

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТА С МЕДПЕРСОНАЛОМ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Автор: Н. Л. АНТОНОВА

*АНТОНОВА Наталья Леонидовна - кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии
Гуманитарного университета (г. Екатеринбург).*

Преобразования, характерные для современного российского общества, коснулись и здравоохранения: с 1992 г. в стране функционирует институт обязательного медицинского страхования (ОМС). Его сущность заключается в том, что любой индивид может получить бесплатные медицинские услуги и лекарственную помощь в рамках специально разработанной программы государственных гарантий. В основе ОМС лежат следующие принципы: всеобщность (все граждане России независимо от пола, возраста, уровня доходов, места жительства должны быть застрахованы); государственный характер (все его средства находятся в собственности у государства); страховые отношения (сумма страхового взноса, договора и т.п.) осуществляются, опираясь на законодательную базу; социальная справедливость (платежи перечисляются на все население, однако их использование осуществляется при обращении индивида за медицинской помощью - "здоровый платит за больного", объем предоставляемой медицинской помощи не зависит от уровня материального положения застрахованного - "богатый платит за бедного"); натуральная форма страхования (выплаты при наступлении страхового случая предоставляются не в денежной форме, а в натуральной, в виде оказания медицинской помощи); бессрочность (страхование осуществляется на протяжении всей жизни индивида); действие независимо от внесения страховых платежей (даже при задержках страховых отчислений страхователем медицинская помощь будет предоставляться бесплатно в силу обязательств со стороны государства).

В соответствии с Законом РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" основными субъектами обязательного медицинского страхования выступают застрахованные, страхователи, страховщики и исполнители медицинских услуг. По общему признанию наши законы не плохие, но в реальной жизни они реализуются не всегда и исполняются не всеми. Мы поставили себе задачу - выявить особенности взаимодействия пациентов, включенных в ОМС, с исполнителями медицинских услуг (медицинский персонал лечебных учреждений).

Исследование проведено в 2004 г. в Екатеринбурге. При опросе застрахованных использован квотный отбор (объем выборочной совокупности составил 568 человек), причем мы попытались учесть и снизить форсмажорные обстоятельства (эпидемии гриппа и т.п.). Одно из главных условий опроса - посещение застрахованным медицинского учреждения, работающего по программе ОМС, и получение медпомощи в

Работа выполнена при финансовой поддержке фонда МакАртуров (грант N 04 - 81316 - 000-GSS) и Российского гуманитарного научного фонда (грант N 04 - 03 - 83304а/У).

течение месяца до момента опроса. Доля мужчин составила 41% опрошенных, женщин - 59%; возрастные группы респондентов по численности примерно равны.

Важным показателем этого взаимодействия является оценка состояния собственного здоровья. Такая самооценка важна прежде всего тем, что является неким звеном, которое включает застрахованных во взаимодействия с медицинскими учреждениями. Практически половина опрошенных оценила свое здоровье как хорошее; 40% охарактеризовали его как удовлетворительное. Более высоко характеризуют свое здоровье мужчины и финансово благополучные респонденты. Каждый третий признал, что "следит" за здоровьем, и включает в свой образ жизни механизмы, способствующие его сохранению и улучшению (полноценный сон, принятие витаминов, регулярное питание и пр.).

От состояния здоровья зависит частота обращаемости пациентов в медицинские учреждения. Так, 1 - 2 раза в год обращались 42% опрошенных; 36% - раз в 2 - 3 года; 15% - раз в 2 - 3 месяца; 3% - каждый месяц; 2% - несколько раз в неделю и столько же не обращались вообще.

Среди тех, кто наносил визиты в медицинские учреждения 1 - 2 раза в год - большей частью люди молодого и среднего возраста, имеющие высшее и среднее профессиональное образование. Частота обращения пропорциональна возрасту застрахованных: чем они старше, тем их потребность в медицинских услугах увеличивается. Женщины за такой помощью обращаются значительно чаще мужчин. Каждый десятый опрошенный идет туда в целях профилактики, 2/3 респондентов признались, что посещают медицинские учреждения только в крайнем случае, когда методы и средства, применяемые при самолечении, не приносят позитивного результата. Практика самолечения свидетельствует о нежелании "лишний раз" взаимодействовать с поликлиниками, поскольку "поход" к врачу не всегда "безболезнен". Речь идет о проблемах и трудностях, с которыми сталкиваются пациенты при получении медицинской помощи. Каждый второй застрахованный основной проблемой считает организацию "доступа к телу" врача, поскольку на его пути для получения консультации специалиста "стоит" регистратор. Талонная система обслуживания в поликлинических учреждениях, с одной стороны, позволяет структурировать, регламентировать и организовать прием врача, с другой, создает сложности для больного (неоднократные попытки записаться, отложенный визит, несоблюдение временных параметров, указанных в талоне, и т.д.). Пациенты называют и другие проблемы, связанные с приемом врача. Почти половина опрошенных отметила, что медицинский персонал невнимателен, а зачастую, груб в общении; 29% - "пожаловались" на отсутствие индивидуального подхода при лечении; каждый пятый обвиняет медперсонал в нежелании предоставить информационную картину его заболевания. Таким образом, опрос засвидетельствовал, что проблемы взаимодействия "застрахованный - исполнитель медицинских услуг" являются одними из самых острых.

