

О СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Автор: Л. С. ШИЛОВА

ШИЛОВА Людмила Сергеевна - старший научный сотрудник Института социологии Российской академии наук.

Работы исследователей в области здравоохранения свидетельствуют о том, что за годы его реформирования не произошло ничего существенного, что заметно отразилось бы на повышении уровня здоровья населения, а также уровня его медицинского обслуживания. Причины этого известны: с одной стороны, хроническое недофинансирование учреждений медицины, с другой - низкий уровень культуры самосохранительного поведения населения.

Исследования самосохранительного поведения, проведенные Институтом социологии РАН среди городского населения различных регионов страны, начиная в 1980-х - 1990-х годах показали, что уровень самосохранения россиян в сравнении с населением развитых стран был низким. Это выразалось в большой распространенности вредных привычек (курение, алкоголь и т.п.), в позднем обращении за медицинскими услугами, низкой грамотности и информированности в сфере здоровья, отсутствии навыков и привычки профилактики заболеваний [1]. Среди горожан преобладала инструментальная ценность здоровья, что само по себе уже является залогом рискованного поведения, так как формирует у человека установки на эксплуатацию здоровья в условиях ограниченных ресурсов для жизнедеятельности. Годы бесплатной медицины, равно как и доступное для всего населения медицинское обслуживание, атрофировали у нескольких поколений советских людей индивидуальную ответственность за свое здоровье, укрепили у них представление о том, что забота об их здоровье лежит на министерстве здравоохранения. А культурные традиции поддержания здоровья вследствие его низкой ценности, быстрой нуклеаризации российской семьи и ряда других причин слабо транслировались от поколения к поколению.

Самым радикальным изменением явилось стремительное развитие платных медицинских услуг. Теоретически реформы предусматривали смягчающие переход механизмы и гарантии определенного объема бесплатного обслуживания для льготных категорий населения. Однако, как известно, гарантии не получили достаточного государственного финансирования и оказались невыполнимыми. Переход к платной медицине породил проблему доступности медицинских услуг и лекарств, сформировал неравенства в этой области: укоренились практики неформальных платежей, реальные тарифы сдерживались их нелегальностью. В итоге, при резком снижении доходов населения возобладали цены мирового рынка сначала на лекарства, а затем и на меди-

Работа выполнена при финансовой поддержке проекта Европейской Комиссии "Поддержка развития системы первичной медицинской помощи на федеральном и муниципальном уровнях Российской Федерации, 2006 - 2010".

цинские услуги, стандарты бесплатного лечения, по свидетельству самих врачей, были сведены до фельдшерского уровня [2].

Соотношение расходов государства на здравоохранение и расходов населения на лекарства и услуги в 1995 г. составляло 83:17, а в 2002 г. - 63:37, стоимостный объем платных услуг вырос за период с 1993 по 2002 гг. в 8,2 раза. Причем и данные государственной статистики, и данные социологических исследований показывают, что доля расходов на медицинскую помощь в общих доходах домохозяйств у низко доходных групп населения выше, чем у высокодоходных [3].

Исследование в шести регионах России в 2000 - 2001 гг. показало, что темпы роста доходов населения в 2001 г. составили 74,5% от "докризисных" (1998), а его расходы на здравоохранение за это же время составили 303,2%. Расходы респондентов на медицинские услуги составляли от 10 до 30% семейных доходов. Практически это означает, что для большинства из них дальнейший рост медицинских затрат невозможен, так как в этом случае снижаются затраты на другие жизнеобеспечивающие статьи семейного бюджета [4]. В этих условиях у населения сформировались стратегии поведения в отношении к здоровью еще более рискованные, чем в советские времена. К такому выводу приходишь, когда анализируешь данные исследований, проведенных за последние годы.

Отношение населения к учреждениям здравоохранения

Одним из важных факторов, определяющих стратегии поведения в отношении здоровья, является статус здравоохранения у населения в целом и особенно учреждений первичной медицинской помощи (поликлиник). Сегодня повышение эффективности их работы стало краеугольным камнем реформирования здравоохранения. Практически во всех рассмотренных мною исследованиях отмечается преобладание либо негативных оценок, либо мнение о том, что нынешняя организация предоставления медицинской помощи мало изменилась в сравнении с советскими временами [5], что, в сущности, тоже негативная оценка, так как функционирование медучреждений в последние годы существования бесплатного здравоохранения отмечены недовольством значительной части россиян. Данные панельных опросов, приведенные А. В. Решетниковым, показали, что преобладание негативных оценок уровня медицинской помощи всех видов имеет тенденцию к нарастанию [5]. Неудовлетворенность всеми видами медицинской помощи отмечена среди большинства сельского и городского населения в различных регионах страны [6].

