ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Н.Н. Кочкина, М.Д. Красильникова,
С.В. Шишкин

ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОЦЕНКАХ НАСЕЛЕНИЯ

Препринт WP8/2015/03
Серия WP8
Государственное
и муниципальное управление

Москва
2015

УДК 303.4:61
ББК 5в7
К76

Редакторы серии WP8
«Государственное и муниципальное управление»
А.В. Клименко, А.Г. Барабашев

Кочкина, Н. Н., Красильникова, М. Д., Шишкин, С. В.
К76 Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения [Текст] : препринт WP8/2015/03 / Н. Н. Кочкина, М. Д. Красильникова, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 56 с. – 70 экз.

В работе представлены результаты исследования удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ. Источником информации являются данные двух социологических опросов взрослого (16 лет и старше) населения России, проведенных в 2013–2014 гг.

Население в целом положительно оценивает изменения в работе больниц и поликлиник, но оценки тех, кто обращается за медицинской помощью и больше в ней нуждается, сдержаннее.

Основная часть российских пациентов получает медицинскую помощь бесплатно, но не менее 80% во всех слоях населения уверены в том, что в случае болезни им не будет обеспечена бесплатная медицинская помощь в требуемом объеме.

Четыре пятых пациентов выразили удовлетворение качеством полученной амбулаторной, скорой и стационарной помощи. Еще более высоким является уровень удовлетворенности проведенными диагностическими обследованиями и самым высоким – уровень удовлетворенности стоматологической помощью. Однако сравнение данных опросов 2013 г. и 2014 г. с данными опроса населения, проведенного Росздравнадзором в 2008 г., показывает тенденцию медленного снижения удовлетворенности качеством амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

Впервые выявлено отношение граждан к дилемме проводимой реструктуризации системы оказания медицинской помощи: доступность vs качество. Большая часть населения готова согласиться с некоторым ухудшением территориальной доступности медицинской помощи ради улучшения ее качества.

Получены данные о влиянии конкуренции на качество медицинского обслуживания: доля респондентов, удовлетворенных качеством оказанной помощи и желающих повторно обратиться в ту же медицинскую организацию, отрицательно коррелирует с долей респондентов, указавших на отсутствие альтернативных медицинских организаций.

УДК 303.4:61
ББК 5в7

JEL Classification: I10, I11

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, удовлетворенность медицинской помощью, здравоохранение, диспансеризация, медицинские услуги, опрос населения

Кочкина Наталья Николаевна – социолог Аналитического центра Юрия Левады.
Красильникова Марина Дмитриевна – к.э.н., заведующий отделом изучения уровня жизни Аналитического центра Юрия Левады.
Шишкин Сергей Владимирович – д.э.н., директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ.

Препринты Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» размещаются по адресу: http://www.hse.ru/org/hse/wp

© Кочкина Н. Н., 2015
© Красильникова М. Д., 2015
© Шишкин С. В., 2015
© Оформление. Издательский дом Высшей школы экономики, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....5

2. Методология исследования.....7

3. Общая оценка населением состояния системы здравоохранения.....8

4. Оплата медицинской помощи.....13

5. Сравнительная важность для населения разных составляющих качества медицинской помощи.....17

6. Диспансеризация: отношение граждан и опыт ее прохождения.....22

7. Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи.....25

7.1. Амбулаторная помощь.....25

7.1.1. Обращаемость за амбулаторной помощью и ее территориальная доступность.....25

7.1.2. Организация приема пациентов – предварительная запись.....27

7.1.3. Организация приема пациентов – электронная запись.....28

7.1.4. Оценки удовлетворенности амбулаторной помощью.....30

7.2. Диагностические обследования.....32

7.2.1. Обращаемость за диагностическими исследованиями и их территориальная доступность.....32

7.2.2. Организация приема пациентов – предварительная запись.....33

7.2.3. Удовлетворенность результатами прохождения диагностического обследования.....35

7.3. Стоматологическая помощь.....35

7.4. Скорая медицинская помощь.....37

7.5. Стационарная помощь.....39

7.5.1. Обращаемость за стационарной помощью и территориальная доступность больниц 39

7.5.2. Оценки удовлетворенности лечением в стационаре....41

8. Удовлетворенность результатами оказания медицинской помощи и возможности выбора медицинской организации 44

9. Качество vs доступность медицинской помощи....45

10. Заключение....48

Литература 52

1. Введение

Повышение доступности и качества медицинской помощи для населения являются универсальными для всех стран целями развития систем здравоохранения [WHO, 2000]. Поэтому вполне естественно, что использование оценок населением доступности и качества медицинского обслуживания рассматривается как важнейшая характеристика состояния этих систем и результативности происходящих в них изменений. И хотя использование оценок потребителей в сфере здравоохранения порождает серьезные методологические проблемы[1], такие оценки выступают предметом многочисленных и разнообразных по целям и задачам исследований[2]. В западных странах построение и анализ индексов удовлетворенности населения здравоохранением являются стандартной практикой. В России они получили распространение в последние два десятилетия, и некоторые из них проводятся уже на регулярной основе, как, например, опросы населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования [ФФОМС, 2009].

Исследования, выполняемые в нашей стране, по большей части ограничиваются анализом динамки общих оценок удовлетворенности населения состоянием здравоохранения[3], качеством медицинской помощи и сравнением по этим показателям различных территориальных образований[4] и медицинских организаций[5]. Распространенным является изучение различий в таких оценках для разных социально-демографических групп. Предметом исследования выступают также различия в оценках удовлетворенности качеством помощи в государственных и частных медицинских учреждениях[6]. Особый интерес представляют результаты сравнительных исследований доступности и качества медицинской помощи в постсоветских странах[7].

---

[1] См.: [Costanzov et al., 1975; Rosenthalm et al., 1997; Gulliford et al., 2002; Гехт, Артемьева, 2014].

[2] См., например, обзоры таких исследований в: [Cleary, McNeil, 1988; Кокорин и др., 2009].

[3] См., например, [Brown, Rusinova, 1997].

[4] См., например, [Fotaki, 2006].

[5] См., например, [Огнева и др., 2010].

[6] См., например, [Карпова, Татарников, 2014].

[7] См.: [Balabanova et al., 2004; Zaidi et al., 2009; Footman et al., 2013].

В нашей стране повышение доступности и качества медицинской помощи для населения неизменно декларируются как важнейшие приоритеты государственной политики в области охраны здоровья. В последние несколько лет государством предпринят комплекс мер, призванных реализовать эти приоритеты. В 2011–2013 гг. во всех субъектах Российской Федерации были осуществлены программы модернизации здравоохранения, включающие масштабное оснащение больниц и поликлиник медицинским оборудованием. Выполнение этих программ должно увеличить доступность для населения диагностических исследований и содействовать росту качества медицинской помощи за счет внедрения новых медицинских технологий. С 2013 г. реализуется государственная программа развития здравоохранения, включающая, помимо новых инвестиций, масштабное расширение профилактических мероприятий, среди которых ведущая роль отдается диспансеризации населения. Повышению доступности медицинской помощи должно также содействовать внедрение новых информационных технологий и прежде всего систем электронной записи пациентов на прием к врачам. С 2013 г. во всех субъектах Российской Федерации выполняются планы мероприятий (дорожные карты), направленные на повышение эффективности здравоохранения, включая реструктуризацию организаций, оказывающих медицинскую помощь, сокращение избыточного коечного фонда и перемещение части объемов медицинской помощи, оказывавшейся в стационарах, на амбулаторный этап, маршрутизацию потоков пациентов, повышение оплаты труда медицинских работников. Эти мероприятия также должны содействовать повышению качества медицинской помощи.

Дают ли эти разнообразные мероприятия реальный эффект? Важными индикаторами их результативности выступают оценки населением происходящих изменений в организации, качестве и доступности медицинской помощи. Выявление таких оценок является целью исследования, выполненного в 2013–2014 гг. в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

Достижение намеченной цели включает решение следующих задач:

1. Определение общей оценки населением состояния системы здравоохранения и возможностей получения качественной медицинской помощи.

2. Анализ доступности бесплатной медицинской помощи и причин получения услуг за плату.

3. Определение сравнительной важности различных составляющих качества медицинской помощи и приоритетов в их улучшении для разных социально-демографических групп населения.

4. Выявление отношения населения к проведению диспансеризации; оценка ее организации и результативности.

5. Выявление отношения населения к внедрению новых информационных технологий записи к врачам.

6. Анализ уровня удовлетворенности населения доступностью и качеством предоставляемой медицинской помощи:

6.1 в разрезе основных видов медицинской помощи: первичной, специализированной (амбулаторной и стационарной), скорой, стоматологической;

6.2 в разрезе основных составляющих качества (квалификация медицинских работников, оснащенность учреждения медицинским оборудованием и др.).

7. Выявление отношения граждан к дилемме проводимой реструктуризации системы оказания медицинской помощи: доступность vs качество.

Как уже отмечалось, исследования этой проблематики в нашей стране нацелены, как правило, на получение обобщающих оценок респондентами доступности и качества медицинской помощи, а также их отдельных их характеристик: отношения медицинского персонала, времени ожидания помощи, ее результативности, материально-технического оснащения медицинских учреждений. Исследований, в которых решался бы комплекс задач, сопоставимый по широте с задачами настоящего исследования, не проводилось.

2. Методология исследования

Источниками информации для решения поставленных задач исследования послужили два социологических опроса населения:

- первый опрос проведен в сентябре 2013 г.[8] в 279 городах и сельских населенных пунктах России, расположенных в 62 субъектах Федерации. Объем выборки составил 3302 респондента, репрезентирующих взрослое население (16 лет и старше) России;

[8] Далее – опрос 2013 г.

• второй опрос проведен в период с 24 сентября 2014 г. по 24 октября 2014 г.[9] Опрос проходил в 294 городах и сельских населенных пунктах России, расположенных в 69 субъектах Федерации. Объем выборки составил 4503 респондента, репрезентирующих взрослое население (16 лет и старше) России.

Оба опроса проведены Левада-Центром по заказу НИУ ВШЭ.

Для анализа полученных данных были привлечены также данные всероссийских опросов Левада-Центра в период с 2005 г. по 2014 г., в которых задавались отдельные вопросы по тематике здравоохранения. Кроме того, использованы результаты Всероссийского опроса населения по вопросам оценки качества и доступности медицинской помощи, проведенного Росздравнадзором в 2008 г. во всех субъектах РФ, в котором приняли участие 39 141 человек[10].

Анализ полученных данных проведен методом их структурного описания по выделенным основным социально-демографическим характеристикам населения (пол, возраст, состав семьи, уровень образования, уровень доходов, место жительства (тип населенного пункта), род занятости), а также методом корреляционного анализа.

3. Общая оценка населением состояния системы здравоохранения

Инструментарий опроса 2014 г. предусматривает получение от респондентов ряда обобщающих оценок работы системы здравоохранения и доступности медицинской помощи. По данным проведенного опроса, в среднем преобладают положительные оценки респондентами изменений в работе больниц и поликлиник, которые произошли в течение года перед опросом: 42% считают, что их работа скорее улучшилась, а 29% – увидели ухудшения. Среди разных возрастных групп чаще всего улучшения отмечает молодежь (49%). Респонденты старше 55 лет, наоборот, реже других говорят об улучшениях в работе медицинских учреждений –

[9] Далее – опрос 2014 г.

[10] Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи. Режим доступа: http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=79106 (дата обращения: 01.04.2010). Далее – опрос 2008 г. Авторы настоящей работы благодарны А.Л. Линденбратену за предоставление результатов анализа данного исследования.

лишь в 35% случаев. Кроме того, об улучшениях чаще высказывались москвичи (50%) и люди с высшим образованием (46%). Таким образом, группы населения, обладающие более значительными экономическими и социальными ресурсами (жители крупных городов, имеющие высокие доходы, более молодые и образованные), в большинстве случаев дают более благоприятные оценки ситуации. Однако принципиальных различий в позициях разных групп населения не наблюдается.

Но заметные различия проявляются в зависимости от опыта обращения за медицинской помощью и от состояния здоровья (табл. 1). Те, кто за последний год имел личный опыт получения медицинских услуг, несколько реже сообщают о положительных изменениях и несколько чаще – об ухудшении работы (32%), чем те, кто не обращался за медицинской помощью в прошлом году (19%). А те, кто болеет часто (имеет хронические заболевания), так и вообще чаще негативно оценивают краткосрочные изменения в работе медицинских учреждений: 41% сообщили о том, что увидели скорее ухудшения, и 35% –говорят об улучшениях в работе.

