «Сколько времени обычно уходит на дорогу до ближайшего врача/фельдшера, поликлиники?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
До получаса	49,1	57,0	36,2	<b>44,9</b>
Около часа	32,2	34,5	34,9	<b>34,1</b>
От одного до двух часов	9,1	4,3	4,6	<b>5,7</b>
Свыше двух часов	2,1	0,8	6,9	<b>4,1</b>
Затрудняюсь ответить	7,5	3,3	17,4	<b>11,2</b>

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

Таблица 6. Распределение ответов на вопрос: «Как работает общественный транспорт, которым Вы пользуетесь?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
В целом хорошо	26,8	40,4	7,2	<b>20,9</b>
Скорее хорошо	36,9	43,0	30,1	<b>35,2</b>
Скорее плохо	16,4	5,6	17,7	<b>14,2</b>
Плохо	4,9	2,3	16,6	<b>9,9</b>
Затрудняюсь ответить	15,1	8,7	28,5	<b>19,9</b>

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

Что касается качества работы общественного транспорта, то здесь разница между селом и крупными городами более заметна: плохим его называют 17% населения сельских территорий и незначительная доля жителей городов Вологды (5%) и Череповца (2%). Жители Череповца гораздо более высоко оценивают работу городского общественного транспорта, чем жители областной столицы, но эта проблема уже в большей степени относится к системе городского сообщения, чем к доступности медицинских услуг (табл. 6).

Фактором доступности медицинской помощи выступает и её стоимость для населения, роль которой с ростом коммерциализации здравоохранения будет возрастать. Среди населения, выразившего неудовлетворённость современным уровнем доступности медицинской помощи, 14% отметили необходимость оплачивать медицинские услуги (табл. 7).

О распространённости коммерческих практик в сфере государственного здравоохранения свидетельствует существенная доля людей (44%), расходовавших средства

Таблица 7. Распределение ответов на вопрос: «Приходилось ли Вам расходовать средства на лечение в медицинском учреждении в текущем году?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
Да, ежемесячно	11,2	7,4	5,9	<b>7,7</b>
Да, один раз в три месяца	16,1	10,2	6,9	<b>10,1</b>
Да, один раз в полгода	15,8	13,6	13,0	<b>13,9</b>
Да, один раз в год	15,3	21,0	6,5	<b>12,5</b>
Нет, не приходилось	23,9	36,6	44,2	<b>37,0</b>
Не расходовали, потому что не болели	16,4	10,5	21,3	<b>17,2</b>

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

Таблица 8. Половозрастные характеристики населения и оценка доступности медицинского обслуживания (в % от числа опрошенных)

Приходилось ли Вам расходовать средства на лечение в медицинском учреждении в текущем году?	Как Вы оцениваете уровень доступности медицинского обслуживания?		
	Высокий	Удовлетворительный	Низкий
Да, ежемесячно	8,5	7,1	8,7
Да, один раз в три месяца	12,7	8,8	12,0
Да, один раз в полгода	11,8	15,1	12,3
Да, один раз в год	7,5	12,5	16,0
Нет, не приходилось	41,0	39,4	26,2
Не расходовали, потому что не болели	17,9	15,7	21,7

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

Таблица 9. Распределение ответов на вопрос: «При оплате лечения в поликлинике, больнице Вы платили деньги...» (в % от числа тех, кому приходилось расходовать средства на лечение в текущем году)

Варианты ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
В кассу лечебного учреждения	70,2	87,7	69,2	<b>75,3</b>
Руководителю лечебного учреждения	3,1	0,5	0,0	<b>1,2</b>
Лечащему врачу	7,1	4,9	3,0	<b>5,0</b>
Среднему медперсоналу (медсестра, фельдшер)	3,1	2,5	2,6	<b>2,7</b>
Санитарке	1,3	2,9	0,0	<b>1,4</b>

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

на лечение в текущем году (37% жителей региона признаются, что им не приходилось тратить деньги на лечение)<sup>3</sup>.

Среди тех, кто оценивает доступность медицинских услуг низко, больше доля плативших за них, чем среди оценивающих высоко (26% против 41%; табл. 8).