Более пристально детерминация оценок получаемой медицинской помощи анализировалась в Санкт-Петербургском исследовании (2003) [7]. Свыше половины респондентов (58%) считают, что медицинское обслуживание ухудшилось, и только треть отмечают его улучшение. Выяснилось, что удовлетворенность получаемой медицинской помощи тем ниже, чем более респонденты ориентированы на бесплатную медицину. А в целом ею недовлетворено 59% опрошенных. В то же время респонденты с удовлетворением отмечают появление возможности пройти диагностическое обследование на современном оборудовании и приобрести более эффективные лекарства.

Условия и возможности оказания медицинской помощи

Одними из важных показателей поведения в отношении здоровья при описании стратегий населения являются: профилактическая активность, своевременность обращения за медицинской помощью, выполнение всех предписаний врачей. Каковы же условия и возможности поликлиник? *Так, профилактические обследования населения* (одна из главных функций поликлиник) зависят от диагностических возможностей и организации профилактических приемов. Исследования показывают, что профилактическая функция первичного звена здравоохранения неуклонно слабевала по двум причинам. Во-первых, это связано с уменьшением охвата профилактическими осмотрами положенных по законодательству групп населения. Например, в Дагестане на базе трех детских поликлиник выявлено, что среди подлежащих такому осмотру

подростков 29,5% нерегулярно наблюдались участковыми врачами, 93,2% - участковыми сестрами, 62,7% - узкими специалистами. А в целом 27,7% пациентов детских поликлиник были обследованы не в полном объеме, обследование 24,7% - проводилось несвоевременно. В Ставропольском крае в 2003 г. было выявлено, что за предшествующее десятилетие охват подростков профилактической работой снизился на 20,7%. Среди взрослого населения доля прошедших такие осмотры составила только 12,2% [8].

Во-вторых, респонденты отмечают неэффективность профилактических обследований в условиях поликлиник. Они воспринимают как некую данность тот факт, что в районных поликлиниках проводят только самые элементарные диагностические исследования на плохом оборудовании и при нехватке расходных материалов, а это, в свою очередь, удлиняет сроки получения результатов [4, 5, 8, 9] и требует от пациентов немалых материальных затрат. Из числа прошедших диспансеризацию почти половина указали на бесполезность этих мероприятий из-за формального отношения к осмотрам со стороны медицинских работников и из-за нереальных, исходя из материальных возможностей пациентов, рекомендаций врача. У пациентов складывается впечатление, что результаты профилактических осмотров в последующем не анализируются [8]. Получение сложных диагностических обследований в рамках государственных гарантий чрезвычайно ограничено, попасть по направлению в диагностические центры сложно. В результате, срок ожидания пациентом таких обследований растягивается на месяцы даже при предварительных диагнозах, требующих срочного оперативного вмешательства [5]. Из-за таких сложностей желают проходить осмотры не более половины опрошенных петербуржцев, а также около 40% респондентов, по данным мониторинга НИИ им. Н. А. Семашко [5, 10, 8].

Прием пациентов в поликлиниках вызывает самые большие претензии населения. Об этом свидетельствуют все исследования. Так, запись к терапевтам по телефону, как правило, не ведется, предварительная запись только к специалистам. Люди вынуждены приходить задолго до открытия поликлиник и выстаивать многочасовые очереди, чтобы получить талончик к врачу. В среднем время ожидания приема доходит до трех часов по данным исследования в Новгородской области и в Чувашской республике [5], до двух часов - в Санкт-Петербурге и Махачкале [9]. Пациенты отмечают трудности попадания на прием к специалистам: к эндокринологу, стоматологу, невропатологу и кардиологу нужно ждать несколько дней, а иногда и недель [5, 8, 9]. Чтобы не стоять в очередях, подавляющее большинство пациентов предпочитают вызвать врача на дом. Такая практика описывается во всех исследованиях. Но и тут есть ограничения. В Новгородской области и в Чувашии респонденты указывают на то, что вызов врача на дом можно сделать только с утра, днем вызовы не принимаются [5].