Таблица 1. Изменения и ожидания в работе больниц и поликлиник, надежды на получение необходимой помощи по группам опрошенных, 2014 г. (% по столбцу)

	В среднем	**Наличие хронических заболеваний**		**Опыт получения услуг медучреждений за прошлый год**	
		есть	**нет**	**есть**	**нет**
	N = 4503	**N = 1726**	**N = 2777**	**N = 3470**	**N = 1033**
Каким образом, на ваш взгляд, изменилась за последний год работа больниц, поликлиник?					
улучшилась (значительно + несколько)	42	35	46	42	42
ухудшилась (значительно + несколько)	29	41	22	32	19
соотношение положительных и отрицательных оценок	1,4	0,9	2,1	1,3	2,2
В какой мере вы согласны или не согласны с тем, что в течение следующих нескольких лет система здравоохранения в России улучшится?					
согласен (полностью + скорее)	48	41	53	47	52

	В среднем	Наличие хронических заболеваний		Опыт получения услуг медучреждений за прошлый год	
		есть	нет	есть	нет
	N = 4503	N = 1726	N = 2777	N = 3470	N = 1033
не согласен (полностью + скорее)	36	44	31	38	30
соотношение согласных и несогласных	1,3	0,9	1,7	1,3	1,7
Можете ли вы, другие члены вашей семьи при необходимости получить сейчас хорошую медицинскую помощь?					
да (определенно + скорее)	47	37	53	46	51
нет (определенно + скорее)	45	56	39	48	36
соотношение согласных и несогласных	1,0		1,4	1,0	1,4

Источник: Данные опроса 2014 г.

Мнения людей о вероятности получения, в случае необходимости, хорошей медицинской помощи разделились примерно поровну между позитивными и негативными ожиданиями. Уверены в возможности получения хорошей медицинской помощи 47% взрослого населения России, а не уверены – 46%. Следует отметить, что доля абсолютно уверенных респондентов очень мала (7%), 40% скорее уверены, что смогут получить качественную медицинскую помощь, 34% скорее не уверены, а 12% и вовсе не питают надежд в отношении отечественной медицины.

Различия в оценках изменений в здравоохранении и в ожиданиях получения качественной медицинской помощи немедленно исчезают, как только задается вопрос о возможной ситуации серьезного заболевания. В такой ситуации большинство во всех без исключения слоях населения начинает осознавать собственную незащищенность и недостаток общественной поддержки. Не менее 80% во всех слоях населения уверены в том, что в случае серьезной болезни им не будет обеспечена бесплатная медицинская помощь в требуемом объеме. И в целом на помощь со стороны общества не стоит рассчитывать, а нужно быть готовым к тому, что они останутся наедине со своими проблемами. Такое понимание ситуации уже демонстрируют одинаково единодушно как люди, на собствен-

ном опыте знакомые с системой здравоохранения, так и те, кто нечасто пользуется ее услугами (табл. 2).

Таблица 2. Представления о возможности получения медицинской помощи по группам опрошенных, 2014 г. (% по столбцу)

	В среднем	**Наличие хронических заболеваний**		**Опыт получения услуг медучреждений за прошлый год**	
		есть	**нет**	**есть**	**нет**
	N = 4503	**N = 1726**	**N = 2777**	**N = 3470**	**N = 1033**
В какой мере вы согласны с мнением, что если в семье кто-либо серьезно заболевает, становится хроническим больным, то на полностью бесплатное лечение в медицинских учреждениях рассчитывать не приходится и это становится тяжелым финансовым бременем для всей семьи?					
согласен (полностью + скорее)	83	86	81	84	80
не согласен (полностью + скорее)	11	10	12	11	12
соотношение согласных и несогласных	7,5	8,6	6,9	7,8	6,8
В какой мере вы согласны или не согласны, что в нашей стране люди с хроническими заболеваниями, требующими постоянной медицинской помощи и лечения, как правило, оказываются наедине со своими жизненными проблемами?					
согласен (полностью + скорее)	79	84	76	80	76
не согласен (полностью + скорее)	14	11	15	13	14
соотношение согласных и несогласных	5,9	7,5	5,1	6,1	5,3

Источник: Данные опроса 2014 г.

В среднем почти две трети взрослого населения страны уверены в том, что профессиональный уровень большинства врачей в России ниже, чем требуется (58%), а врачи больше заботятся о своих доходах, чем о пациентах (60%). Практический опыт общения с врачами снижает уровень доверия к ним, но не слишком значительно (табл. 3). А при оценивании респондентами выраженности у врачей денежного интереса практический опыт получения медицинской помощи не оказывает влияния на эти оценки. Это позволяет предположить, что полученные оценки уровня профессионализма врачей и их мотивации имеют отношение не столько к собственно профессиональным знаниям и действиям врачей, сколько являются оценками уровня доверия российских граждан к медикам.

Таблица 3. Оценки профессионализма и работы врачей по группам опрошенных, 2014 г. (% по столбцу)

	В среднем	**Наличие хронических заболеваний**		**Опыт получения услуг медучреждений за прошлый год**	
		есть	**нет**	**есть**	**нет**
	N = 4503	**N = 1726**	**N = 2777**	**N = 3470**	**N = 1033**
В какой мере вы согласны с утверждением о врачах в России: профессиональный уровень большинства врачей ниже, чем требуется?					
согласен (полностью + скорее)	58	61	56	60	52
не согласен (полностью + скорее)	32	30	34	32	35
соотношение согласных и несогласных	1,8	2,0	1,7	1,9	1,5
В какой мере вы согласны с утверждением о врачах в России: врачи больше заботятся о своих доходах, чем о пациентах?					
согласен (полностью + скорее)	60	62	59	60	58
не согласен (полностью + скорее)	29	27	30	29	28
соотношение согласных и несогласных	2,1	2,3	2,0	2,1	2,1

Источник: Данные опроса 2014 г.

Интересно сопоставить полученные данные с результатами сравнительного межстранового исследования представлений населения о профессионализме и мотивации медицинских работников, проведенного в 2008 г. в рамках «Международной программы социальных исследований» (ISSP) [Караева, 2014]. В отличие от более чем двух десятков других стран, принявших участие в исследовании, примерно две трети населения которых считали профессиональные навыки врачей достаточными, в России превалирует обратное мнение – большинство населения считает, что профессиональные навыки врачей ниже, чем требуется. И с такой оценкой корреспондирует представление большей части респондентов о корыстной мотивации врачей (рис. 1).

Как свидетельствуют данные опроса 2014 г., за прошедшие шесть лет ситуация практически не поменялась: доля российских граждан, согласных с такими оценками медиков, даже немного выросла (табл. 3). Все это свидетельствует о том, что в нашей стране сложился и воспроизводится дефицит доверия населения к медикам. Это отличает Россию от других стран и является, возможно, наиболее серьезным вызовом системе здравоохранения.

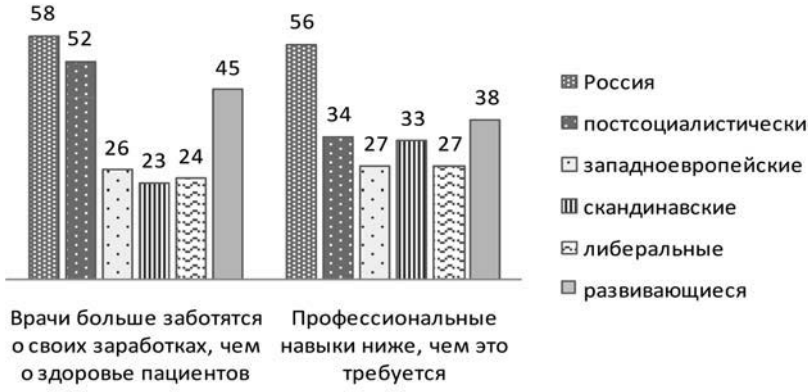

Рис. 1. Международные сопоставления представлений населения о профессионализме и мотивации медицинских работников по данным «Международной программы социальных исследований» (ISSP), 2008 г.

Источник: [Караева, 2014].

4. Оплата медицинской помощи

Проведенное обследование подтвердило, что основная часть российских пациентов получает медицинскую помощь бесплатно (табл. 4). При последнем в пределах 12 месяцев посещении врача 12% пациентов платили за прием. Заметно чаще производится оплата услуг врачей-специалистов (об этом сообщили 20% пациентов), нежели терапевтов (6%). Доминирует официальная форма оплаты и в большей мере при оплате услуг врачей-специалистов: официальные платежи среди посетивших терапевта встречаются вдвое чаще, чем неофициальные, а среди посетивших врачей-специалистов – в 4 раза чаще.

В отличие от врачебных приемов диагностические обследования чаще оплачиваются самими пациентами – это делали 22% пациентов в последнем за прошедшие 12 месяцев случае их проведения. Реже всего приходилось платить за диагностические обследования жителям Москвы (лишь 13% москвичей платили за последнее диагностическое обследование). В основном респонденты оплачивали ультразвуковые исследования (55%)

и томографию (57%). Стоит отметить, что именно в этой сфере медицинской помощи встречается наименьшее количество неофициальных платежей – всего 11% из плативших за обследования производили оплату неформально (табл. 4). Чаще всего неофициально оплачивают диагностические обследования пациенты из сел – 22%; для сравнения, в Москве данный показатель равен 8%. Различий в оплате диагностических обследований среди остальных категорий населения в основном нет.

Таблица 4. Оплата медицинской помощи разных видов во время последнего обращения (% по столбцу)

	Амбулаторная помощь (прием врача)	**Диагностическое обследование**	**Стоматологическая помощь**	**Стационарная помощь**
Платил(а) официально в кассу	9	19	55	9
Платил(а) неформально, в руки	2	2	11	13
Платил(а) официально и неформально	1	1	2	3
Не платил(а)	88	77	31	74
Отказ от ответа	1	1	1	1

Источник: Данные опроса 2014 г.

Сектор стоматологических услуг, как правило, чаще предполагает оказание именно платных услуг, так как большинство из них не входят в перечень бесплатных услуг по ОМС. Две трети респондентов, посетивших стоматолога, платили за оказанные услуги. Чаще всего бесплатную стоматологическую помощь получали люди старше 55 лет (40% из них лечились бесплатно) и люди с низким уровнем образования (43%). Большая же часть пациентов (68%) вынуждена была платить.

Не всегда получение стоматологической помощи в государственном учреждении означает бесплатность услуг – 34% пациентов государственных медицинских учреждений платили за оказанные стоматологические услуги.

Четверть опрошенных пациентов стационаров (25%) несли определенные расходы за получаемую там медицинскую помощь. Почти в половине случаев (47% от лечившихся в стационаре) пациентам больниц

приходилось приобретать за свой счет лекарственные препараты. Для сельских жителей ситуация с лекарственным обеспечением стационаров обстоит несколько хуже – доля таких пациентов достигает 54%.

Рассмотрим причины обращения пациентов к платным медицинским услугам в государственных и муниципальных медицинских организациях. Эти причины можно объединить в три группы. Первую группу составляет одна, ведущая причина для всех видов медицинской помощи – отсутствие возможности получить требуемые услуги бесплатно (рис. 2). На нее указали более половины пациентов, плативших за стоматологическую помощь и за диагностические обследования, около половины плативших за прием у врача и треть плативших за стационарную помощь. Этот результат свидетельствует о наличии принципиальных изъянов в системе бесплатного оказания медицинской помощи населению: для части пациентов востребованные ими медицинские услуги не предоставляются бесплатно.

Вторую группу составляют причины, связанные с существующими барьерами доступа к нужным услугам: «иначе было трудно или невозможно попасть в это медицинское учреждение», «иначе было трудно или невозможно попасть к тому врачу, которого рекомендовали». На эти две причины приходится от 16% указаний респондентов в случае прохождения диагностических обследований до 33% в случае стационарной помощи. Эта группа причин также характеризует изъяны бесплатного здравоохранения: встроенность в его тело институтов оплаты доступа к ограниченным ресурсам, которые в принципе должны предоставляться бесплатно.

Третью группу образуют причины, связанные с желанием пациентов получить быстрее нужные услуги, добиться большего внимания к себе со стороны медиков и отблагодарить их за проведенное лечение. На эту группу приходится от 30% ответов респондентов (стоматологическая помощь) до 53% (стационарная помощь). Эта группа причин объясняет оплату лечения как инструмент влияния потребителей на качество оказываемых им услуг. Она упоминается респондентами чаще второй группы, но реже, чем первая причина, за исключением стационарной помощи.

Высокая доля респондентов, отметивших причины, относящиеся к третьей группе, свидетельствует, что существенная часть практик оплаты медицинской помощи не является вынужденной для пациентов, а от-

Рис. 2. Причины оплаты медицинской помощи (распределение ответов респондентов, получавших медицинскую помощь в государственных муниципальных учреждениях, о причинах, %, по видам помощи), 2014 г.

Источник: Данные опроса 2014 г.

ражает их платежеспособный спрос на услуги более высокого качества.

Применительно к стационарному лечению первая из отмеченных причин оплаты медицинской помощи – отсутствие бесплатного предоставления требуемых услуг – упоминается реже, чем третья группа причин. Это означает, что бесплатное оказание необходимой медицинской помощи более последовательно декларируется применительно к стационарному лечению. Здесь реже встречаются ситуации, когда требуемая помощь может быть оказана только как платная услуга. Но, как было показано ранее, распространенность практик оплаты лечения выше как раз при оказании стационарной помощи.