В ходе исследования мы провели ряд фокус-групповых интервью, которые также подтвердили обозначенные выше трудности. Характерен такой комментарий: *"Мой недавний опыт общения с врачами вспоминаю с ужасом. Я была как маленький крохотный винтик, который затруднял работу медперсонала. Мое желание получить ответы на вопросы, касающиеся моего здоровья, вызывали резкую негативную реакцию, попытки выяснить противопоказания и побочные действия назначенных лекарственных препаратов вызывали раздражение. Когда я обратилась к лечащему доктору с просьбой о консультации еще одного специалиста, мне было отказано в очень грубой и жесткой форме"*.

Материалы исследования позволяют прийти к выводу, что опыт взаимодействия пациентов с медработниками имеет еще и негативную окраску. Однако, в ходе анализа данных мы обнаружили противоречие, которое возникает при оценках респондентами характера взаимодействия с врачами. Так, большая часть опрошенных (62%) считает, что отношения, сложившиеся у них с врачом, имеют дружественную окраску. *"Я стремлюсь к дружбе с врачом. Это "выгодно" для меня, поскольку я во время болезни оказываюсь в каком-то "приниженном" положении, а от него (врача) зависит, как скоро я буду чувствовать себя лучше"*. Вместе с тем, практика западных исследователей показывает, что для более эффективного взаимодействия отношения должны носить нейтральный, формальный характер. Есть и у нас подобные точки зрения. Тем не менее дружба с врачом, по мнению пациентов, позволит отойти от формализа-

ции и будет способствовать удовлетворенности медицинской помощью, увеличит доступность к медицинским услугам различной направленности. *"Формальные отношения с врачом мне не нужны. Я хочу иметь возможность в любое время позвонить ему, проконсультироваться, хочу, чтобы он уделит мне больше времени"*.

Результатом визита к врачу является назначение лекарственных средств, высокая стоимость которых, зачастую, озадачивает пациентов. Так, 56% опрошенных готовы купить более дешевый аналог предлагаемого лекарства; 16% респондентов предпочитают отказаться от лечения; 8% постарается обратиться за финансовой помощью; лишь только 20% пациентов могут позволить себе купить лекарственный препарат за любую цену. Вот что отметила одна из участниц опроса: *"Мне выписали дорогое лекарство. В аптеке мне объяснили, что есть российский аналог, практически с таким же составом. Пришлось опять "бежать" к врачу и консультироваться о возможности его применения. Этот случай стал для меня хорошим уроком, и теперь, если приходится обращаться за медицинской помощью, я всегда уточняю стоимость выписанных мне препаратов и возможность их замены на более дешевые"*. Вместе с тем, каждый пятый пациент солидарен с таким мнением: *"Здоровье - необходимый и важный ресурс, экономить на нем я не хочу. Сказал врач, что этот препарат самый лучший - пойду и куплю, даже если придется отказаться от чего-нибудь другого"*.

Вызывает опасения тот факт, что пациентов, отказывающихся от лечения, в два раза больше, чем тех, кто готов обратиться за финансовой помощью. Эти пациенты ставят себя в очень сомнительную ситуацию, поскольку эффективность их лечения зависит от рекомендаций, данных врачом. В то же время пациенты готовы приобретать лекарственные препараты для детей, независимо от их стоимости: *"Для своего ребенка, конечно, я приобрету даже самые дорогие лекарства, лишь бы был толк от них, а для себя - как-нибудь обойдусь или куплю что-нибудь подешевле"*.

Одной из практик, сложившихся в российском здравоохранении, являются различные формы благодарности со стороны пациентов. Анализируя подобные "вознаграждения", исследователи выделяют следующие модели неформальных платежей: плата "по тарифу", плата по возможности, плата по просьбе, плата-благодарность*. Более половины опрошенных (59%) признались, что пользовались такими проплатами. Инициаторами их в большинстве случаев оказывался сам пациент (48%); родственники и друзья (26%); врачи и медсестры (9%). 15% считают данное явление российской традицией, которая существует с советских времен, так как оплата труда медперсонала невысокая. По их мнению, врачи "вынуждены" обращаться к практике неформальных платежей. *"Мои визиты к "дамскому доктору" бывают довольно частыми, и всегда я беру коробочку конфет или баночку кофе. Я сама принимаю такое решение. Пару раз я не успела приобрести что-нибудь для своего врача, однако он ни одного слова мне не сказал, а принял меня как всегда"*. Тем не менее в ходе фокус-групп сформулирована еще одна позиция: *"Врачи предлагают заплатить деньги им лично, а не через кассу медицинского учреждения. Причем такой подход устраивает всех: пациент платит сумму гораздо меньшую "в руки" специалиста, врач получает больше от пациента, нежели через кассу за свой труд"*.