О качестве получаемой медицинской помощи убедительнее всего говорят высказывания респондентов о том, что "они не ждут от поликлиники реальной помощи при заболеваниях, потому что там нет ни оборудования, ни хороших врачей, ни лекарств" [5]. В Санкт-Петербурге среди обратившихся в 2003 г. за помощью в районную поликлинику только 52% "считают, что им помогли", 42% - что обращение ничего не дало. Около 10% объясняют это низким уровнем квалификации врачей [11], чуть больше - недостаточным уровнем их квалификации [9, 12]; в исследованиях, проведенных в 2003 г. в Татарстане, на недостаточную компетентность врачей указали 28% [9], в других исследованиях (2004) - 41,4% [5].

Появление платных услуг в поликлиниках должно давать преимущество в их качестве, но не во всех случаях платность является такой гарантией. В "бедных" регионах в медицинских учреждениях, где специалисты работают на устаревшем оборудовании, различия между платным и бесплатным лечением нередко сводятся только к применению лекарств разной стоимости [2, 3, 13, 12, 14]. Есть и другие проблемы качества платных услуг. В некоторых случаях, чем выше доходы и социальный статус пациента, тем выше риск столкнуться с недобросовестным обслуживанием. Так, в исследовании, проведенном в Москве (2000 г.), респонденты при обращении к дорогостоящим платным услугам столкнулись с практикой избыточной и неадекватной диагностикой и лечением. Многим, как выяснилось позже, не все предложенные услуги были нужны, а иногда они приводили к новым заболеваниям [13].

Одна из важных характеристик качества первичной помощи - *наличие постоянного врача*. Только длительное общение с пациентом позволяет врачу знать особенности заболеваний пациентов. В реальности, как показывают исследования, лишь незначительная часть респондентов отмечают, что они достаточно долго обращаются к одному и тому же участковому врачу. В большинстве случаев, речь идет о частой смене специалистов [5]. Длительный контакт с участковым врачом отмечают только четверть опрошенных (Санкт-Петербург, 2003 г.) [10]. Интервьюирование петербуржцев в 2006 г. показало, что нарратив "свой врач" хорош, когда пациенту предлагается заинтересованное, внимательное отношение. При контакте со "своим врачом" качество услуги оценивалось только положительно [15].

Выяснилась интересная особенность, что почти никто из опрошенных не подразумевает под "постоянным врачом" участкового врача своей поликлиники, даже если обращается к нему длительное время. Это говорит о низком профессиональном статусе врачей амбулаторно-поликлинической помощи. Чаще всего такое понятие ассоциируется со специалистами из других медицинских учреждений, найденных или через знакомых, по чьей-то рекомендации, или случайно [5, 15].

Взаимоотношения врача и пациента с появлением платных услуг претерпевают сложные этические трансформации. Пациенты районных поликлиник независимо от пола, возраста или образования характеризуют свои отношения с врачами примерно одинаково. В любой из перечисленных выше групп примерно треть респондентов дают низкие оценки этим отношениям. Удовлетворенность коррелирует с уровнем доходов горожан. Половина низкодоходных пациентов не удовлетворены отношениями с врачами. В то время, как среди хорошо обеспеченных доля неудовлетворенных составляет 25,7%. Более трети низкодоходных пациентов отмечают, что после посещения врача поликлиники плохо себе представляют, как решить проблему со здоровьем. Среди обеспеченных - 17%. Это свидетельствует о том, что малообеспеченные граждане не рассчитывают на профессиональную помощь врачей [10].

Традиционно во взаимоотношениях врача и пациента роль первого была ведущей. Такая позиция хорошо согласовывалась с патерналистскими установками населения во времена бесплатной медицины. Сейчас проблема этих отношений состоит в том, что условия оказания медицинской помощи изменились, но продолжает действовать инерция старых установок. Причем у врачей она выражена сильнее. Так, по данным исследования в Казани, 80% пациентов и 45% врачей согласны с тем, что пациент может давать оценку качества медицинской помощи; 80% и 35% соответственно считают, что пациент или его родные имеют право на контроль над медицинским вмешательством. Особенно мнения тех и других расходятся, когда речь заходит об обсуждении принципов контроля над медицинским вмешательством. Врачи категорически не согласны с открытым общественным обсуждением недостатков их профессиональной деятельности [5].