В остальных секторах медицинской помощи первая группа причин доминирует, и можно предположить, что там платное медицинское обслуживание чаще, по сравнению с сектором стационарной помощи, занимает целиком некоторые ниши в спектре оказываемых пациентам услуг.

5. Сравнительная важность для населения разных составляющих качества медицинской помощи

Все предлагаемые ответы на вопрос респондентам о важности различных составляющих качества медицинской помощи можно сгруппировать в три основных критерия оценки качества: 1) уровень профессионализма медиков; 2) оснащенность медицинских учреждений; 3) своевременность оказания медицинской помощи.

К обобщенному критерию «профессионализм» будем относить ответ респондентов на вопрос об удовлетворенности результатами лечения и ответ о внимательном отношении персонала. Вполне рациональным является предположение, что именно в указании на положительные результаты лечения содержится оценка квалификации людей, оказывающих медицинскую помощь. В совокупности три четверти респондентов (74% в 2014 г.) выбрали хотя бы один из этих ответов.

Второй критерий, «оснащенность» (наличие современного оборудования и санитарно-гигиенические условия), в среднем оказался значимым для заметно меньшего числа людей – 47%.

Примерно столь же велика группа тех, кто выбрал ответы, характеризующие своевременность оказания медицинской помощи (отсутствие длительного ожидания, близость расположения медучреждений) – 49%.

Данные опросов 2013 г. и 2014 г. показывают, что оценки респондентами сравнительной важности различных составляющих качества медицинской помощи носят очень устойчивый характер: эти представления людей не меняются в зависимости от их общественного положения, опыта получения медицинских услуг, состояния здоровья (табл. 5) и практически не изменились в течение года между проведением двух опросов (рис. 3). Различия в оценках для социально-демографических групп практически отсутствуют.

Оценки населением приоритетности направлений улучшения качества медицинской помощи в целом соотносятся с тем, что респонденты понимают под качеством медицинской помощи (табл. 6). Половина россиян хотят видеть более добросовестное отношение врачей к своей работе. Вторыми по значимости оказались ожидания россиян в сфере оснащенности лечебных учреждений и бригад скорой помощи и улучшении их лекарственного обеспечения. Запрос на эти направления модернизации формулируют около трети россиян (36% и 37%). Запрос на умень-

шение времени ожидания приема в амбулаторно-поликлиническом учреждении есть у 28% россиян.

Таблица 5. Представления о критериях качества медицинских услуг и направления его совершенствования (% по столбцу)

	В среднем	**Наличие хронических заболеваний**		**Опыт получения услуг медучреждений за прошлый год**	
		есть	**нет**	**есть**	**нет**
	N = 4503	**N = 1726**	**N = 2777**	**N = 3470**	**N = 1033**
Что вы связываете с понятием качества медицинской помощи?					
положительные результаты лечения/улучшение состояния здоровья	61	61	61	62	60
наличие современного медицинского оборудования	45	42	47	44	46
своевременность оказания медицинской помощи или отсутствие длительного ожидания при получении медицинской помощи	42	43	41	42	40
внимательное отношение медицинского персонала	20	23	18	21	16
близость расположения медицинских учреждений	10	10	10	10	10
санитарно-гигиенические условия медицинских учреждений	3	3	4	3	3
По каким направлениям требуется улучшение качества медицинской помощи?					
более добросовестное отношение медицинского персонала к своим обязанностям	46	45	47	45	47
улучшение лекарственного обеспечения в больницах	39	42	37	40	36
улучшение оснащенности лечебно-профилактических учреждений и бригад скорой медицинской помощи	35	33	36	35	34
сокращение времени ожидания приема врачей-специалистов в амбулаторно-поликлиническом учреждении	27	25	27	27	24
более внимательное отношение медицинского персонала к пациентам	16	17	15	17	12

	В среднем	Наличие хронических заболеваний		Опыт получения услуг медучреждений за прошлый год	
		есть	нет	есть	нет
	N = 4503	N = 1726	N = 2777	N = 3470	N = 1033
сокращение времени ожидания госпитализации	7	7	7	7	8
сокращение времени ожидания бригады скорой медицинской помощи	7	5	8	7	7
улучшение санитарно-гигиенических условий в лечебно-профилактических учреждениях	3	3	3	3	3

Источник: Данные опроса 2014 г.

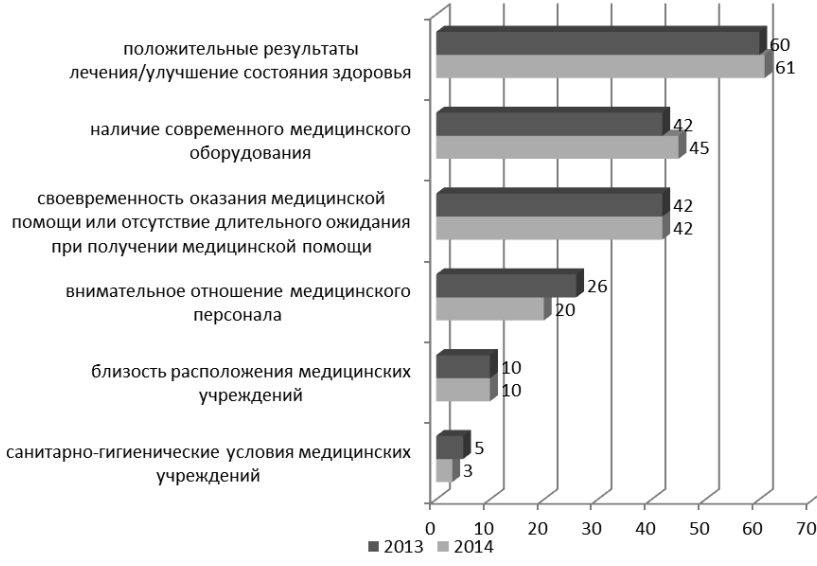

Рис. 3. Важность различных составляющих качества медицинской помощи для населения (% от числа респондентов)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

Сопоставление оценок респондентами приоритетности различных направлений улучшения качества медицинской помощи показывает, что их сравнительная важность за год практически не изменилась (рис. 4).

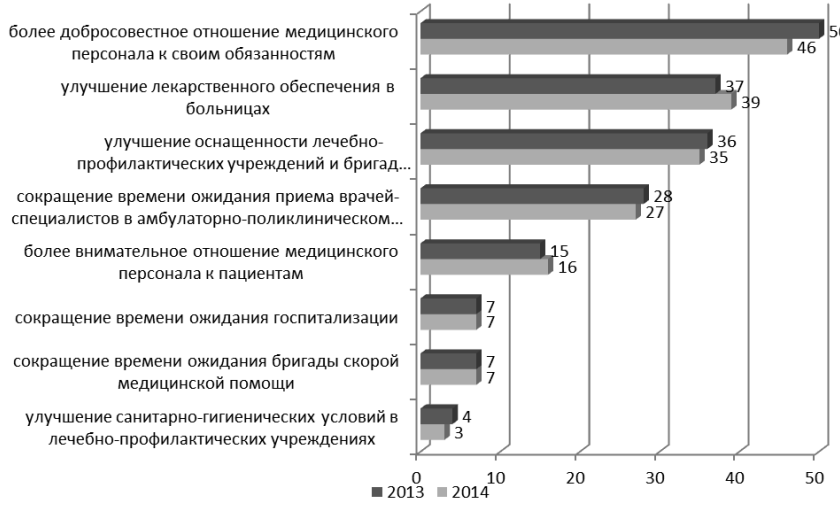

Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос: «По каким направлениям требуется, прежде всего, улучшение качества медицинской помощи?»

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

Различия во взглядах респондентов из разных типов населенных пунктов невелики. Несколько чаще остальных об улучшении медикаментозного обеспечения говорят жители сел (44% против 39% в среднем). Улучшение оснащения медицинских учреждений (41% против 36% в среднем) и сокращение времени ожидания приема при получении амбулаторной помощи (34% против 28% в среднем) наиболее важны для жителей Москвы и Санкт-Петербурга. Для всех остальных социально-демографических групп ожидания по улучшению качества медицинской помощи являются сходными и практически не отличаются от ожиданий в 2013 г.

Направления улучшения качества, так же как и его критерии, можно объединить в три группы.

К первой группе – «профессионализму» – относятся ответы о более добросовестном отношении медиков к выполнению своих обязанностей

и о более внимательном отношении к пациентам. Хотя бы один из этих ответов упомянули более половины респондентов (56%).

Вторая группа – «оснащенность медицинских учреждений» – включает высказывания об улучшении лекарственного обеспечения, оснащенности и санитарно-гигиенических условий лечебно-профилактических учреждений. Что-либо из перечисленного назвали почти две трети респондентов (64%).

Третья группа – «своевременность оказания медицинской помощи» – объединяет указания на необходимость сокращения времени ожидания приема врача, приезда скорой помощи, госпитализации. Эти направления упоминались реже всего – в среднем 37% респондентов.

Анализ распределения ответов респондентов по направлениям улучшения качества и по критериям его оценки (табл. 6) заставляет сделать следующий вывод: объективные трудности оценки качества медицинской помощи пациентами, особенно в условиях дефицита доверия граждан к системе здравоохранения, приводят к тому, что при ответе на вопрос о составных компонентах этого качества, внимание респондентов явным образом смещается в сторону легче измеряемых параметров. Когда речь заходит о первоочередных улучшениях, даже среди тех, кто указал профессионализм как важный критерий качества медицинской помощи, больше внимание начинает уделяться проблемам оснащения медучреждений оборудованием и медикаментами. Такой ответ дают 65% против 62% тех, кто продолжает настаивать на том, что нужно в первую очередь повышать добросовестность, внимательность и прочие профессиональные качества медицинских работников.

Таблица 6. Представления о приоритетных направлениях улучшения качества медицинской помощи в зависимости от выбранного критерия качества (% по столбцу)

Направления улучшения качества:	**профессионализм**	**оснащенность**	**своевременность**	**в среднем**
Критерии качества:	N = 3344	N = 2130	N = 2221	N = 4503
профессионализм	62	54	55	56
оснащенность	65	76	64	64
своевременность	37	34	46	37

Источник: Данные опроса 2014 г.

Несмотря на то, что своевременность медицинской помощи довольно часто упоминается населением в качестве критерия оценки качества, проблема своевременности является менее настоятельной в ряду направлений необходимых улучшений. Задачи совершенствования оснащенности медучреждений выходят на первый план также и среди тех, кто упомянул проблему территориальной и временной доступности.

6. Диспансеризация: отношение граждан и опыт ее прохождения

Диспансеризация является ключевым направлением проводимой в настоящее время государством политики расширения профилактики заболеваний. С необходимостью прохождения диспансеризации согласны 85% взрослого населения страны; в 2014 г. этот показатель возрос по сравнению с 2013 г. на 4 п.п. Согласно опросу осенью 2014 г., за прошедшие 12 месяцев диспансеризацию прошли 26% респондентов, и это несколько выше, чем официальные данные, согласно которым в 2014 г. диспансеризацию прошли 22,4 млн человек взрослого населения, или 18,8% [Минздрав России, 2015, с. 28]. Результаты опроса свидетельствуют в пользу достоверности официальных данных о масштабах охвата населения диспансеризацией. Очевидно также, что часть респондентов, указавших, что они прошли диспансеризацию, в реальности проходили другое по формату медицинское обследование. Это мог быть профосмотр, который обязаны проходить работники определенных профессий, обследование при обращении в страховую медицинскую организацию за полисом добровольного медицинского страхования и т.п.

Опыт прохождения диспансеризации отсутствует у четверти населения, большинство из них составляют молодые люди младше 24 лет. Особых различий в распространенности прохождения диспансеризации среди разных социально-демографическим групп не наблюдается, эти профилактические осмотры равномерно охватывают все слои населения (табл. 7).

Данные опроса свидетельствуют, что круг врачей, осматривающих граждан, проходящих диспансеризацию, на практике неодинаков. Чаще всего при прохождении диспансеризации респонденты посещали терапевта (92%), несколько реже, но также в большинстве случаев, хирурга (68%), офтальмолога (69%), невролога (68%) и уролога/гинеколога (64%).