Анализ таких интервью позволяет прийти к следующим выводам. Во-первых, характер благодарности зависит от опыта и профессиональной сферы врача. Так, одними из самых благодарных являются пациенты, которым предстоит операция, а также хронические больные, которые стремятся *"получить не только эффективное лечение, но и психологический комфорт в отношениях с врачом"*. Во-вторых, желание отблагодарить зачастую возникает после успешно проведенного лечения: *"Меня привезли на скорой, думал уже не "выкарабкаюсь". Врачи, мне кажется, приложили все усилия. Конечно, когда я встал, моим первым желанием было отблагодарить персонал отделения. Родственники принесли цветы, коньяк, конфеты. В общем, все остались довольны"*. В-третьих, желание ускорить получение той или иной медицинской услуги стимулирует пациента на это. *"Я очень занятой человек, у меня был всего один день для обследования и я открыто и честно сказал об этом врачу, намекнув"*

*См.: Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. М.: Московский общественный научный фонд; Независимый институт социальной политики, 2003. С. 64 - 73.

на то, что буду ей чрезмерно благодарен, если она сможет мне помочь. И действительно, мне очень быстро сделали анализ крови, УЗИ и еще чего-то, даже проконсультировали с другими специалистами". В четвертых, вознаграждение позволяет надеяться на получение медицинской помощи более высокого качества. "Благодарность выступает неким гарантом того, что я получу качественное медицинское обслуживание. Наверное, это стереотип, но бесплатно ассоциируется у меня с плохим качеством..."; "Мне кажется, что врачи прекрасно понимают больных, готовых заплатить или как-то отблагодарить в надежде на получение качественной помощи и пользуются этим. Врач же не будет специально приглашать еще специалистов, если видит какое у тебя заболевание. Он назначает одинаковое лечение людям как отблагодарившим, так и неотблагодарившим с одним и тем же заболеванием. Мне кажется, что мы стремимся купить внимание и хорошее отношение". В-пятых, желание отблагодарить связано с потребностью снизить расходы на лечение по сравнению с оплатой через кассу. Этот вариант удовлетворяет и врачей, и пациентов. В-шестых, инициативная благодарность со стороны пациента большей частью выражается в подарках, среди которых доминирует "стандартный набор": цветы, конфеты, коньяк. "Несмотря на то, что сегодня можно выбрать любой подарок, но, видимо, так уж сложилось, что мы несем врачу либо коробку конфет, либо бутылку вина или коньяк".

Благодарность как один из механизмов взаимодействия пациентов и врачей "работает" в здравоохранении с давних времен. Здесь важно разделять желание самого пациента и требования со стороны медперсонала. В первом случае оно осуществляется на "добровольной" основе и не предполагает каких-либо жестких санкций в отношении, прежде всего, медработника. Во втором, следует четко "разводить" услуги, входящие в программу государственных гарантий, то есть бесплатные для пациента, и предоставляемые сверх данной программы. Отсутствие информированности пациентов о медицинской помощи в рамках программы ОМС приводит к тому, что услуга оплачивается дважды: пациентом и страховой медицинской организацией.

Одним из важных вопросов, касающихся взаимодействия медперсонала и застрахованных, является проблема отказа в медицинском обслуживании - явление, результаты которого, зачастую, имеют непредсказуемый характер, ведущий к обострению заболеваний вплоть до летального исхода. 19% респондентов признались, что причиной подобного отказа стало отсутствие необходимых специалистов, что снижает доступность получения медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования. Такая же доля опрошенных отметила как причину отказа "проживание в другом районе". Территориальный принцип выступает тормозом развития рыночной конкуренции между медицинскими учреждениями. 14% опрошенных отказали из-за отсутствия страхового полиса. Они не видят в этом смысла. Вот некоторые их мнения. "Полис ОМС - это мой пропуск на "закрытый объект", в котором мне окажут медицинскую помощь, может быть даже бесплатно. Только, к сожалению, бесплатным, как правило, оказывается прием врача, а за все остальное я должна платить собственные деньги. Так для чего нужен страховой полис? Просто пропуск к врачу"; "Мне нужна была консультация эндокринолога, а в нашей поликлинике его нет. Если бы он был у нас, то принял бы "по номерку" бесплатно, а мне пришлось оплачивать его услуги в другой поликлинике". В целом, статус страхового полиса весьма размыт, поскольку застрахованные могут получить бесплатные медицинские услуги практически в том учреждении, к которому они "прикреплены", и только тех специалистов, которые ведут прием в конкретной поликлинике.

Таким образом, исследование показало, что взаимодействие пациентов с медицинским персоналом в рамках ОМС формализовано и осуществляется на основании договора со страховой медицинской организацией. Однако страховой полис имеет неопределенный статус и выступает в качестве "билета" в кабинет врача или другого медперсонала. Территориальный принцип (по месту жительства) ограничивает пациента в выборе учреждения, а также врача, затрудняет развитие рынка медицинских услуг. Тем не менее очевиден и другой вывод: институт ОМС имеет большие перспективы и важно, чтобы его функционирование отвечало требованиям не только экономической целесообразности, но и социальной направленности. Одним из актуальных направлений в его деятельности становится создание условий для эффективного взаимодействия врача и пациента, ориентированного на достижение общей цели - выздоровление.