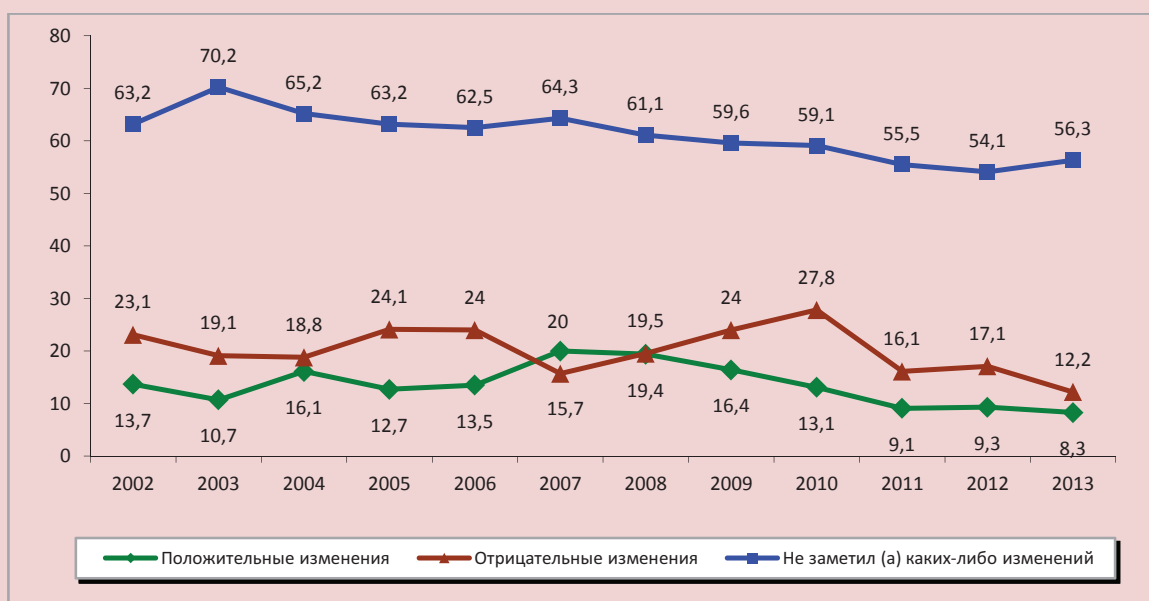
Большинство платежей за лечение, как указало 75% населения области, носят официальный характер и поступают в кассу

<sup>3</sup> Следовало уточнить формулировку вопроса в части того, что в расходы не следует включать средства на покупку лекарств при амбулаторном лечении.

медицинского учреждения. Варианты неформальных платежей тоже присутствуют, но их вклад невелик. Вместе с тем симптоматичен факт широкого участия пациентов в оплате медицинской помощи: 28% населения тратило собственные денежные средства на оплату лечебных процедур, 7% — на медикаменты в условиях стационарного лечения (табл. 9).

Интересна динамика оценок населением доступности медицинской помощи. Начиная с 2003 г. наблюдается тенденция снижения доли ответов респондентов,

Распределение ответов на вопрос: «Отмечаете ли Вы изменения в оказании медицинской помощи за последние 12 месяцев?» (в % от числа тех, кто обращался за медицинской помощью)



Источник: данные ИСЭРТ РАН.

считающих, что за последние 12 месяцев в уровне доступности медицинских услуг не произошло никаких изменений.

Доля жителей региона, отмечающих отрицательные тенденции в сфере доступности медицинских услуг, подвержена большим колебаниям. Рост количества недовольных изменениями фиксировался в 2005–2006 гг. После резкого подъёма в 2010 г. (до 28%) этот показатель начал резко снижаться, достигнув к 2013 г. отметки 12%. Отличается непостоянством и удельный вес положительных оценок, однако в 2007 г. берёт начало тенденция его снижения. Так, в 2013 г. лишь 8% населения положительно оценили изменения в доступности медицинских услуг (*рисунок*).

Другой важнейшей для населения характеристикой медицинской помощи является её качество. Использование данных социологического опроса представляется не самым надёжным способом оценки качества медицинской помощи по ряду причин. Среди них первоочередную роль

играет информационная асимметрия между медицинскими работниками и пациентом, препятствующая объективному восприятию качественных параметров оказываемых медицинских услуг. Возможности достижения наиболее высокого уровня их качества ограничиваются государственными гарантиями и финансовыми возможностями государства [2, 4]. В итоге стандарты качества становятся результатом компромисса между теоретически верными идеями гуманизма и признания интересов пациента как высшей ценности и ограниченными возможностями бюджетов и внебюджетных фондов обеспечивать их выполнение.