В мониторинге НИИ им. Н. А. Семашко приводятся данные о том, что уровень ответственности за исход заболевания прямо зависит от уровня квалификации врача. В триаде таких факторов исхода заболевания, как условия жизни, состояние организма больного и деятельность врача - медики поликлиник отводят роли врача 14,3%, тогда как сотрудники больниц - 26,7%", клиник - 43,8%. Такое распределение соответствует мнению пациентов, согласно которому квалификация сотрудников поликлиник ниже, чем врачей больниц и клиник [8].

Своевременность обращения к врачам

Неэффективность профилактических обследований, плохая организация обслуживания пациентов, длинные очереди перед кабинетами, наконец, неудовлетворенность качеством медицинских услуг в целом - эти факторы не могут не отражаться на посещаемости поликлиник - первого звена предоставления медицинской помощи.

Как следует из данных опросов, широкое распространение получила практика позднего обращения за медицинскими услугами. По свидетельству 80,4% опрошенных врачей (мониторинг НИИ им. Н. А. Семашко), течение болезней пациентов в последние годы стало более тяжелым. 96,1% специалистов (особенно, хирурги) говорят, что больные обращаются за медицинской помощью в последний момент, с запущенными

формами болезней. Лишь каждый пятый обращается за медицинской помощью при появлении первых симптомов, а 50% россиян делают это лишь при появлении серьезных изменений в здоровье. Более чем в 40% случаев, госпитализация производится по экстренным показаниям [11]; только 14% респондентов обращаются за помощью в случае заболеваний, 62% - в тяжелых случаях [6].

В настоящее время появились и новые мотивы позднего обращения к врачам, связанные с трудовой деятельностью. Респонденты, работающие в частном секторе, предпочитают обращаться за медицинскими услугами только в крайних случаях, когда состояние здоровья уже не позволяет им работать. Они боятся, что факты посещения врачей в рабочее время или отсутствие на работе по состоянию здоровья дадут повод администрации при неблагоприятной для компании ситуации сократить их в первую очередь [13]. Во многих частных организациях, среди которых немало акционированных старых предприятий, не оплачивают сотрудникам больничные листы. Зарплата в частном секторе состоит из трех частей: оплата по ставке, доля от полученной прибыли и поощрения за личные заслуги. Так вот в третьей части - поощрении за личные заслуги - в некоторых компаниях существует положение, согласно которому тем сотрудникам, которые проработают год без больничных листов, ежеквартально выплачиваются определенные денежные премии. Данные мониторинга НИИ им. Н. А. Семашко указывают и на эту причину поздней обращаемости за медицинской помощью. Респонденты говорили, что боятся потерять денежные дотации, которые не выплачиваются больным [5].

Практики позднего обращения за медицинской помощью дифференцируются уровнем доходов пациентов. В группе с низким уровнем доходов только 18 - 20% обращаются к врачу сразу же после появления симптомов заболеваний, около половины - не приобретают лекарства, так как не могут оплатить их стоимость. В группе с более высоким уровнем доходов своевременно обращаются к врачу 40%. Основная масса больных откладывает обращение к врачу, 70% из них начинают лечиться самостоятельно [8].

Введение медицинского страхования теоретически расширило права пациентов и врачей. На практике своими правами получения медицинских услуг пациенты не пользуются. Как показывают данные, информационная деятельность поликлиник практически отсутствует. Само введение страхования не сопровождается систематическим и доступным для всех слоев населения информационным обеспечением. У населения не сформировалась потребность в правовой информации, да и врачи не стремятся ее получить. Так, исследование, проведенное в Казани, показало низкий правовой уровень пациентов и врачей (свои права знали 15% пациентов и 45% врачей), только 20% врачей знали права медицинских работников. В целом это свидетельствует об отсутствии практик правового регулирования отношений "врач-пациент" [5].