Таблица 7. Частота прохождения диспансеризация среди разных возрастных групп (% от опрошенных)

	Молодежь (16–24 года)		Средний (25–39 года)		Предпен-сионный (40–54 года)		Пенсионный (55 лет и старше)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
	N = 487	N = 709	N = 937	N = 1258	N = 856	N = 1179	N = 1022	N = 1357
Менее года назад	31	30	25	23	25	25	29	26
От 1 года до 2 лет назад	20	15	20	15	21	19	15	16
От 2 до 3 лет назад	7	6	7	8	9	6	6	5
Более 3 лет назад	8	7	15	12	16	14	16	14
Никогда не проходили	26	33	22	28	17	22	19	24
Не помните, когда проходили	9	9	11	14	12	14	16	14

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

Стоит отметить, круг врачей, которых посещают граждане при прохождении диспансеризации, мало различается для жителей разных типов населенных пунктов (рис. 5). Единственное заметное отличие от среднего показателя по стране наблюдается в Москве и Санкт-Петербурге, где люди заметно чаще посещали хирурга (78%) и офтальмолога (85%), чем жители других городов. Выявленные различия можно объяснить введенным с 2013 г. порядком проведения диспансеризации, который предусматривает осмотр лиц, проходящих диспансеризацию, не всем составом врачей – узких специалистов, как это было ранее, а выборочно врачами-специалистами в соответствии с наличием для этого медицинских показаний [Минздрав России, 2012]. Вместе с тем нельзя исключить и наличия практик прохождения во время диспансеризации осмотров у тех врачей, которые есть в наличии в данном медицинском учреждении.

По данным опроса 2014 г., в результате прохождения последней диспансеризации 35% респондентов были признаны полностью здоровыми, 36% получили рекомендации по поддержанию, корректировке здоровья, но при этом были признаны практически здоровыми. Немногим более четверти респондентов (28%) был поставлен диагноз заболевания и были даны рекомендации по его лечению. Практически такое же распределе-

ние результатов прохождения диспансеризации было получено в опросе 2013г.

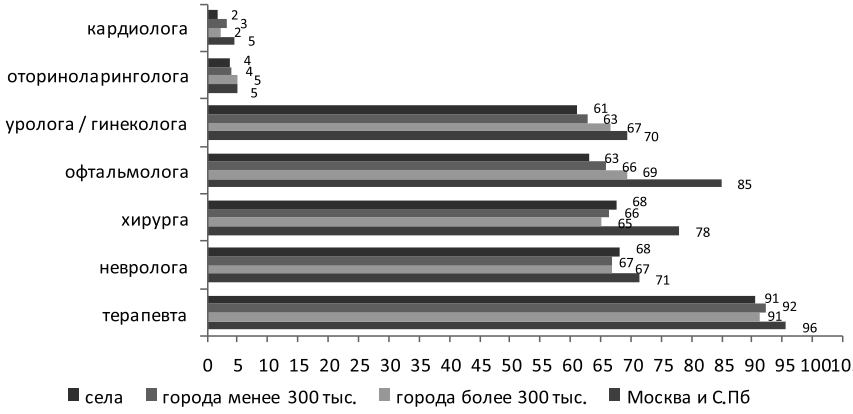

Рис. 5. Прохождение врачей-специалистов жителями разных типов населенных пунктов при диспансеризации (в % от прошедших диспансеризацию)

Источник: Опрос 2014 г.

Интересно сопоставить эти данные с итогами диспансеризации 2014 г., объявленными Минздравом России (табл. 8). Согласно официальным данным, по итогам диспансеризации в 2014 г. у 46% граждан выявлены заболевания, требующие динамического наблюдения [Минздрав России, 2015, с. 28]. Между тем, по данным опроса 2014 г., диагноз заболевания был поставлен 28% граждан, проходивших диспансеризацию. Как видно, расхождение между официальными заявлениями и данными опросов составляет 18 п.п. Сравнивая эти результаты, нужно принять во внимание, что в опросе доля указавших на прохождение диспансеризации была выше, чем официальные данные – 25,7% и 18,8% соответственно. Согласно опросу, диагноз заболевания был поставлен 7,2% от общего числа респондентов (25,7 × 0,28). По данным Минздрава России, доля лиц с выявленными в результате прохождения диспансеризации заболеваниями, требующими наблюдения, составила 8,6% взрослого населения. Даже если предположить, что среди тех респондентов, которые проходили комплексное обследование в другом формате, отличном от диспансеризации, не было лиц с вновь выявленными заболеваниями, то даже

и в этом мало реалистичном случае официальные данные о числе лиц с заболеваниями, требующими наблюдения врача, оказываются несколько завышенными по сравнению с оценками, полученными в опросе.

Таблица 8. Результаты диспансеризации населения, 2013–2014 гг.

Данные Минздрава России о распределении лиц, прошедших диспансеризацию в 2014 г., по группам здоровья, %		**Результаты прохождения последней диспансеризации по данным опросов (% от ответивших)**		
			2013 N = 2213	**2014 N = 2724**
I группа здоровья (низкий и умеренный риск смерти)	33	Признали полностью здоровым (ой)	35	33
II группа здоровья (высокий и очень высокий риск смерти без доказанных заболеваний)	21	Признали практически здоровым (ой), но дали некоторые рекомендации по поддержанию, корректировке здоровья	36	36
III группа здоровья (с заболеваниями, требующими динамического наблюдения)	46	Поставили диагноз заболевания и дали рекомендации по амбулаторному лечению	22	22
		Поставили диагноз заболевания и рекомендовали стационарное лечение	6	6
		Другое	2	3

Источники: Данные Минздрава России[11], данные опросов 2013 г. и 2014 г.

7. Удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи

7.1. Амбулаторная помощь

7.1.1. Обращаемость за амбулаторной помощью и ее территориальная доступность

За прошедший год каждый второй житель страны обращался за амбулаторной помощью. Среди обращавшихся за амбулаторной помощью 92% респондентов получили данные услуги в государственной (муни-

[11] См.: [Минздрав России, 2015, с. 28].

ципальной) медицинской организации, 2% – в ведомственной и 6% – в частной (рис. 6).

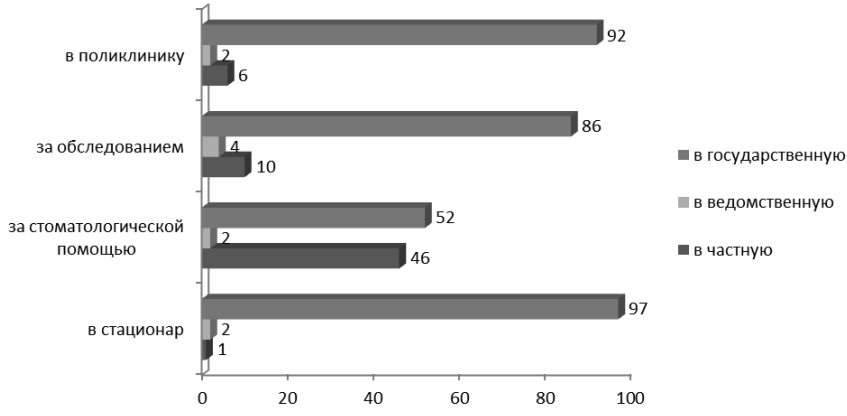

Рис. 6. Доля лиц, обращавшихся в медицинские организации разной формы собственности, при последнем обращении за медицинской помощью, %

Источник: Данные опроса 2014 г.

Больше чем в половине случаев (58%) респонденты обращались в поликлиники, находящиеся в пешеходной доступности от места проживания. Большинство респондентов, не имеющих поликлинические учреждения в пешей доступности, могут добраться до них транспортом, и у 31% респондентов это занимает не более 30 мин. Чаще всего такая отдаленность поликлиник наблюдается в малых городах с населением менее 300 тыс. человек. Наибольшие трудности с территориальной доступностью медицинских учреждений возникают у сельских жителей: 47% из них имеют амбулаторное учреждение в пешей доступности, в то время как каждый четвертый сельский житель добирается транспортом в течение 30 минут, а каждый пятый вынужден добираться около часа.

Большинство респондентов, обращавшихся за амбулаторной помощью, во время последнего обращения посещали врача-терапевта (58%), при этом 80% пациентов удовлетворены расписанием его работы. С удовлетворенностью работой врачей-специалистов ситуация обстоит чуть менее благоприятно: из 42% обращавшихся за помощью к врачу-специалисту удобством его графика остались удовлетворены 70% респондентов.

7.1.2. Организация приема пациентов – предварительная запись

В России прием пациентов по предварительной записи осуществляется лишь в половине случаев, чаще при посещении специалиста (55%), нежели терапевта (46%) (рис. 7, 8). Наибольшие различия в распространенности предварительной записи можно проследить в зависимости от типа населенного пункта. Бо́льшая часть респондентов, посещавших врача по предварительной записи, проживает в Москве и Санкт-Петербурге, однако именно в этих городах их доля с 2013 г. несколько сократилась.

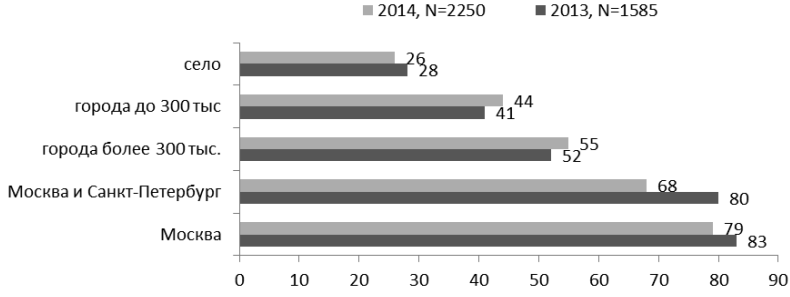

Рис. 7. Распространенность предварительной записи на прием к терапевту в поликлинике по типу населенного пункта (% от числа пользовавшихся амбулаторными услугами)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

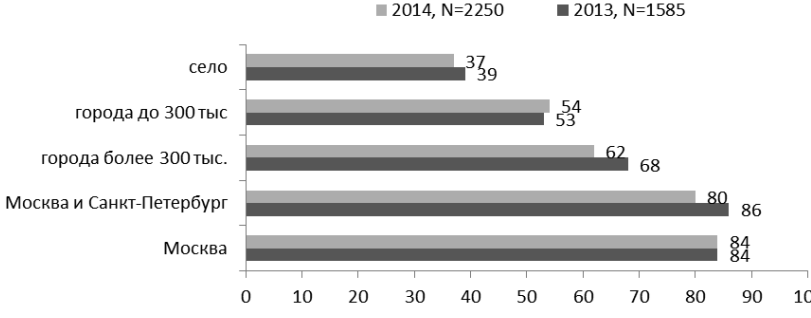

Рис. 8. Распространенность предварительной записи на прием к специалисту в поликлинике по типу населенного пункта (% от числа пользовавшихся амбулаторными услугами)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

Различия по социально-демографическим признакам здесь выражены слабо. Но существенно заметны различия лишь по уровню образования: люди с более высоким уровнем образования чаще предварительно записываются на прием.

Приема врача-специалиста приходится ждать несколько дольше, чем приема терапевта. Однако за прошедший год возросла и загруженность врачей-терапевтов, доля респондентов, сумевших попасть к терапевту в тот же день, сократилась на 6 п.п. по сравнению с 2013 г., так же как и доля тех, кто посетил терапевта в течение 1–3 дней (табл. 9). В селах чаще предварительная запись реализуется за 3 дня и меньше, и попрежнему быстрее населению удается попасть к терапевту, нежели к специалисту.

Таблица 9. Продолжительность ожидания приема по предварительной записи (% по столбцу)

	Терапевт		**Специалист**	
	2013 г.	**2014 г.**	**2013 г.**	**2014 г.**
	N = 890	**N = 1301**	**N = 660**	**N = 948**
1–3 дня	60	54	42	44
4–6 дней	12	19	14	18
7–10 дней	9	11	24	18
11 дней и более	3	5	10	15
Прием в тот же день	16	10	10	6

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

7.1.3. Организация приема пациентов – электронная запись

Относительно недавно появившееся нововведение в поликлинических учреждениях – электронная запись – уже успело получить практически повсеместное распространение (рис. 9). За последний год количество респондентов, сообщивших о наличии электронной записи в поликлинике, которую они посещали, возросло на 7 п.п. по сравнению с прошлым годом и составило 47%. Наибольшее распространение подобная практика, как и следовало ожидать, имеет в мегаполисах: в Москве и Санкт-Петербурге она достигает 90%, а в сельской местности об обеспечении поликлиник системой электронной записи сообщили менее трети респондентов. Чаще всего к системе электронной записи обращаются

жители крупных городов, лишь 5% жителей Москвы и Санкт-Петербурга не обращались к данной системе, в то время как среди малых городов и сел этого не делала пятая часть населения.