Наиболее приемлемым способом нивелирования информационной асимметрии в рамках описанной организационной модели является стандартизация медицинской помощи. Однако и в этом случае представления пациента о должном (или желаемом) уровне качества оказываемых медицинских услуг могут быть далеки от



формальных предписаний. Более того, учитывая феномен информационной асимметрии, логично предположить, что под качеством медицинской помощи пациенты понимают результативность в лечении и борьбе с симптомами заболевания, а также условия её оказания, включая самый широкий спектр поддающихся оценке неспециалиста моментов (например, профессиональная культура медицинских работников, чистота кабинета и проч.).

Несмотря на указанные обстоятельства, можно сказать, что оценка населением качества медицинской помощи – один из информативных показателей эффективности деятельности медицинских учреждений, отражающих сложившуюся ситуацию и проблемные аспекты, требующие внимания и вмешательства.

В продолжение периода реализации Программы модернизации оценки качества медицинских услуг населением Вологодской области претерпели заметные изменения. В 2011 г. 78% населения было в той или иной степени удовлетворено качеством оказываемых медицинских услуг, в 2013 г. эта цифра возросла до 82%.

Сумма высоких оценок (18% для региона в целом) не отстаёт от суммы низких (17%). Наиболее распространённой является оценка «удовлетворительно» – так оценивают качество медицинской помощи 64% жителей Вологодской области (табл. 10).

Различие в оценках качества медицинской помощи между крупными городами и муниципальными районами сводится к тому, что сельские жители менее склонны давать высокие оценки, чем жители Вологды и Череповца, однако эта разница перераспределяется в плюс варианту ответа «удовлетворительно».

Связь между половозрастными характеристиками и оценкой качества медицинской помощи выражается в том, что с воз-

растом респондентов доля негативных оценок, как правило, увеличивается.

Интересен вопрос о соотношении доступности и качества медицинской помощи. В зарубежных исследованиях, прежде всего межстрановых, касающихся сравнительного анализа различных государственных систем здравоохранения, зачастую поднимается вопрос о расхождении доступности и качества медицинских услуг как спецификации моделей охраны здоровья.

Обратимся к результатам исследования американского Института Дж. Гэллага, которое основано на телефонных интервью населения в Канаде, США и Великобритании по вопросам доступности и качества медицинской помощи в этих странах. В Канаде удовлетворённость доступом к медицинской помощи (57%) немного выше, чем удовлетворённость качеством (52%); в Великобритании, где тоже высока доля общественных ресурсов в здравоохранении, удовлетворённость доступностью и качеством медицинской помощи ниже, но практически не различается в оценках населения (43 и 42% соответственно).

Жители США, где здравоохранение основывается на платных услугах и при этом практически отсутствует всеобщая система медицинского страхования, очень низко оценивают доступность дорогостоящих услуг здравоохранения (только 25% американцев удовлетворены доступностью медицинской помощи), но и качество оценивают не слишком высоко (лишь 48% удовлетворены качеством) [11].

Как позволяют судить результаты нашего исследования, жители Вологодской области оценивают качество и доступность в едином ключе. Респонденты, высоко оценивающие доступность медицинских услуг, практически не высказываются негативно об их качестве (у них нет ответов «очень плохое», доля ответов «плохое»

Таблица 10. Распределение ответа на вопрос: «Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда	Череповец	Районы	Область
Очень хорошее	2,1	1,3	1,2	<b>1,5</b>
Довольно хорошее	24,4	18,7	11,9	<b>16,9</b>
Удовлетворительное	57,1	60,1	69,2	<b>63,7</b>
Плохое	14,0	16,1	15,1	<b>15,1</b>
Очень плохое	2,1	1,8	1,2	<b>1,6</b>

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

Таблица 11. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания?» (в % от числа населения с разной оценкой доступности медицинского обслуживания)

Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания?	Как Вы оцениваете уровень доступности медицинского обслуживания?		
	Высокий	Удовлетворительный	Низкий
Очень хорошее	8,5	0,2	0,6
Довольно хорошее	51,7	13,8	4,0
Удовлетворительное	37,0	77,5	45,4
Плохое	2,8	7,9	44,2
Очень плохое	0,0	0,5	5,8

Источник: данные социологических исследований ИСЭРТ РАН, 2013 г.