Несмотря на огромное число неудовлетворенных медицинским обслуживанием, не более 12% опрошенных (по данным А. В. Решетникова) и 3% (по данным И. Н. Баранова и Т. М. Скляр) обращались с жалобами по этому поводу. Главная причина отсутствия жалоб - незнание своих прав и нежелание портить отношения с медперсоналом, за помощью к которому рано или поздно придется обращаться [5, 9]. Формально пациент имеет право сменить плохого врача в рамках своей же поликлиники. Однако это не удается, прежде всего, вследствие отказа врача, выбранного пациентом, основной аргумент которого - нежелание портить отношения с коллегами [5].

Имеющиеся единичные случаи реализации выбора медицинских учреждений касаются, в основном, городов, где есть из чего выбирать. В сельской местности, да и в небольших рабочих поселках, это право выглядит формальной декларацией. Да и в областных центрах, где существует традиция участкового обслуживания, реализовать его практически невозможно. Имея полис ОМС, 70% населения обращаются к врачу, к которому направляет регистратура [5]. По данным Т. М. Максимовой, только 10% респондентов высказались за смену своего участкового терапевта [8].

Недоступность дорогих лекарств и платных услуг способствует распространению практик отказа от лечения. Мониторинг "Комплексное изучение состояния здоровья населения", который проводил НИИ им. Н. А. Семашко с 1989 по 2000 гг. на 15 территориях РФ, на основе сопоставления данных выявил несоответствие между уровнем заболеваемости и смертности. При низких уровнях заболеваемости указывались высокие показатели смертности от тех же заболеваний. Это свидетельствует о "необ-

рашаемости" населения за медицинскими услугами. Показательно, что наибольший рост показателей смертности отмечен у работающего населения. Недоступность платных услуг и лекарств породили широкое распространение практик отказа от лечения. Если в 1996 г. 20,6% взрослых пациентов готовы были купить лекарства за любую цену, то спустя 3 года таких уже было 14,2%. А число пациентов, которым пришлось отказаться от покупки лекарств, за эти же годы удвоилось с 7,5% до 15%. Кстати, данные мониторинга в Москве в 2000 г. показали, что даже среди врачей 40% опрошенных не могут приобрести своим детям нужные лекарства из-за дороговизны [5].

О распространенности случаев отказа от лечения говорят и данные исследования, проведенного под руководством Н. М. Римашевской [16]. Вынужденный отказ населения от госпитализации составил 27% от числа опрошенных. В половине этих случаев он связан с отсутствием средств для оплаты услуг. В среднем по всем видам медицинской помощи 20% нуждающихся в ней не смогли удовлетворить эту потребность.

В. Э. Бойков, на основе опроса 3000 домохозяйств в республике Карелия, свидетельствует о прямой зависимости между величиной доходов населения и долей отказов от медицинских услуг и покупки лекарств [17]. В исследовании "Техническое содействие реформе системы здравоохранения" (финансируемом Всемирным Банком в 2001 г.) говорится о том, что существует недосыгаемость медицинских услуг для большинства низкодоходных групп населения, а также практически для всех сельчан в Новгородской области и Чувашской Республике [5]. Невозможность оплачивать медицинские услуги указали 85% опрошенных респондентов в мониторинге здоровья населения Тюменской области [17].

Самолечение как основная стратегия низкодоходных групп

Обращение за медицинской помощью на поздних стадиях заболеваний, частичный или полный отказ от лечения оборачиваются распространенной практикой самолечения. Это означает, что заболевший человек сам себе ставит диагноз и выбирает лекарство. Он ориентируется на широко представленную в СМИ фармацевтическую рекламу, авторы которой говорят о симптомах заболеваний и склонны многим средствам и лекарствам приписывать универсальные свойства. Законодательного контроля над адекватностью ее содержания в реальности нет. У потребителей рекламы возникает иллюзия, что они могут и без врачей, руководствуясь аннотацией к лекарствам, осуществлять самостоятельное лечение. Питательной средой для распространения самолечения является и популярная литература медицинской направленности, которая обладает тем же недостатком. Таким образом формируются новые риски для общественного здоровья - бесконтрольный прием населением лекарственных препаратов, антибиотиков, биологически активных соединений. О росте распространенности практик самолечения свидетельствуют данные многих исследований. В частности, в Новгородской области и Чувашской Республике для сельского населения самолечение рассматривается как добровольно принудительное социальное исключение из сферы медицинского обслуживания. А практику самолечения врачи называют среди причин высокой смертности в России [1, 5, 8, 13, 18].