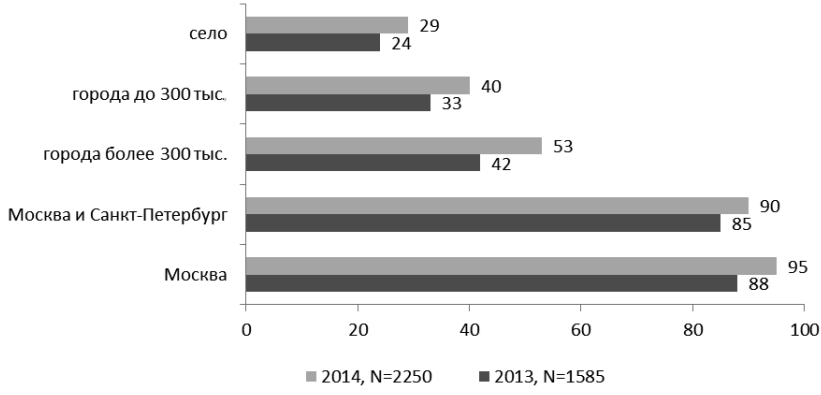

Рис. 9. Доля ответов о наличии электронной системы записи к врачам по типам населенных пунктов (% от числа пользовавшихся амбулаторными услугами)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

Заметны различия в обращаемости к системе электронной записи среди разных возрастных групп: среди молодежи (16–24 года) такого опыта в 2014 г. не имели лишь 10%, а среди лиц пенсионного возраста – 22%.

Большинство среди пользовавшихся системой электронной записи к врачам (60%) отмечают ее удобство. В первую очередь она удобна молодым людям, это отмечают 70% молодежи, и менее удобна респондентам пожилого возраста, но и в этой группе доля удовлетворенных этой системой составляет более половины (56%) среди пользовавшихся ею.

Удовлетворенность системой электронной записи практически не зависит от уровня образования: ее удобство отмечают 59% среди пользовавшихся ею респондентов с высшим образованием и 58% людей с образованием ниже среднего

Полученные данные свидетельствуют о том, что б*о*льшая часть населения принимает новую систему записи. Вместе в тем доля респондентов, недовольных ее работой, значительна – 38% среди пользовавшихся ею. Основной причиной неудовлетворенности работой электрон-

ной записи является трудность доступа к желаемым врачам (отсутствие талонов для записи к нужному врачу). Это отметили 60% респондентов, сообщивших о неудовлетворенности ее работой. Вместе с тем есть признаки улучшения ситуации: в 2013 г. доля таких ответов составляла 66%. Второе место по распространенности занимает проблема технических сбоев, ее отмечают 29% респондентов в среднем по стране. Особенно остро данное неудобство воспринимают молодые люди (35%) и жители крупных городов (42%), возможно, потому что именно для них экономия времени представляет большую ценность. Всего лишь 20% респондентов, не удовлетворенных системой электронной записи, указали, что она сложна для понимания.

7.1.4. Оценки удовлетворенности амбулаторной помощью

В целом большинство опрошенных остались удовлетворены качеством оказания амбулаторной помощи. Но оценки различных составляющих этого качества разные. Результатами медицинского обслуживания в целом были удовлетворены 78% пациентов, удовлетворенность отношением врача, среднего и младшего медицинского персонала составляет 82%. Наибольшей величины достигает удовлетворенность санитарно-гигиеническими условиями поликлинического учреждения – 88%.

Сравнение приведенных данных опроса 2014 г. с данными опроса 2013 г. и с данными опроса Росздравнадзора в 2008 г. (рис. 10) показывает сохранение в 2014 г. обозначившихся тенденций медленного снижения удовлетворенности результатом медицинского обслуживания в целом и удовлетворенности отношением врачей. Оценки удовлетворенности отношением среднего и младшего медицинского персонала за год не изменились, а вот оценки удовлетворенности санитарно-гигиеническими условиями выросли на 8 п.п.

Для большинства пациентов получение амбулаторной помощи сразу привело к видимому результату, однако доля таких респондентов снизилась на 8 п.п. по сравнению с предыдущим годом. Также большая доля людей (41%) отмечает сам факт оказания помощи, но, к сожалению, видимого улучшения здоровья они не заметили, причем за прошедший год их количество возросло на 9 п.п.

Несмотря на превалирующую удовлетворенность оказанием амбулаторных услуг, следует отметить, что при более детальном рассмотре-

нии результатов оказания медицинской помощи, оценки пациентами ее качества несколько снизились (рис. 11). Повторно обратиться за медицинской помощью в ту же поликлинику выразили желание 68% респондентов.

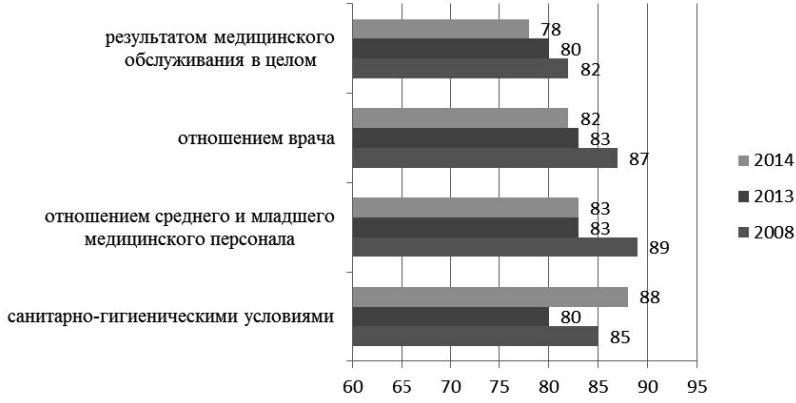

Рис. 10. Доля пациентов, удовлетворенных качеством амбулаторной помощи в 2008–2014 гг. (% от числа получавших амбулаторную помощь)

Источник: Данные опросов 2008, 2013 и 2014 г.

Рис. 11. Результаты получения амбулаторной медицинской помощи (% от числа пользовавшихся амбулаторными услугами)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

7.2. Диагностические обследования

7.2.1. Обращаемость за диагностическими исследованиями и их территориальная доступность

За 12 месяцев, предшествующих опросу 2014 г., больше половины взрослого населения России (55%) проходили те или иные диагностические обследования. Почти в половине случаев (44%) респонденты обращались в медицинское учреждение, чтобы сдать различные анализы, 28% делали рентген или флюорографию, каждый десятый опрошенный проходил ультразвуковое обследование либо электрокардиографию. Остальные виды диагностических обследований встречались значительно реже.

Структура проводимых обследований мало различается для жителей населенных пунктов разных типов. Можно отметить лишь, что в Москве и Санкт-Петербурге немного выше доля проведения анализов (48%) и снятия кардиограмм (13%) и ниже доля рентгена или флюорографии (24%) и ультразвуковых исследований (5%).

В большинстве случаев пациенты проходили диагностическое обследование в том же медицинском учреждении, где врач выписал им направление (68%), каждый пятый респондент прошел диагностическое обследование в другой поликлинике, и 12% опрошенных обращались за диагностическим обследованием без направления от врача, по своей инициативе.

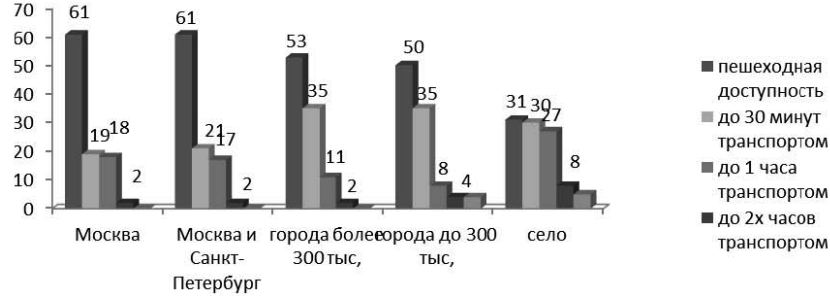

Рис. 12. Территориальная доступность медицинских учреждений, предоставляющих диагностические обследования, по типам населенных пунктов (распределение пациентов по времени достижения, % N = 2468 чел.)

Источник: Данные опроса 2014 г.

В половине случаев необходимое медицинское учреждение находилось в пешеходной доступности для респондента. Чаще всего пешком добраться до него удавалось жителям Москвы и Санкт-Петербурга (61%), значительно реже сельским жителям – лишь в каждом третьем случае (рис. 12). В целом стоит отметить, что территориальная доступность диагностических обследований для жителей сел находится на довольно низком уровне: сельским жителям чаще других приходилось около часа транспортом добираться до медицинского учреждения, где они могли пройти диагностическое обследование (27% случаев). Для сравнения, в Москве около часа транспортом пришлось добираться каждому четвертому респонденту (18%), самый низкий показатель зафиксирован в малых городах (8%).

7.2.2. Организация приема пациентов – предварительная запись

Предварительная запись на прохождение диагностического медицинского обследования использовалась немногим более чем в трети случаев – об этом сообщили 35% пациентов. Чаще всего по предварительной записи пациенты проходят ультразвуковые исследования (61%), компьютерную и магнитно-резонансную томографию (63%) и различные обследования желудочно-кишечного тракта (87%). Реже всего предварительная запись распространена на рентген и флюорографию.

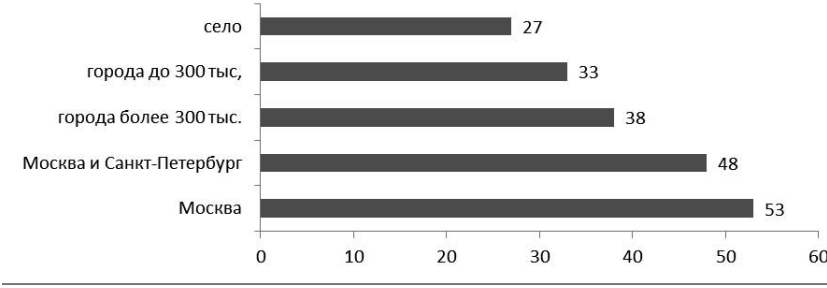

Рис. 13. Распространенность предварительной записи на диагностическое обследование по типу населенного пункта (% от числа проходивших диагностическое обследование, N = 2468 чел.)

Источник: Данные опроса 2014 г.

Распространенность предварительной записи заметно меняется в зависимости от типа населенного пункта: в Москве диагностическое обследование по предварительной записи проходит каждый второй пациент (53%), с уменьшением размера населенного пункта меняется и широта распространения предварительной записи, достигая в селах лишь 27% (рис. 13).

В большинстве случаев для прохождения диагностического обследования респондентам пришлось ожидать не более трех дней (57%), 15% опрошенных смогли пройти диагностическое обследование в течение 4–6 дней и 7–10 дней, пройти диагностическое обследование в тот же день удалось лишь 9% респондентов (рис. 14).

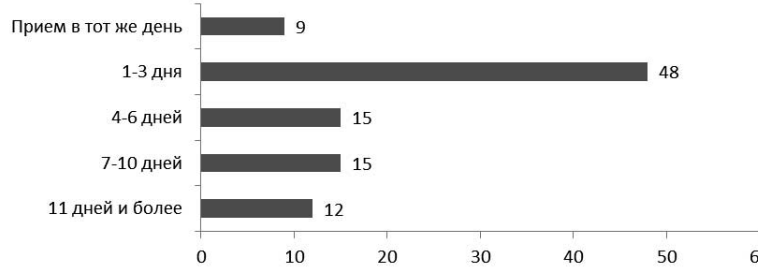

Рис. 14. Продолжительность ожидания приема по предварительной записи (% от числа проходивших диагностическое обследование, N = 2468 чел.)

Источник: Данные опроса 2014 г.

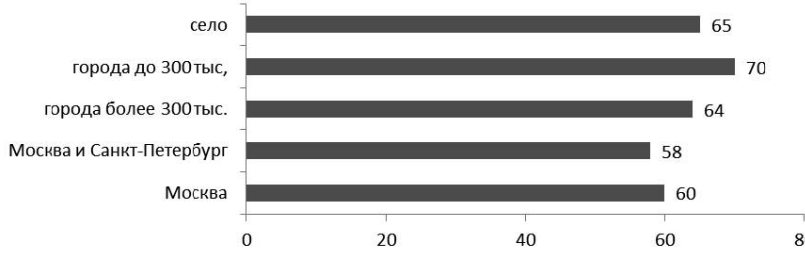

Рис. 15. Доля проходивших обследование по предварительной записи в срок до трех дней по типу населенного пункта (% от числа проходивших диагностическое обследование, N = 2468 чел.)

Источник: Данные опроса 2014 г.

Быстрее пройти диагностическое обследование удается жителям малых городов, больше времени на ожидание тратят жители крупных городов. Так, в Москве в срок до 3 дней пройти диагностическое обследование смогли 60% опрошенных, а в малых городах – 70% (рис. 15).

7.2.3. Удовлетворенность результатами прохождения диагностического обследования

По данным опроса 2014 г. выявлена высокая степень удовлетворенности диагностическими обследованиями: 9 из 10 опрошенных остались довольны их результатом, отношением к ним медицинского персонала и санитарно-гигиеническими условиями проведения (рис. 16). Важно отметить, что такие высокие показатели удовлетворенности наблюдаются среди всех групп населения. Повторно обратиться в то же медицинское учреждение готовы 78% респондентов.