составляет незначимую величину – 3%, тогда как общий удельный вес ответов «хорошее» и «довольно хорошее» достигает 60%). И наоборот, среди людей, недовольных существующим уровнем доступности медицинской помощи, не менее половины склоняются к негативным оценкам её качества (табл. 11).

Можно предположить, что население региона не разграничивает для себя понятия «доступность» и «качество» медицинских услуг, априори полагая, что квалифицированный специалист, прошедший профессиональную подготовку, работающий в данной сфере, в целом качественно выполняет свою работу.

Вместе с тем обнаруживается связь между оценками качества и платности услуг. Среди тех, кто не пользуется платными медицинскими услугами, выше доля лиц, низко оценивающих их качество, по сравнению с теми, кто платит за медицинские услуги (37% против 26%). Следует признать, что оценка качества медицинской помощи

является весьма субъективной и может не отражать реальных изменений в деятельности лечебно-профилактических учреждений, исследования доступности в этом отношении всегда более объективны. Однако не принимать во внимание позицию граждан относительно качества медицинской помощи будет ещё большей ошибкой.

Таким образом, в ответах населения на вопросы о качестве и доступности медицинских услуг нет однозначной оценки ни сложившейся в здравоохранении ситуации, ни результатов Программы модернизации здравоохранения.

С одной стороны, мнения граждан прямо или косвенно указывают на глубокие структурные проблемы и частные негативные практики, на протяжении многих лет препятствующие росту доступности медицинской помощи. Но, с другой стороны, нельзя не заметить положительных изменений по ряду направлений деятельности, а также лояльности граждан к российскому здравоохранению в целом.

Несмотря на то, что большая часть населения удовлетворена доступностью и качеством медицинской помощи, немногие оценивают их высоко.

Население обеспокоено сложностью попасть на приём к врачу, недостатком узких специалистов, пренебрежительным и невнимательным отношением медицинских работников, широким распространением малодоступных медицинских услуг.

Известно, что характерная для пациентов склонность предъявлять высокие требования к медицинским службам и не замечать их успехов является объективным фактом общественной жизни во всём мире, но это не должно стать причиной игнорирования коллективного мнения граждан о том, что в отечественном здравоохранении существует ряд проблем, ограничивающих доступность и качество медицинских услуг и ещё далёких от разрешения.

### Литература

1. Балацкий, Е.В. Закономерности и парадоксы социальной эволюции [Текст] / Е.В. Балацкий // *Общественные науки и современность*. – 2013. – № 2. – С. 138-150.
2. Дуганов, М.Д. Методологические подходы к оценке эффективности регионального здравоохранения [Текст] / М.Д. Дуганов, К.Н. Калашников // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. – 2011. – № 6. – С. 93-105.
3. Калачикова, О.Н. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона [Текст] / О.Н. Калачикова, П.С. Корчагина // *Проблемы развития территорий*. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – № 5 (61). – С. 72-82.
4. Калашников, К.Н. Результативность программы модернизации здравоохранения: оценки пациентов и врачей / Н.А. Кондакова, К.Н. Калашников // *Здравоохранение*. – 2014. – № 2. – С. 28-38.
5. Ласточкина, М.А. Социальная защищённость населения России: обзор исследований последних лет [Текст] / М.А. Ласточкина // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. – 2013. – № 2. – С. 171-179.
6. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо [Текст]: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
7. Реформа больниц в новой Европе [Текст]: пер. с англ. / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос [и др.]. – М.: Весь мир, 2002. – 320 с.
8. Семенова, В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России [Текст] / В.Г. Семенова. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
9. Шабунова, А.А. Региональный опыт реализации программы модернизации здравоохранения / А.А. Шабунова, Н.А. Кондакова // *Здравоохранение РФ*. – 2014. – № 2. – С. 8-13.
10. Шилова, Л.С. Ресурсы модернизации здравоохранения [Электронный ресурс] / Л.С. Шилова // *ГосБук*. – Режим доступа: <http://www.gosbook.ru/node/65985>
11. Blizzard, R. Healthcare System Ratings: U.S., Great Britain, Canada. // GALLUP. – Режим доступа: <http://www.gallup.com/poll/8056/healthcare-system-ratings-us-great-britain-canada.aspx>

Kalashnikov K.N., Kalachikova O.N.