Другая разновидность этого - добровольный выбор нелецензированных и немедицинских методов лечения. В такой стратегии просматривается стремление к универсальным методам, которые якобы воздействуют сразу на все проблемы (медицинские, семейные и прочие). Эти методы (целительство, услуги экстрасенсов, магия и заговоры) не имеют научной основы и никаких доказательств их эффективности. Они, к сожалению, тоже широко рекламируются всеми видами СМИ. По оценкам Т. М. Максимовой к нетрадиционной медицине обращаются 8% населения, что также является следствием неудовлетворенности официальной медициной [8].

Е. В. Дмитриева приводит анализ причин обращения к альтернативному лечению, почерпнутый из зарубежных исследований, поскольку отечественных на этот счет нет. Среди причин обращения выделяются такие: неэффективность официальной медицины в конкретной ситуации пациента, его недовольство своей пассивной ролью при лечении, страх от побочных эффектов принимаемых лекарств, боязнь радикальных или инвазивных способов лечения, наконец, просто неудовлетворенность харак-

тером общения между врачом и пациентом [19]. По мнению некоторых исследователей, альтернативная медицина - это периферическая медицина для маргинальных групп.

В российской сегодняшней действительности обращение к таким методам лечения в некоторых случаях рассматривается как обращение к более доступной (дешевой) альтернативе официальной медицине. К услугам такого рода обращаются преимущественно женщины. Это, в свою очередь, связано с отсутствием возможности получать медицинскую помощь, что является для них, в отличие от мужчин, сильным стрессором [13].

Эксплуатация здоровья в настоящее время получила широкое распространение. Инструментальная ценность здоровья еще в советские времена облегчала людям выбор при отсутствии других ресурсов (образования, социальных связей, накопленных сбережений) для достижения жизненно важных целей именно этот путь. Эксплуатация здоровья - это поведение, сознательно и систематически подвергающее здоровье сверхнормативным нагрузкам. К таким нагрузкам в первую очередь относится дополнительная, а часто и множественная трудовая занятость, регулярные сверхурочные часы работы, а также работа во вредных условиях труда. Все это лишает человека возможности полноценно восстанавливать силы, приводит к эмоциональному длительному напряжению, хронической усталости, что, в свою очередь, является пусковым механизмом развития или обострения практически всех хронических заболеваний.

Наиболее показательным в этом отношении является исследование Института экономики и организации промышленного производства Сибирского отделения РАН, проведенное на материалах Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) в 1994 - 2000 годы [20]. Его объектом выступило работающее население (ежегодный объем совокупности работающего населения в выборке составлял более 4 тыс. человек). Выяснилось, что более половины работающего населения имеет отклонения от нормы в здоровье; в 80% случаев за счет хронических заболеваний (в 2000 г. их имели около 45% лиц трудоспособного возраста, 76% - нетрудоспособного). Иными словами, лимит здоровья людей достаточно задействован или уже исчерпан. Однако респонденты продемонстрировали готовность на дополнительные затраты времени и труда для того, чтобы зарабатывать средства для социально-приемлемого уровня жизни: у 40% - месячная величина рабочего времени превысила рамки законодательно установленного времени (174 часа).

Работающие проявляют готовность к добровольной эксплуатации здоровья через увеличение продолжительности рабочего времени, но платят его потерей. Вместе с тем, расстройства здоровья приводят к ощутимым экономическим потерям и для экономики страны, и лично для работника. Исследование показало, что чем ниже уровень здоровья, тем меньше восходящая мобильность работника, и наоборот.

Безработица и боязнь потерять работу вынуждают россиян идти добровольно на сверхурочную работу, работу во вредных для здоровья условиях, о чем свидетельствуют промежуточные результаты двух финско-русских проектов [9, 10]. Ненормированный рабочий день весьма распространен в частном секторе, как среди простых работников, так и среди менеджеров. Это продиктовано производственной необходимостью, входит в понятие корпоративной культуры, как показатель преданности делу компании. Особенно нещадно здоровье эксплуатируется в теневой экономике: постоянный стресс и напряжение, связанные с правовой и физической незащищенностью трудовой деятельности; добровольное согласие на любые вредные условия труда; отказ от отпусков, ненормированность рабочего времени [5, 8, 13].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Шилова Л. С.* Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентации по охране здоровья // Социальные конфликты: экспертиза, прогнозирование, технологии разрешения. М.: Институт социологии РАН, 1999. С. 86 - 114.