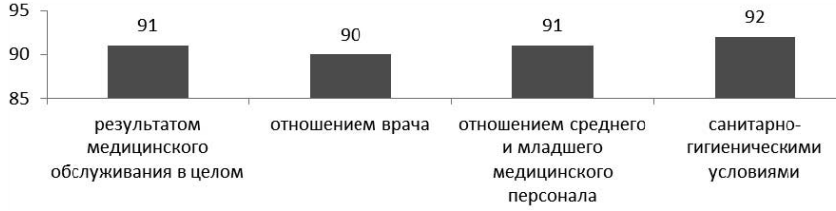

Рис. 16. Удовлетворенность проведением диагностического обследования (% от числа проходивших диагностическое обследование, N = 2468 чел.)

Источник: Данные опроса 2014 г.

7.3. Стоматологическая помощь

Обращаемость за стоматологическими услугами среди респондентов за последние 12 месяцев составила 34%. Среди обращавшихся за стоматологической помощью 52% респондентов получили данные услуги в государственной (муниципальной) медицинской организации, 2% – в ведомственной и 46% – в частной (рис. 6).

Пациентами частных стоматологических клиник чаще становятся категории респондентов в возрасте 25–39 лет (53%), люди с высшим образованием (72%) и жители крупных городов (50%). Обращаемость в частные клиники зависит и от материального положения респондента: люди с хорошим материальным достатком в большинстве случаев пред-

почитают обращаться в частные стоматологические поликлиники (две трети опрошенных в наиболее обеспеченной группе).

Территориальная доступность стоматологических учреждений довольно высока. Большинству опрошенных требуется не более получаса, чтобы добраться до стоматологической поликлиники. Большинство респондентов (91%) удовлетворены удобством работы врача-стоматолога.

Удовлетворенность результатами стоматологической помощи является весьма высокой – 93% (полностью удовлетворены оказанной помощью 49%, а 44% скорее удовлетворены), причем всеми компонентами стоматологического обслуживания. Оценки, данные в 2014 г., практически не отличаются от оценок 2013 г. (рис. 17). Не наблюдается также различий в этих оценках между основными социально-демографическими группами.

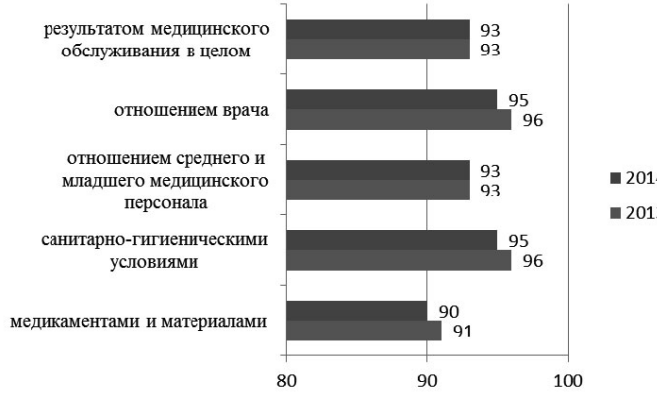

Рис. 17. Удовлетворенность качеством стоматологической помощи (% от числа получавших стоматологическую помощь)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

Готовность обратиться в то же стоматологическое учреждение выразили 9 из 10 опрошенных. Оценивая результативность проведенного лечения, 88% пациентов отмечают, что оказанная помощь сразу привела к видимому результату, и лишь 7% респондентов не заметили существенного улучшения (рис. 18). Осложнения возникли лишь у 3% опрошенных. Разница в оценках результатов стоматологической помощи по сравнению с опросом 2013 г. практически отсутствует.

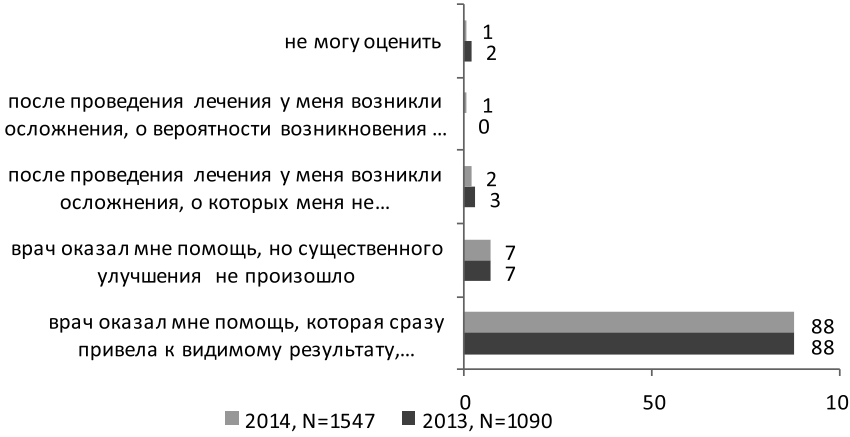

Рис. 18. Результаты получения стоматологической помощи (% от числа пользовавшихся стоматологическими услугами)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

7.4. Скорая медицинская помощь

Четверти взрослого населения приходилось обращаться к услугам скорой медицинской помощи в течение 12 месяцев до проведения опроса. Чаще скорую помощь вызывают люди пенсионного возраста (рис. 19). Люди с низкими доходами также обращались за скорой помощью чаще (38%) остальных категорий респондентов.

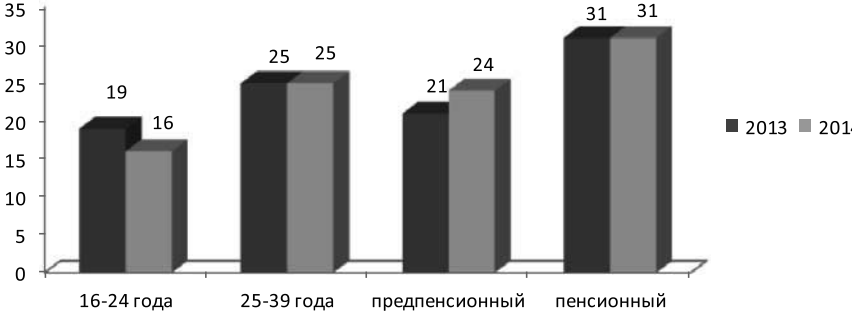

Рис. 19. Распространенность обращений к скорой помощи среди разных возрастных групп (% от числа опрошенных)

Источник: Данные опросов 2013 г. и 2014 г.

Распространенность вызовов скорой помощи не сильно различается у жителей разных типов населенных пунктов.

У пятой части респондентов, вызывавших скорую помощь, возникали проблемы с этим вызовом. Чаще они были у молодежи и у жителей больших городов, кроме столиц, реже всего – у жителей Москвы и Санкт-Петербурга (рис. 20, 21).

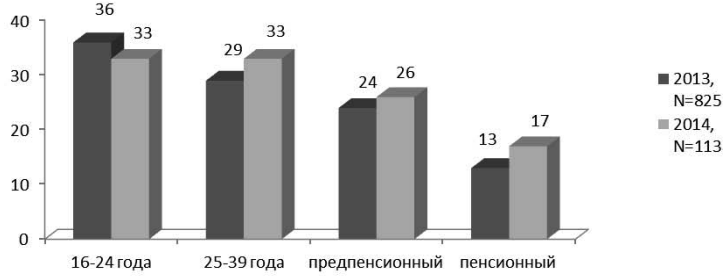

Рис. 20. Доля проблемных вызовов скорой помощи в зависимости от возраста (% от числа вызывавших)

Источник: Опросы 2013 г. и 2014 г.

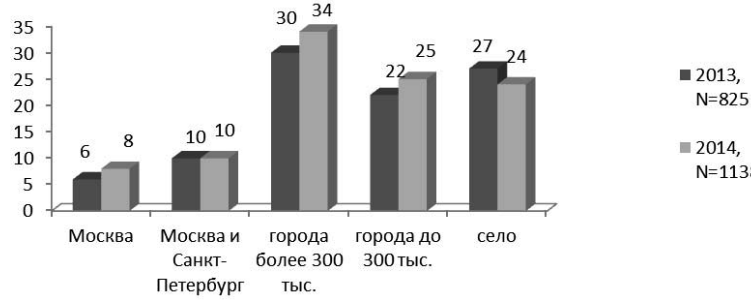

Рис. 21. Доля проблемных вызовов скорой помощи в разных населенных пунктах (% от числа вызывавших)

Источник: Опросы 2013 г. и 2014 г.

В среднем в 75% случаев ожидание прибытия бригады скорой помощи не занимало больше получаса.

Удовлетворенность услугами скорой медицинской помощи находится на таком же высоком уровне, как и удовлетворенность остальными

видами медицинской помощи, и она практически не изменилась по сравнению с 2013 г.: 83% опрошенных указали, что удовлетворены результатом обслуживания (2013 г. – 82%), 85% – отношением персонала (2013 г. – 85%), и 75% – обеспечением медикаментами бригады скорой помощи (2013 г. – 76%).

Чаще всего врачи скорой помощи смогли оказать необходимую помощь, и госпитализация не потребовалась (это отметили 35% респондентов); в 12% случаев ситуация не обошлась без госпитализации (рис 22). Не всегда респонденты могли оценить качество оказанной помощи, так как в 44% случаев помощь оказывалась не лично им.

Рис. 22. Оценки результатов вызова скорой помощи
(% от числа вызывавших скорую помощь)

Источник: Опросы 2013 г. и 2014 г.

7.5. Стационарная помощь

7.5.1. Обращаемость за стационарной помощью и территориальная доступность больниц

По данным опроса 2014 г., за предшествующие 12 месяцев 14% взрослого населения России лечились в больницах, и этот показатель был таким же в 2013 г. Практически все из этих пациентов (97%) получали медицинскую помощь в государственной (муниципальной) медицинской организации (рис. 6).

Заметно чаще получали стационарную медицинскую помощь лица старше 55 лет – 21%. Среди населения других возрастов особой разницы в частоте обращаемости не наблюдается, во всех категориях она составляет около 12%. Несколько чаще лечатся в стационаре жители сельской местности – 17%. Для сравнения, среди жителей Санкт-Петербурга и Москвы обращались за стационарной помощью 12%. Частота госпитализаций выше среди людей с низкими доходами – 21%. Респонденты с высоким материальным достатком обращались за стационарной помощью в 12% случаев.

Более чем в половине случаев госпитализации (57%) больницы находились относительно недалеко от места проживания пациентов (до получаса езды транспортом или в пешей доступности). Реже всего пешком можно было дойти до больниц в Москве и Санкт-Петербурге – лишь в 6% случаев, чаще всего столичным жителям приходилось добираться около часа на транспорте – 46%. В остальных же населенных пунктах каждый четвертый житель находился в пешей доступности от больничного учреждения. Городские жители в 40% случаев смогли добраться до больницы за полчаса; среди сельских жителей эта доля составляет 28%.

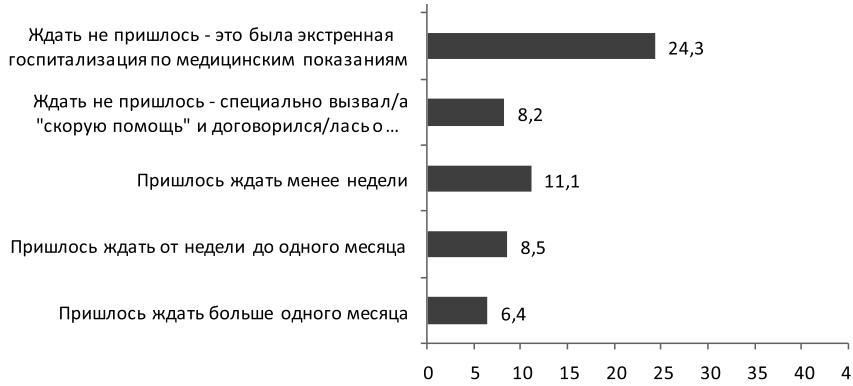

Рис. 23. Время ожидания госпитализации (% от числа лечившихся в стационаре в течение последних 12 месяцев по последнему случаю госпитализации)

Источник: Данные опроса 2014 г.

Среди пациентов стационаров каждому четвертому пришлось ожидать, но основная часть пациентов (74%) были госпитализированы сразу при обращении за стационарной помощью (рис. 23). В столичных го-

родах эта доля несколько ниже – 66%, и соответственно необходимость ожидания госпитализации значима для трети пациентов.

7.5.2. Оценки удовлетворенности лечением в стационаре

Удовлетворенность стационарной медицинской помощью весьма высока – в среднем по стране ей остались довольны 82% респондентов: из них 33% полностью удовлетворены и 49% – скорее удовлетворены. Наиболее существенные различия наблюдаются по группам с разным уровнем дохода. Среди людей с высоким доходом удовлетворенными стационарной помощью остались 87% респондентов, среди малодоходных групп удовлетворенность достигает 72%. Причиной такой разницы, скорее всего, является возможность обеспеченного населения получать стационарную помощь в более комфортабельных условиях, оплачивать дополнительный уход и т.д.