## Accessibility and quality of medical service in the context of health care modernization

Konstantin Nikolaevich Kalashnikov – Ph.D. in Economics, Research Associate, Federal State-Financed Scientific Institution the Institute of Socio-Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russia, konstantino84@mail.ru).

Ol'ga Nikolaevna Kalachikova – Ph.D. in Economics, Junior Research Associate, Federal State-Financed Scientific Institution the Institute of Socio-Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russia, onk82@yandex.ru).

**Abstract.** Assessment of access to health care is a complicated scientific and practical problem. The solution can not be limited to formal indicators of state and departmental statistics. Existing solely for the purpose to preserve the citizens' health, the health care system must be based and reconstructed on the opinion of its customers, the territory's residents who receive medical services under the state guarantees program. That is why, the necessary, if not the most important, component to assess the health care access is sociological data analysis.

The Institute of Socio-Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences has carried out the measurement and analysis of the Vologda Oblast population's estimates of the access to medical services and its quality, provided by regional health institutions. This study is especially important because a number of reforms and the Program of Health Care Modernization have been implemented in the Russian health care over the last years.

The authors have found out that the reforms improved the provision of the medical institutions with equipment, but the problem of staff shortage was not solved. What is more, the region's residents are still concerned about ethics violations, medical workers' rude behavior and difficulty to make an appointment at the doctor's. These problems remain acute.

**Key words:** Health care modernization; medical aid; access to medical services and its quality; sociological research; Vologda Oblast.

### References

1. Balatskii E.V. Zakonomernosti i paradoksy sotsial'noi evolyutsii [Regularities and Paradoxes of Social Evolution]. *Obshchestvennye nauki i sovremennost'* [Social Sciences and Modern Times], 2013, no.2, pp. 138-150.
2. Duganov M.D., Kalashnikov K.N. Metodologicheskie podkhody k otsenke effektivnosti regional'nogo zdavookhraneniya [Methodological Approaches to the Estimation of the Regional Public Health Services Efficiency]. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz* [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast], 2011, no.6, pp. 93-105.
3. Kalachikova O.N., Korchagina P.S. Osnovnye tendentsii samosokhranitel'nogo povedeniya nasele-niya regiona [The Main Trends of Self-Preservation Behavior in the Region]. *Problemy razvitiya territorii* [Problems of Development of Territories], Vologda: ISERT RAN, 2012, no.5(61), pp. 72-82.
4. Kalashnikov K.N., Kondakova N.A. Rezul'tativnost' programmy modernizatsii zdavookhraneniya: otsenki patsientov i vrachei [The Effectiveness of the Health Care Modernization Program in the Assessments of Patients and Physicians]. *Zdavookhranenie* [Health Care], 2014, no.2, pp. 28-38.
5. Lastochkina M.A. Sotsial'naya zashchishchennost' naseleniya Rossii: obzor issledovaniy poslednikh let [Social security of Russia's population: an overview of the past years studies]. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz* [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast], 2013, no.2, pp. 171-179.

6. Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch' segodnya aktual'nee, chem kogda-libo: doklad o sostoyanii zdavookhraneniya v mire, 2008 g [Primary Health Care Is Now More Acute Than Ever: the 2008 Report on the Health Care State in the World]. Geneva: VOZ, 2008. 152 p.
7. Figeras Zh., Makki M., Mossialos E. et. al. *Reforma bol'nits v novoi Evrope* [Reform of the Hospitals in a New Europe]. Translated from English, Moscow: Ves' mir, 2002, 320 p.
8. Semenova V.G. *Obratnyi epidemiologicheskii perekhod v Rossii* [Reverse Epidemiological Transition in Russia]. Moscow: TsSP, 2005. 235 p.
9. Shabunova A.A., Kalashnikov K.N., Kalachikova O.N. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie territorii* [Public Health and Health Care of the Territory]. Supervised by A.A. Shabunova. Vologda: ISERT RAN, 2010. 284 p.
10. Shilova L.S. Resursy modernizatsii zdavookhraneniya. [Resources of Health Care Modernization]. *GosBuk* [State Book]. Available at: <http://www.gosbook.ru/node/65985>
11. Blizzard R. Healthcare System Ratings: U.S., Great Britain, Canada. *Gallup*. Available at: <http://www.gallup.com/poll/8056/healthcare-system-ratings-us-great-britain-canada.aspx>