2. Шишкин С. В., Богатова Т. Б., Потанчик Е. Г., Чернец В. А., Чирикова А. Е., Шилова Л. С. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия "Научные доклады: независимый экономический анализ", N 142, М.: МОНФ; Независимый институт социальной политики, 2003.
3. Шишкин С. В., Бесстремьянная Г. Е., Красильникова М. Д., Овчарова Л. Н., Чернец В. А., Чирикова А. Е., Шилова Л. С. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ. 2004. С. 8.
4. Сидорина Т. Ю., Сергеев Н. В. Государственная социальная политика и здоровье россиян // Мир России. Социология, этнология. 2001. Том X. N 2. С. 67 - 92.
5. Решетников А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2000. N 12; Панова Л. В. Доступность первичной медицинской помощи в оценках петербуржцев. 2001. <http://www.nagcom.ru/ideas/common/35/html>; Кабалина В., Козина И., Плотникова Е. и др. Техническое содействие реформе системы здравоохранения: результаты социальной оценки. М.: ИСИТО, Высшая школа экономики. 2002; Назарова И. Б. Взаимоотношения "врач-пациент": правовые и социальные аспекты // Социол. исслед. 2004. N 7. С. 142 - 147.
6. Медик В. А., Осипов А. М. Взаимодействие населения с учреждениями здравоохранения в регионе // Здравоохранение Российской Федерации. 2005. N 5. С. 28 - 31.
7. Бурмыкина О. Медицинское обслуживание в оценках петербуржцев // Социология и социальная антропология. 2003. Том VI. С. 369 - 395.
8. Гаджиев Р. С., Гасанов А. Н. Качество диспансеризации подростков в городских детских поликлиниках // Здравоохранение Российской Федерации. 2005, N 4. С. 51 - 53; Максименко Л. Л., Курьянов А. К. Изучение мнения населения о проблемах здоровья и здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации, 2003. N 1. С. 20 - 22; Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002.
9. Баранов И. Н., Скляр Т. М. Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличение равенства доступности услуг здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга) / Социальная политика: реалии XXI века. Вып 2. М.: Независимый институт социальной политики. 2004. С. 380 - 410; Гаджиев Р. С., Назаралиева З. К. Мнение городского населения об амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. N 1. С. 21 - 23.
10. Панова Л. В., Русинова Н. Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи: социологический анализ. // Социол. исслед. 2005. N 6.
11. Котова Г. Н. Потребность городского населения в амбулаторно-поликлинической помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 2001. N 6. С. 11 - 13.
12. Петрова Н. Г., Железняк Е. С., Блохина С. А. Мнение пациентов, обратившихся в государственные и негосударственные лечебно-профилактические учреждения, о платных услугах в здравоохранении // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. Т. 3. С. 27 - 31.
13. Шилова Л. С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социол. исслед. 2000. N 11. С. 134 - 144.
14. Юдин Б. Г. Здоровье человека в эпоху новых технологий. Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: Изд-во Института человека РАН, 2003.
15. Пиетиля И., Дворянчикова А. П., Шилова Л. С. Российское здравоохранение: ожидания населения // Социол. исслед. 2007. N 5.
16. Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация / Под ред. Н. М. Римашевской. М., 2002.
17. Бойков В. Э. Расходы на медицину: социологический аспект // Социол. исслед. 1999. N 5. С. 105- 107.
18. Губин А. В. Состояние здоровья населения Тюменской области // Социол. исслед. 1999. N 5. С. 93 - 95.
18. Серебренникова А. Отношение к здоровью как фактор дифференциации населения. В сб. Новые потребности и новые риски. Реальность 90-х годов. Под ред. И. И. Травина. СПб.: Норма, 2001. С. 130 - 148; Браун Дж. В., Русинова Н. Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономность пациента и(к) медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. Ред. Б. М. Фирсов. СПб., 1996. С. 142 - 146.
19. Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.
20. Тапилина В. С. Здоровье и рабочее время: реалии 1990-х гг. / Социальная политика: реалии XXI века. Вып 2. М.: Независимый институт социальной политики. 2004. С. 315 - 348.