Отдельное внимание стоит уделить оценкам различных составляющих качества оказания стационарной помощи. Удовлетворенность пациентов отношением врачей, среднего и младшего медицинского персонала и санитарно-гигиеническими условиями лечения наиболее высока и примерно одинакова – 82–85% в 2014 г. Но заметно меньшее число пациентов удовлетворены обеспечением больниц медицинским оборудованием и инструментами (75%), медикаментами (69%) и в наименьшей степени питанием в стационаре: им остались удовлетворены только 66% опрошенных.

Уровень удовлетворенности населения отдельными составными частями процесса оказания медицинской помощи в первую очередь позволяет определить узкие места в организации здравоохранения с точки зрения населения. Но при этом нужно делать корректировку на эффект объективной ограниченной способности населения оценивать качество полученных медицинских услуг.

Структура удовлетворенности пациентов услугами стационара является здесь очень показательным примером. В ходе опроса самые низкие оценки были получены по категории «питание в стационаре». Однако на этом основании не нужно делать вывод о том, что организация питания является самой острой проблемой, по мнению населения. Просто именно этот элемент процесса стационарного обслуживания люди могут оценить лучше всего, поскольку он наименее специфичен, и есть широкое поле для сравнений. По ключевым для медицинского обслуживания параметрам пациенты практически лишены возможности сопоставления

качества услуг как по объективным и неустранимым причинам (услуги часто носят разовый характер, каждый больной уникален), так и по причинам организационным (в первую очередь речь идет о практическом отсутствии выбора при обращении за медицинскими услугами).

Для оценки работы системы в целом с точки зрения населения более адекватным измерителем качества являются данные об уровне доверия медицинским работникам, уверенности в возможности получения адекватного лечения.

Существуют некоторые различия в этих оценках по социально-демографическим группам. Так, например, лекарственным обеспечением стационаров менее всего удовлетворены люди с низкими доходами – 59% при среднем показателе удовлетворенности по стране 69%. Качеством питания менее всего удовлетворены столичные жители (55%), а более всего жители сельской местности (71%).

Сравнение полученных в 2013 г. и 2014 г. оценок с данными опроса населения 2008 г., проведенного Росздравнадзором, показывает наличие тенденций снижения удовлетворенности качеством стационарной помощи (рис. 24).

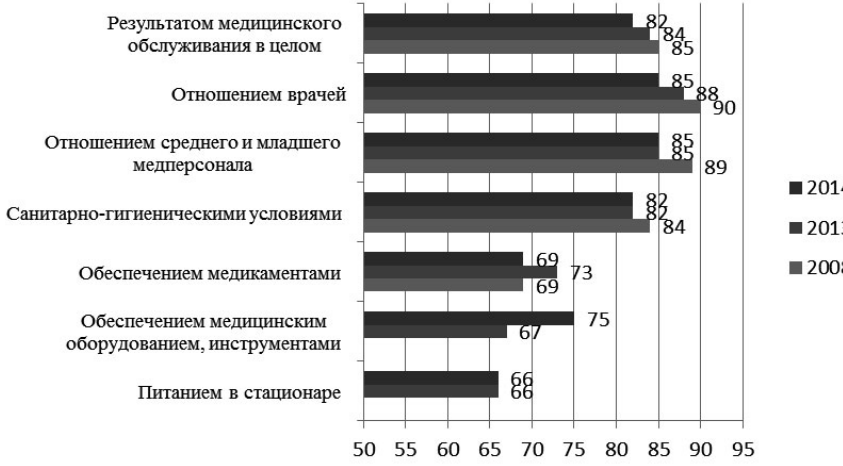

Рис. 24. Доля пациентов, удовлетворенных качеством стационарной помощи в 2008–2014 гг. (% от числа лечившихся в стационаре)

Источник: Данные опросов 2008, 2013, 2014 г.

В целом большая часть респондентов положительно оценивает оказанную им стационарную помощь и отмечает, что она сразу привела к видимым результатам (рис. 25). Чаще всего об этом сообщают люди до 40 лет (67%), реже представители низкодоходных групп (50%), и самый низкий показатель оказался среди жителей Москвы (46%), причем по сравнению с 2013 г. он снизился на 24 п.п. Около трети пациентов (31%) не наблюдали после оказания помощи существенного улучшения здоровья, чаще это люди старше 55 лет (38%) и малообеспеченные слои населения (41%).

Рис. 25. Результаты получения стационарной помощи
(в % от числа лечившихся в стационаре)

Источник: Данные опросов 2013 г и 2014 г.

Среди лечившихся в стационаре 67% готовы вновь обратиться за помощью в ту же больницу, реже сообщают о намерении повторно обратиться в ту же больницу москвичи – в 57% случаев, что меньше среднего показателя по стране на 10 п.п. Аналогичная ситуация наблюдалась и в 2013 г. (73% москвичей против 83% в среднем). Различия между другими социально-демографическими группами населения невелики.

8. Удовлетворенность результатами оказания медицинской помощи и возможности выбора медицинской организации

При рассмотрении удовлетворенности населения разными видами медицинской помощи выяснилось, что более чем две трети пациентов готовы повторно обратиться в те же медицинские организации, куда они обращались последний раз в течение прошедшего года. Но часть пациентов сообщили, что у них нет иного выбора, кроме как обратиться в эту же медицинскую организацию (табл. 11).

Чаще всего респонденты предпочитают обращаться в ту же медицинскую организацию за стоматологической помощью (87%), при этом и уровень удовлетворенности обслуживанием в стоматологических поликлиниках самый высокий среди других медицинских учреждений. При этом лишь 5% пациентов указали, что у них нет выбора места получения стоматологической помощи.

Меньше, чем в случае стоматологической помощи, но также довольно часто пациенты выражают готовность обращаться в ту же медицинскую организацию за диагностическими обследованиями (78%). Здесь, как и в предыдущем случае, наблюдается очень высокий уровень удовлетворенности результатами последнего посещения. Об отсутствии выбора высказались 14% опрошенных, что больше, чем в стоматологии, но меньше, чем при оказании других видов медицинской помощи.

Желание повторно обратиться в то же медицинское учреждение за амбулаторными и стационарными услугами присуще примерно одинаковой доле респондентов, получавших данные виды помощи (68% и 67% соответственно). Она меньше, чем в двух рассмотренных выше видах помощи. Но здесь и больше доля респондентов, сообщивших, что будут вынуждены обратиться в то же медицинское учреждение, потому что у них нет выбора (18% и 20% соответственно). Стоит отметить, что и уровень удовлетворенности обслуживанием в больницах и поликлиниках несколько ниже, чем при получении стоматологической помощи и диагностических услуг (табл. 10).

Сравнение оценок удовлетворенности разными видами медицинской помощи с частотой указаний на отсутствие выбора медицинских организаций для получения этих видов помощи демонстрирует наличие вполне определенной зависимости: чем больше доля ответов об отсутствии

Таблица 10. Доли респондентов, готовых повторно обратиться в ту же медицинскую организацию и указавших на отсутствие выбора медицинской организации, по видам медицинской помощи (% от обращавшихся к данному типу медицинской помощи)

	Нет выбора, куда обратиться	**Готовы обратиться повторно**	**Удовлетворены результатом обслуживания**
Амбулаторная помощь	20	68	78
Стационарная помощь	18	67	82
Диагностические обследования	14	78	91
Стоматологическая помощь	5	87	93

Источник: Данные опроса 2014 г.

альтернатив получению медицинской помощи в той же организации, тем меньше доля пациентов, удовлетворенных результатами получения медицинской помощи в этой организации (табл. 10). Полученные результаты могут служить хорошим аргументом в пользу продуктивности развития конкуренции в оказании медицинской помощи.

9. Качество vs доступность медицинской помощи

Медицинская помощь в идеальных обстоятельствах должна сочетать в себе высокое качество предоставляемых услуг и территориальную доступность для пациентов. К сожалению, в российских реалиях осуществить наилучшее сочетание обеих этих характеристик не всегда удается. Начатая с 2013 г. политика реструктуризации организаций, оказывающих медицинскую помощь, оптимизации их сети порождает следующую дилемму: мероприятия, обеспечивающие повышение качества медицинской помощи, в целом ряде случаев могут приводить к некоторому ухудшению ее территориальной доступности. Так, невозможно обеспечить все районные больницы и все поликлиники новейшим медицинским оборудованием и высококвалифицированными узкими специалистами, но можно сконцентрировать оказание специализированной медицинской помощи в межрайонных медицинских центрах и в них обеспечить проведение диагностических обследований и лечение с использованием передовых медицинских технологий. Однако такое реше-

ние потребует от жителей других районов большего времени, чтобы добраться до межрайонного центра. И наоборот, стремление сохранить сложившуюся территориальную доступность медицинской помощи будет обрекать на медленной прогресс в обновлении медицинского оборудования и улучшении качества медицинской помощи в тех медицинских организациях, в которые привыкли обращаться люди, живущие близко от них.

В связи с этим важно выяснить отношение российских граждан к этой дилемме. Чему – улучшению качества или сохранению территориальной доступности медицинской помощи население России отдает предпочтение?

В ходе опроса 2014 г. респондентам было предложено определить свое предпочтение по отношению к следующим альтернативам:

1) получить любую медицинскую помощь, пусть не самую качественную, но в обычном медицинском учреждении, расположенном близко к дому («доступность»);

2) получить самую хорошую медицинскую помощь в крупном медицинском центре, расположенном в другом районе города или другом населенном пункте («качество»).

Больше половины населения (55%) высказалось в пользу качества медицинской помощи, даже в случае, если ради ее получения придется ехать в достаточно удаленные районы или другие населенные пункты. Территориальная доступность оказалась важнее для 38% респондентов.

По данному вопросу наблюдаются существенные различия между социально-демографическими группами. Так, например, для жителей столицы именно качество медицинской помощи важнее, чем для жителей других регионов (65%). С уменьшением размера населенного пункта несколько меняются и предпочтения: доля респондентов, выбирающих качество, нежели доступность, снижается, в сельской местности она достигает 50%. Такие изменение связаны, скорее всего, с остротой проблемы доступности медицинской помощи именно для жителей малых населенных пунктов: нужные медицинские организации часто труднодостижимы, особенно в сельской местности. Однако в целом перевес в сторону качества медицинских услуг сохраняется во всех типах населенных пунктов (рис. 26).

Практически для всех возрастных категорий респондентов важнее качество медицинских услуг. Наиболее высок этот показатель среди мо-

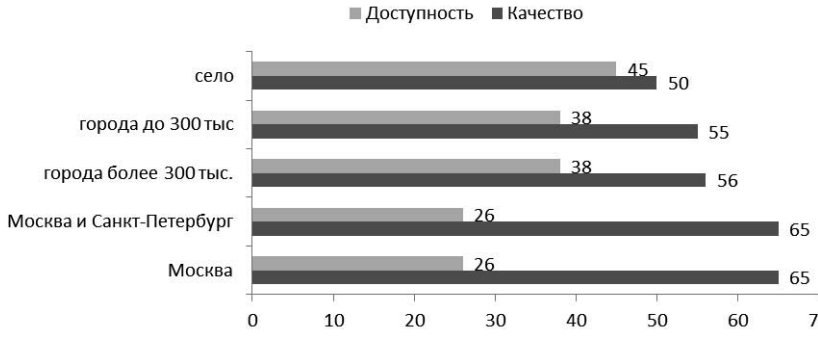

Рис. 26. Предпочтения «качество vs доступность» у жителей разных типов населенных пунктов (в % от числа живущих там респондентов, N = 4500 чел.)

Источник: Данные опроса 2014 г.

лодежи 16–24 лет (63%). Единственной категорией населения, для которых доступность медицинской помощи оказалась важнее качества, являются пенсионеры (47% против 44%). Такие предпочтения вполне объяснимы и связаны с трудностями перемещения для многих пожилых людей на большие расстояния. Вследствие этого для людей пенсионного возраста важнее иметь медицинские учреждения в территориальной близости от места их проживания. Кроме того, именно старшим возрастам свойственна наиболее частая обращаемость за медицинской помощью, поэтому территориальная доступность поликлиник и больниц, безусловно, обретает повышенную важность.

В зависимости от уровня образования опрошенных меняются и их предпочтения относительно медицинской помощи. Качество в основном предпочитают люди с высшим образованием (64%), в то время как респонденты с образованием ниже среднего высказываются в пользу альтернативы «качество» реже (43%), и в большинстве случаев для них предпочтительнее доступность (49%) (рис. 27).

Существенные изменения присутствуют и среди респондентов с различным материальным положением. Наиболее обеспеченные респонденты предпочитают качество территориальной доступности (63%), в то время как среди бедного населения нет лидирующей позиции – мнения разделились поровну.

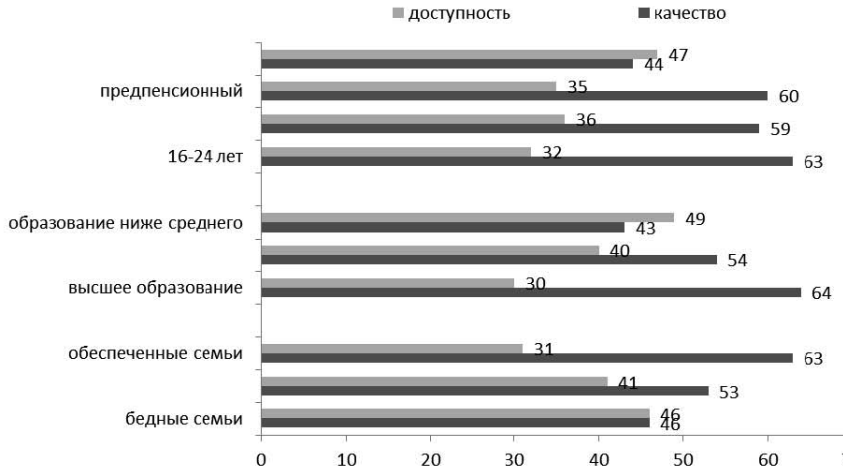

Рис. 27. Предпочтения качество vs доступность по возрасту, образованию и материальному статусу (N = 4500 чел.)

Источник: Данные опроса 2014 г.

10. Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие главные выводы об оценках населением изменений в организации, качестве и доступности медицинской помощи:

1) В среднем преобладают положительные оценки респондентами изменений в работе больниц и поликлиник, которые происходят в последнее время. По данным опроса 2014 г., 42% взрослого населения считают, что их работа скорее улучшилась, а 29% – увидели ухудшения. Правда, те, кто за последний год имел личный опыт получения медицинских услуг, несколько чаще сообщают об ухудшении работы (32%), чем те, кто не обращался за медицинской помощью в прошлом году (19%). А те, кто имеет хронические заболевания, чаще негативно оценивают краткосрочные изменения в работе медицинских учреждений: 41% сообщили о том, что увидели скорее ухудшения, и только 35% говорят об улучшениях в работе. Из этого можно заключить, что образ российской системы здравоохранения, создаваемый в общественном со-

знании, очевидно, по преимуществу средствами массовой информации, несколько лучше оценок этой системы теми, кто к ней обращается и больше в ней нуждается.

2) Мнения людей о вероятности получения, в случае необходимости, качественной медицинской помощи разделились примерно поровну между позитивными и негативными ожиданиями. При этом не менее 80% во всех слоях населения уверены в том, что в случае болезни им не будет обеспечена бесплатная медицинская помощь в требуемом объеме. Правомерно сделать вывод, что это отражает высокий сложившийся уровень недоверия граждан к декларируемым принципам организации российского здравоохранения.

3) Проведенное исследование подтвердило, что основная часть российских пациентов получает медицинскую помощь бесплатно. Но уже значительная часть пациентов платит за лечение, и распространенность практик оплаты медицинской помощи нарастает. Анализ причин оплаты лечения в государственных и муниципальных медицинских организациях свидетельствует о наличии принципиальных изъянов в системе бесплатного оказания медицинской помощи населению: для части пациентов востребованные ими медицинские услуги не предоставляются бесплатно. Довольно часто пациентам приходится платить, чтобы преодолеть барьеры доступа к ограниченным ресурсам, которые в принципе должны предоставляться бесплатно. Более чем для трети тех пациентов, кто оплачивал лечение, это выступало инструментом их влияния на качество оказываемых им медицинских услуг.

Эти характеристики сложившихся практик оплаты населением медицинской помощи служат аргументом в пользу пересмотра существующих гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению.

4) В последнее время заметны усилия государства по внедрению в систему оказания медицинской помощи новых информационных технологий. В 2014 г. количество респондентов, сообщивших о наличии электронной записи в поликлинике, которую они посещали, возросло на 7 п.п. по сравнению с 2013 г. и составило 47%. Наибольшее распространение подобная практика имеет в мегаполисах – в Москве и Санкт-Петербурге она достигает 90%, а в сельской местности об обеспечении поликлиник системой электронной записи сообщили менее трети респондентов. Большинство среди пользовавшихся этой системой (60%) отмечают ее удобство.

5) Большинство граждан поддерживают необходимость прохождения диспансеризации, с этим согласны 85% взрослого населения страны. По данным исследования, за прошедший год диспансеризацию прошел каждый четвертый опрошенный. Эта оценка подтверждает достоверность официальных данных о масштабах охвата населения диспансеризацией. Вместе с тем полученные оценки результатов прохождения диспансеризации свидетельствуют, что официальные данные о числе поставленных на диспансерный учет являются несколько завышенными.

6) Удовлетворенность населения оказанной медицинской помощью весьма высока. Четыре пятых пациентов выразили удовлетворение качеством полученной амбулаторной, скорой и стационарной помощи в последнем случае обращения за ними. Еще более высоким является уровень удовлетворенности проведенными диагностическими обследованиями и самым высоким – уровень удовлетворенности стоматологической помощью – 9 из 10 опрошенных остались довольны результатом.

Однако сравнение данных опросов 2013 г. и 2014 г. с данными Всероссийского опроса населения по вопросам оценки качества и доступности медицинской помощи, проведенного Росздравнадзором в 2008 г., показывает тенденцию медленного снижения удовлетворенности качеством амбулаторной и стационарной медицинской помощи: удовлетворенности результатами медицинского обслуживания в целом и удовлетворенности отношением врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Выросла лишь удовлетворенность санитарно-гигиеническими условиями получения амбулаторной помощи.

Принимая во внимание, что объем государственного финансирования здравоохранения увеличился в период 2008–2013 гг. в реальном выражении в 1,2 раза, выявленная тенденция свидетельствует о низкой эффективности использования дополнительных государственных средств с точки зрения влияния на удовлетворенность населения качеством медицинской помощи.

7) Среди актуальных направлений улучшения качества медицинской помощи самым важным, по оценкам населения, является более добросовестное отношение медицинского персонала к своим обязанностям, причем значимость именно этого направления выросла за последний год. Следующими по важности выступают улучшение лекарственного обеспечения в больницах и улучшение оснащенности медицинских учреждений и бригад скорой медицинской помощи.

8) В среднем почти две трети взрослого населения страны уверены в том, что профессиональный уровень большинства врачей в России ниже, чем требуется (58%), а врачи больше заботятся о своих доходах, чем о пациентах (60%). Очень низкие оценки профессионального уровня врачей и симметричная этой характеристике высокая уверенность пациентов в корысти медицинского персонала свидетельствуют о дефиците доверия граждан к медицинским работникам. Поэтому повышение уровня квалификации медицинского персонала и усиление его трудовой мотивации, воссоздание этических норм внимания и заботы о пациенте являются в настоящее время важнейшими условиями улучшения оказываемой медицинской помощи.

9) Более половины респондентов указывают на недостаток врачей-специалистов нужного профиля в поликлиниках. Для 28% населения не удобен график работы врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Несмотря на расширяющееся использование электронных форм записи к врачу, в 43% случаев пациентам приходится ожидать приема врача более получаса. Более четверти (27%) опрошенных считают сокращение времени ожидания приема врачей-специалистов приоритетным направлением улучшения качества амбулаторно-поликлинической помощи.

10) Каждый пятый из опрошенных, вызывавших скорую помощь (кроме Москвы и Санкт-Петербурга – здесь каждый десятый), сталкивался при этом с определенными проблемами (отказ в принятии вызова, долгое ожидание прибытия и др.), а в городах с численностью жителей более 300 тыс. доля таких ответов достигает 25%.

11) Б*о*льшая часть населения готова согласиться с некоторым ухудшением территориальной доступности медицинской помощи ради улучшения ее качества. При оценке сравнительной важности обеспечения качества предоставляемых медицинских услуг и их территориальной доступности для пациентов, больше половины населения (55%) высказалось в пользу качества медицинской помощи, даже в случае, если ради ее получения придется ехать в достаточно удаленные районы или другие населенные пункты. Поэтому реструктуризация системы оказания медицинской помощи, направленная на повышение качества медицинской помощи посредством концентрации дорогостоящего современного медицинского оборудования и наиболее квалифицированных кадровых ресурсов в межрайонных медицинских центрах, создаваемых во многих субъектах РФ, а также в консультативно-диагностических и клинико-

диагностических центрах, формируемых путем объединения поликлиник и объединения больничных учреждений, как это делается в Москве, может быть принята большей частью граждан.

Территориальная доступность оказалась важнее для 38% респондентов. Основной категорией населения, для которой доступность медицинской помощи оказалась важнее качества, являются пенсионеры (47% против 44%). Вследствие этого люди пенсионного возраста должны рассматриваться в качестве отдельной целевой группы при планировании мероприятий по реструктуризации системы оказания медицинской помощи. Необходима разработка и реализация специальных мер по смягчению возникающих проблем с территориальной доступностью медицинской помощи для пенсионеров.

12) При сравнении разных видов медицинской помощи выявлено, что доля респондентов, удовлетворенных качеством оказанной помощи и желающих повторно обратиться в то же медицинское учреждение, отрицательно коррелирует с долей респондентов, указавших на отсутствие альтернативных медицинских организаций. Чем меньше численность ответивших, что выбора нет, тем больше удовлетворенность полученной медицинской помощью. Это является весомым аргументом в пользу благотворного влияния конкуренции на качество медицинского обслуживания и необходимости развития конкуренции медицинских организаций.

Литература

Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи. Режим доступа: http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=79106 (дата обращения: 01.04.2010).

Гехт И.А., Артемьева Г.Б. К вопросу об изучении удовлетворенности населения системой здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2014. № 4. С. 6–12.

Караева О.С. Представления о справедливости и эффективности в системах здравоохранения различных стран (по данным ISSP) // Вестник общественного мнения. 2014. № 1–2 (117). С. 50–65.

Карпова О.В., Татарников М.А. Удовлетворенность населения качеством стоматологической помощи. 2014. № 1. С. 38–41.

Кокорин В.Г., Куковякин С.А., Шешунов И.В., Куковякина Н.Д. Удовлетворенность медицинской помощью (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. 2009. № 2–4. С. 69–77.

Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России). Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год. М., 2015.

Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России). Порядок проведения диспансеризации определенных групп населения. Утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г. № 1006н.

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ). Отчет о научно-исследовательской работе «Организация проведения обследования населения по вопросам медицинской профилактики и удовлетворенности качеством медицинской помощи». М., 2013.

Огнева Е.Ю., Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Таджиев И.Я. Оценка доступности и качества медицинской помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010. № 1–2. С. 30–39.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС). Методические рекомендации. Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования. Утверждены Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 мая 2009 г. N 118.

Balabanova D., McKee M., Pomerleau J., Rose R., Haerpfer C. Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries // Health Services Research. 2004. Vol. 39. No. 6. Part II. P. 1927–1950.

Brown J.V., Rusinova N.L., Russian medical care in the 1990s: A user's perspective // Social Science & Medicine. 1997. Vol. 45. No. 8. P. 1265–1276.

Cleary P.D., McNeil B.J. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care // Inquiry. 1988. Vol. 25. No. 1. P. 25–36.

Costanzov G., Vertinsky I. Measuring the Quality of Health Care: A Decision Oriented Typology // Medical care. 1975. Vol. XIII. No. 5. P. 417–431.

Footman K., Roberts B., Mills A., Erica Richardson, McKee M., Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union // Health Policy. 2013. Vol. 112. No. 1–2. P. 62–69.

Fotaki M. Users' perceptions of health care reforms: Quality of care and patient rights in four regions in the Russian Federation // Social Science & Medicine. 2006. Vol. 63. No. 6. P. 1637–1647.

Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Morgan M., Hughes D., Gibson B., Beech R., Hudson M. What does 'access to health care' mean? // Journal of Health Services Research and Policy. 2002. Vol. 7. No. 3. P. 186–188.

Rosenthalm G.E., Shandon S.E. The Use of Patient Perceptions in the Evaluation of Health-Care Delivery Systems // Medical care. 1997. Vol. 35. No. 11. P. NS58–NS68.

The World Health Organization (WHO). The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance, 2000.

Zaidi S., Alam A., Mitra P., Sundaram R. Satisfaction with life and service delivery in Eastern Europe and the former Soviet Union: some insights from the 2006 life in transition survey // The World Bank Working Paper 162. Washington, 2009.

Препринт WP8/2015/03
Серия WP8
Государственное и муниципальное управление

Кочкина Наталья Николаевна, Красильникова Марина Дмитриевна,
Шишкин Сергей Владимирович

Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*
Технический редактор *Ю.Н. Петрина*

Отпечатано в типографии
Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики» с представленного оригинал-макета
Формат 60×84 $^{1}/_{16}$. Тираж 70 экз. Уч.-изд. л. 3,45
Усл. печ. л. 3,25. Заказ № . Изд. № 1925

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»
125319, Москва, Кочновский проезд, 3
Типография Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики»