

# Социология здоровья и медицины

© 2005 г.

Л.В. ПАНОВА, Н.Л. РУСИНОВА

## НЕРАВЕНСТВА В ДОСТУПЕ К ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

---

*ПАНОВА Людмила Васильевна - кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Социологического института РАН (Санкт-Петербург). РУСИНОВА Нина Львовна - кандидат экономических наук, заведующая сектором социологии здоровья этого же института.*

---

В современном обществе возможность получения необходимых услуг здравоохранения рассматривается как одно из неотъемлемых социальных прав человека, поскольку медицинская помощь направлена на удовлетворение первоочередных, жизненно важных потребностей, связанных с поддержанием здоровья, освобождением от боли и предотвращением преждевременной смертности. Многочисленные исследования показали благотворное влияние своевременной и качественной медицинской помощи на здоровье пациентов, и позитивную связь доступной системы здравоохранения со здоровьем населения в целом [1, 2, 3]. Все это свидетельствует о высокой социальной значимости проблемы доступности медицинской помощи и актуализирует ее изучение. Вместе с тем, обеспечение различных групп населения равными правами в получении медицинских услуг в соответствии с их потребностями имеет и более широкие социальные последствия. Во-первых, уменьшение дифференциации в доступности медицинских услуг смягчает неравенства в обществе, поскольку последние, по определению, представляют собой не только различия в материальном положении, но и неравный доступ к социально значимым благам, в ряду которых медицинская помощь занимает одно из ведущих мест. Во-вторых, как подтвердили исследования последних лет, даже в ситуации значительной дифференциации доходов, доступная и качественная медицинская помощь уменьшает социально обусловленные неравенства в здоровье, какими бы индикаторами оно не измерялось — продолжительностью жизни, смертностью, субъективным статусом здоровья [4,5,6].

Следует отметить, что уменьшение неравенств в обеспечении медицинскими услугами, особенно услугами системы первичной медицинской помощи, во многих развитых странах рассматривается как одна из центральных стратегических целей совершенствования систем здравоохранения. Особую же актуальность эта проблема приобретает в обществах транзитивного типа, и, в частности, в России, где отмечается резкое социально-экономическое расслоение населения и прослеживаются четкие тенденции ухудшения здоровья и увеличения неравенств в здоровье [7, 8]. В таких условиях важным становится обеспечение справедливого доступа к системе здравоохранения тех слоев, которые наиболее пострадали в результате реформ.

Проблема доступа к медицинским услугам привлекла внимание отечественных исследователей, прежде всего, в силу осуществляемой реформы здравоохранения, сопровождающейся резким дефицитом финансирования отрасли и масштабным привлечением средств самого населения к оплате медицинских услуг. Так, макро-экономический анализ динамики расходов на

---

Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 02-06-80428) и Фонда Дж. и К. Макартуров (грант № 03-77847-00-GSS).

медицинское обслуживание показывает уменьшение общего объема ресурсов, выделяемых на систему здравоохранения, и наличие серьезного дисбаланса между размерами финансирования и стоимостью программ государственных гарантий по обеспечению населения медицинскими услугами [9]. Можно считать доказанным и тот факт, что в современной России распределение расходов на медицинские услуги по социально-экономическим группам населения носит регрессивный характер - менее обеспеченные слои тратят большую часть своего семейного бюджета на медицинскую помощь, нежели высокодоходные группы. Люди с низким уровнем доходов гораздо чаще, по сравнению с другими слоями общества, вынуждены отказываться от различных видов медицинских услуг в связи с нехваткой средств [10, 11]. Очевидно, что финансовые основания чрезвычайно значимы для формирования определенного уровня доступности услуг здравоохранения. Однако, как свидетельствуют данные многочисленных зарубежных исследований, помимо этих принципиальных условий обеспечения доступа к медицинской помощи, существуют и другие факторы, оказывающие существенное воздействие на использование медицинских услуг. Это - и характеристики самой системы здравоохранения, в которых отражаются принципы ее организации и функционирования; и многообразие переменных, под воздействием которых принимаются значимые в данном контексте решения, как профессионалами-медиками, так и пациентами, формируется их поведение в процессе взаимодействия.

Ключевым концептуальным подходом, обеспечивающим возможность осуществления комплексного анализа детерминант доступа к учреждениям здравоохранения, является модель Aday и Andersen [12, 13], в соответствии с которой использование и доступ к услугам здравоохранения, в основном, определяются двумя группами факторов: параметрами системы предоставления медицинских услуг и характеристиками потребителей медицинской помощи. В числе первых, в частности, рассматриваются структурные показатели учреждений здравоохранения (территориальная доступность, наличие медицинского персонала, своевременность и удобство предоставления услуг) и индикаторы, характеризующие процесс оказания медицинской помощи (взаимоотношение врача и пациента).

Характеристики потребителей медицинских услуг включают в себя: во-первых, факторы predispositions потребителей, обуславливающие их желание и готовность взаимодействовать с системой оказания услуг здравоохранения и профессионалами-медиками (пол, возраст, образование, профессия, система представлений о здоровье, информированность в вопросах здоровья и возможностей здравоохранения); во-вторых, имеющиеся в распоряжении потребителей финансовые и организационные возможности реализации доступа к системе медицинских услуг; и, наконец, выраженность их потребности в медицинской помощи.

В рамках именно этой модели мы предприняли попытку проанализировать доступность медицинской помощи, применительно к наиболее широко используемой населением сфере здравоохранения - системе оказания первичных медицинских услуг. Цель нашего исследования - изучение различий в доступе к первичным медицинским услугам между социально-статусными группами населения и выявление влияния структурных и процессных характеристик первичной медицинской помощи на оценку потребителями доступности амбулаторно-поликлинических услуг.

Эмпирическую базу исследования составляет массовый опрос потребителей медицинских услуг ряда районных поликлиник Санкт-Петербурга ( $N = 600$ ), проведенный в октябре-ноябре 2003 г. Процедура построения выборки включала три этапа. На первом были выбраны три района, отражающие социальную дифференциацию городского пространства: Петроградский, представляющий центральную часть города, Московский как зона, непосредственно примыкающая к промышленному поясу, и Невский как типичная территория новой жилой застройки. На втором этапе в каждом из них на основе экспертных интервью были выбраны по две районные поликлиники, различающиеся по качеству обслуживания. И, наконец, на третьем этапе из числа населения, обслуживаемого каждой из попавших в выборку поликлиник, было отобрано по 100 человек, обращающихся за медицинской помощью, главным образом, в районную поликлинику. Контролируемыми признаками выборочной совокупности являлись: возраст в интервале 35-65 лет; пол и уровень образования. Возрастное ограничение обусловлено как содержательными соображениями - наличием у этих людей опыта обращения в систему здравоохранения; актуальностью изучения индивидов, входящих в интервал, характеризующийся наибольшими рисками смертности (50-60 лет) [7]; так и необходимостью обеспечения хорошей наполненности сравниваемых подгрупп в условиях относительно небольшого общего объема выборочной совокупности.

Сравнение априорной модели выборки и полученной в результате опроса показывает, что смещение количественных показателей по всем контролируемым признакам составляет 1-

4%. Опрос проводился в виде персонального интервьюирования респондентов по месту жительства по специально разработанной анкете, включающей более 100 признаков.

*Доступ к первичным услугам здравоохранения.* В соответствии с целями исследования, в качестве зависимой переменной был использован индикатор осознаваемого доступа, поскольку именно такое измерение позволяет оценить не только возможность попасть в систему здравоохранения (осуществить первичный доступ), но и получение качественной медицинской помощи, адекватной потребности в ней. Субъективная оценка его оценивается специалистами как валидный измеритель. Так, по данным ряда исследований, самооценка доступа к первичным медицинским услугам выступает значимым предиктором необоснованной госпитализации, объясняя около 50% вариаций госпитализации, которую можно было бы избежать в случае предоставления своевременной амбулаторной помощи [14, 15]. Исходя из задач и опираясь на выводы наших исследований, мы использовали в качестве измерителя доступа самооценку. Осознаваемый доступ измерялся нами с помощью пятибалльной шкалы по ответам на вопрос "Насколько сложно Вам получить медицинскую помощь, когда Вы в ней нуждаетесь".

*Ключевые параметры системы предоставления первичных медицинских услуг.* В операционализации основных характеристик системы мы исходили из общепринятого определения содержания и функционального предназначения первичной медицинской помощи, сформулированного Всемирной организацией здравоохранения. Согласно ему, это понятие включает обеспечение населения доступными и комплексными медицинскими услугами, предоставляемыми практикующими врачами, в обязанности которых входит удовлетворение большинства потребностей населения в медицинском обслуживании, установление долгосрочных отношений с пациентом, основывающихся на знании условий жизни его семьи и учитывающих его культурный уровень.

Обеспечение пациентов доступной помощью означает удобство и своевременность предоставления медицинских услуг. Под комплексностью медицинской помощи подразумевается, что лечение носит всеобъемлющий, систематический и согласованный характер, и подчеркивается важность установления длительного контакта между врачом и пациентом в форме сотрудничества, основанного на взаимном уважении и доверии. И, наконец, обращается внимание на то, что обеспечение высококачественной медицинской помощью предполагает хорошее знание условий жизни больного, его семейного положения, культурного уровня.

Измерение основных характеристик первичной медицинской помощи осуществлялось нами в рамках апробированных методик, разработанных американскими и английскими исследователями: Primary Care Assessment Survey - PCAS [16,17] и General Practice Assessment Survey - GPAS [18, 19, 20]. Естественно, что они адаптированы нами к условиям российского здравоохранения. Однако, в силу общности целей первичной медицинской помощи при любой организации системы здравоохранения, основные блоки (или домейны) характеристик, по которым оценивалась система предоставления первичных медицинских услуг, оказались идентичными. Так, мы рассматривали четыре блока характеристик первичной помощи, измеряемых, в общей сложности, по девяти столбальным шкалам - восемь из которых являлись множественными, и одна - единичной (см. табл. 1).

*Социально-демографические характеристики.* В исследовании был использован стандартный набор данных характеристик: пол, возраст, образование, материальное положение, которое измерялось по индикатору субъективной оценки возможностей дохода и уровню депривации. *Потребность в медицинской помощи* определялась на основе самооценки здоровья, измеряемой в рамках методики SF-36 Health Survey [21] по пяти индикаторам. По результатам распределения ответов на соответствующие вопросы анкеты был построен индекс общей самооценки здоровья. Дихотомизация полученного признака позволила идентифицировать людей, характеризующихся пониженным осознаваемым статусом здоровья, и, следовательно, испытывающих выраженную потребность в медицинской помощи.

Данные опроса свидетельствуют о том, что в целом уровень осознаваемого доступа к первичным услугам здравоохранения довольно низок. Так, среднее значение общих самооценок доступности первичной медицинской помощи составило лишь 51,79 балла ( $\sigma^* = 23,53$ ). Ощутимые трудности в получении медицинских услуг испытывают более трети респондентов (39,5%), и 5,9% опрошенных считают, что в случае возникновения потребности в медицинской помощи, доступ к ней оказывается крайне ограниченным.

---

\*  $\sigma$  - стандартное отклонение.

Характеристики основных доменнов первичной помощи

Домены	Шкалы	Содержание вопросов
Территориальная и организационная доступность учреждения первичной помощи	Удобство и своевременность получения медицинской помощи Характеристики работы регистратуры	Удобство расположения поликлиники, возможность своевременно попасть к врачу, время ожидания приема в поликлинике, возможность телефонной связи с врачом и регистратурой, отношение работников регистратуры к пациентам
Межличностные отношения врач-пациент	Умение врача взаимодействовать с пациентом	Готовность подробно расспрашивать пациента, слушать, объяснять, давать необходимую информацию по поводу его здоровья и лечения
	Стремление врача оказывать личностную поддержку пациенту	Готовность врача в течение приема уделять пациенту как можно больше времени, стремление поддержать пациента, проявить заботу, участие
	Знание врачом пациента	Знание заболеваний пациента, особенностей в отношении здоровья, обстоятельств его жизни
	Умение врача помочь пациенту	Умение врача помочь пациенту осознать его проблемы со здоровьем, справиться с заболеванием и поддерживать здоровье
Преимственность и непрерывность предоставления медицинской помощи	Выполнение врачом функций постоянного наблюдения	Постоянное обращение пациента к участковому врачу
	Выполнение функций координации в предоставлении лечебной помощи	Возможность получения консультации специалистов по направлению участкового врача
Комплексность предоставляемой медицинской помощи	Предоставление в поликлинике широкого спектра медицинских услуг	Возможность получения услуг, необходимых при острых, хронических заболеваниях и профилактических обращениях

Анализ паттернов осознаваемого доступа к услугам первичного здравоохранения по социально-структурным параметрам населения говорит о неравномерном характере распределения проблем с доступом среди различных групп горожан (табл. 2). Уровень осознаваемого доступа несколько выше среди мужчин по сравнению с женщинами. Возраст и образование не дифференцируют восприятие доступности медицинских услуг. Почти половина респондентов, независимо от принадлежности к той или иной возрастной группе или уровня образования, отмечают значительные трудности в доступе к услугам первичного здравоохранения. Самооценки доступности первичных медицинских услуг оказываются статистически значимо связанными и с уровнем материального благосостояния. Так, в числе малообеспеченных респондентов значительно выше доля тех, кто сталкивается со значительными трудностями в получении медицинской помощи (53,3%), по сравнению с высокодоходной группой, в которой таких менее трети (30,9%).

Очевидно, определенную роль в формировании осознаваемого доступа играет также и выраженность потребности в медицинской помощи. Респонденты, испытывающие высокую потребность в ней, в целом оценивают доступ заметно хуже по сравнению с теми горожанами, которые по состоянию своего здоровья меньше нуждаются в услугах здравоохранения.

Из восьми анализируемых характеристик первичной помощи ниже всего оцениваются потребителями удобство и своевременность получения необходимых услуг, знание врачом пациента, его проблем со здоровьем, общей жизненной ситуации и домашних обстоятельств, а также выполнение лечащим врачом функций постоянного наблюдения (табл. 3).

Анализ распределения мнений респондентов относительно организации предоставления медицинской помощи в районной поликлинике и взаимоотношений, складывающихся между врачом и пациентом по различным группам населения, показал следующее. Оценки территориальной и организационной доступности медицинских услуг практически не дифференцируясь в зависимости от пола и возраста потребителя, в то же время демонстрируют статистически значимые, хотя и слабо выраженные различия по таким индикаторам социальной позиции, как образование и материальное положение. Любопытно, что эти связи носят прямо

Таблица 2

**Оценка доступности поликлинической помощи по социально-демографическим группам населения и в зависимости от выраженности потребности в медицинских услугах**

	Среднее значение (в баллах)	$\sigma$ (стандартное отклонение)	Доля низких оценок (в %)	N
<b>Пол</b>				
мужчины	54,6	24,06	38,9	257
женщины	49,6	22,85	51,7	265
<b>Возраст</b>				
35—44 года	51,5	24,66	45,5	189
45-54 года	51,45	23,98	44,6	195
55-65 лет	52,56	21,62	46,4	138
<b>Образование</b>				
среднее и ниже	52,52	24,15	44,8	344
высшее	50,37	22,48	46,6	178
<b>Оценка дохода</b>				
низкая	48,13	23,64	53	338
высокая	58,61	21,93	30,9	178
<b>Депривация</b>				
сильная	46,4	24,41	62,3	244
слабая	58,71	21,7	24,1	278
<b>Потребность в медицинской помощи</b>				
высокая	47,77	22,14	55,21	212
низкая	54,61	24,37	38,8	307

Таблица 3

**Оценка основных характеристик первичной медицинской помощи**

Основные характеристики первичной помощи	Средняя оценка (в баллах)	$\sigma$	Доля низких оценок (в %)	N
Удобство и своевременность получения медицинской помощи	45,63	19,7	61,6	573
Работа регистратуры	54,26	26,15	32,6	473
Умение врача взаимодействовать с пациентом	57,67	18,88	43,2	550
Стремление оказать личностную поддержку	65,48	28,71	33,9	550
Знание врачом пациента	36,7	30,27	74,2	556
Умение врача помочь пациенту	67,23	41,21	32	591
Выполнение функций постоянного наблюдения	52,51	34,07	54,2	560
Комплексность предоставляемых медицинских услуг	74,87	27,41	28,2	591

противоположный характер. Так, среди респондентов с высшим образованием отмечается заметно большая доля лиц, низко оценивающих территориальный и организационный доступ к услугам первичного здравоохранения, по сравнению с менее образованными (51,2% и 39,1% соответственно) (табл. 4). В то же время по всем индикаторам материального положения оценка территориальной и организационной доступности первичной медицинской помощи улучшается по мере повышения уровня благосостояния. Так, в наиболее обеспеченной группе низкие оценки своевременности и удобства получения медицинской помощи в районной поликлинике, а также качества работы регистратуры дает каждый третий респондент (32,9%), тогда как в низко доходных группах таких почти половина (47,6%). Подобная тенденция наблюдается и по индикаторам депривации. Иначе говоря, чем ниже уровень благосостояния, как бы он ни измерялся, тем хуже потребители медицинских услуг оценивают организацию первичной медицинской помощи.

Похожие оценки наблюдаются и в области межличностных отношений врач-пациент (табл. 4). Пациенты районных поликлиник, независимо от пола, возраста или образования,

**Оценка территориального и организационного доступа  
по социально-демографическим группам населения**

	Территориальная и организационная доступность				Межличностные отношения врач-пациент			
	Оценка (в баллах)	$\sigma$	Доля низ- ких оце- нок (в %)	N	Оценка (в баллах)	$\sigma$	Доля низ- ких оце- нок (в %)	N
<b>Пол</b>								
мужчины	50,58	19,14	43,1	242	57,68	21,9	35,3	281
женщины	49,23	20,58	43	227	56,74	23,12	40,7	288
<b>Возраст</b>								
35-44 года	48,4	18,7	46,6	174	55,38	22,74	39,9	208
45-54 года	50,68	19,04	41,9	172	58,31	22,21	35,2	213
55-65 лет	49,88	19,88	39,8	123	58,16	22,65	39,2	148
<b>Образование</b>								
среднее и ниже	51,21	19,95	39,1	315	57,04	22,87	37,9	380
высшее	47,18	19,54	51,2	154	57,53	21,83	38,1	189
<b>Оценка дохода</b>								
низкая	48,3	20,29	47,6	313	57,73	22,28	40,2	368
высокая	53,27	18,62	32,9	152	56,69	22,79	33,4	192
<b>Депривация</b>								
сильная	47,72	22,85	56,4	226	55,97	23,16	46,7	269
слабая	52,6	19,31	32,3	243	57,97	21,93	25,7	300

характеризуют свои взаимоотношения с провайдером медицинских услуг примерно одинаково. Средняя оценка по стобалльной шкале колеблется незначительно - в любой из рассматриваемых подгрупп, чуть больше трети респондентов демонстрируют невысокое мнение о характере складывающихся с лечащим врачом отношений.

Уровень материальной обеспеченности также не проявляет статистически значимой связи с оценками, даваемыми потребителями первичной медицинской помощи врачам поликлиник. Однако по всем включенным в анализ индикаторам благосостояния прослеживается очевидная тенденция - среди наименее обеспеченных отмечается значительно большее число лиц, неудовлетворенных своими взаимоотношениями с лечащим врачом поликлиники, по сравнению с более благополучными слоями населения. Особенно значительны различия по индикатору депривации. Так, среди опрошенных, в наибольшей мере испытывающих материальные лишения, практически половина (46,7%) выражает крайнее недовольство тем, как выстраивают с ними отношения поликлинические врачи, в то время как в группе респондентов, обладающих высокими материальными возможностями, соответствующая доля лиц существенно меньше (25,7%).

Важную, на наш взгляд, дополнительную информацию о процессе предоставления первичных медицинских услуг в районной политике дал детальный анализ различных аспектов взаимоотношений врача и пациента. Как видно из табл. 3, из четырех шкал, по которым измеряются взаимоотношения между провайдером и потребителем медицинских услуг, более высокими баллами респонденты оценивают стремление оказать личностную поддержку пациенту и способность врача реально помочь больному в решении его проблем со здоровьем. При этом обращает на себя внимание, что способность людей воспользоваться советами лечащего врача оказывается связанной с уровнем их материальной обеспеченности. Так, среди пациентов, характеризующихся наиболее выраженной депривацией, более трети отмечают, что после посещения врача плохо себе представляют, что следует делать для решения своей проблемы со здоровьем, тогда как доля таких людей среди обеспеченных горожан составляет лишь около 17%. Этот, весьма тревожный, факт свидетельствует о том, что при взаимодействии с малоимущими пациентами, врачи зачастую не в состоянии оказать им реальную профессиональную помощь.

По шкале, характеризующей знание врачом пациента, получен следующий результат. Высокие оценки осведомленности лечащего врача поликлиники о проблемах своих пациентов чаще дают лица, относящиеся к малоимущим группам. Так, среди респондентов, особенно

**Оценка непрерывности и комплексности медицинской помощи  
по социально-демографическим группам потребителей**

	Преимственность и непрерывность помощи				Комплексность помощи			
	Оценка (в баллах)	$\sigma$	Доля низ- ких оце- нок (в %)	N	Оценка (в баллах)	$\sigma$	Доля низ- ких оце- нок (в %)	N
<b>Пол</b>								
мужчины	48,44	33,63	59,7	289	71,58	28,6	33	300
женщины	56	34,12	48,6	297	77,25	26,21	23,4	300
<b>Возраст</b>								
35-44 года	48,3	33,46	58,2	225	73,11	28,53	31,1	225
45-54 года	51,2	33,2	54,5	222	73,87	27,4	27,1	222
55-65 лет	59,48	35,24	47,8	153	77,12	35,24	25,5	153
<b>Образование</b>								
среднее и ниже	52,45	34,8	53,3	394	75,13	26,93	27,2	394
высшее	51,78	32,64	55,8	206	73,06	28,73	30,1	206
<b>Оценка дохода</b>								
низкая	58,6	34,14	42,5	380	75,54	26,76	21,4	380
высокая	44,7	32,74	62,5	211	60,63	34,38	38,4	211
<b>Депривация</b>								
сильная	56,14	34,94	46,1	278	74,01	26,6	23,9	276
слабая	39,14	30,94	75,7	324	64,77	30,26	31,8	392

ущемленных в материальных возможностях, каждый третий (33,9%) считает, что врач хорошо знает их проблемы; в более обеспеченной группе - таких лишь 20,8%. В значительной мере, это можно объяснить большим постоянством обращения малообеспеченных пациентов в поликлинику, и, соответственно, большим знакомством лечащих врачей с их проблемами.

Когда мы анализировали возможность соблюдения преимущественности в предоставлении пациенту первичных медицинских услуг, предполагающей достаточно длительный его контакт с районной поликлиникой, то оказалось, что только для четверти респондентов участковый врач фактически выполняет функции их постоянного врача, еще около 20% обращаются к нему в большинстве случаев. Более половины опрошенных (54,2%) в ситуации, когда нужна помощь или консультация, практически не прибегают к услугам врача-терапевта (табл. 5). Вполне ожидаемым явился тот факт, что к участковому врачу чаще обращаются женщины и малообеспеченные.

Комплексность оказываемой в поликлиниках медицинской помощи измерялась в нашем исследовании через фиксацию намерений респондентов обратиться туда в случае возникновения потребности. Удивительно, что, несмотря на довольно сдержанные в целом оценки горожанами работы районных поликлиник в различных ее аспектах, подавляющее большинство респондентов заявляют о своей готовности обратиться в поликлинику не только в случае острого заболевания, но и обострения хронического (82,2%), а также с новой незнакомой проблемой (87%). Более скромными оказываются намерения людей посетить поликлинику с целью получения профилактических услуг. На этот вопрос утвердительно ответила только половина опрошенных.

Уровень материального благосостояния оказывается значимым фактором, дифференцирующим людей по их готовности прибегнуть к услугам поликлиники. Именно экономически депривированное население практически во всех ситуациях будет обращаться в свои районные поликлиники, несмотря на то, что, как мы убедились, у них уходит больше времени и сил, чтобы попасть на прием не только к нужному специалисту, но даже к участковому. Так, более двух третей индивидов с низкими доходами и выраженной депривацией обратятся за помощью в свою поликлинику при возникновении любых, в том числе и новых, проблем со здоровьем. Среди благополучных в материальном отношении респондентов (высокий доход, отсутствие депривации) доля тех, кто будет искать помощи при возникновении таких проблем в своем амбулаторно-поликлиническом учреждении, существенно меньше.

В числе прочих задач в исследовании предполагалось выяснить также, различается ли уровень осознаваемого доступа к услугам первичной помощи в зависимости от того, как по-

Таблица 6

**Восприятие доступности поликлинических услуг в зависимости от оценки различных характеристик первичной помощи**

Оценка характеристик первичной помощи	Среднее значение (в баллах)	$\sigma$	Доля низких оценок осознаваемого доступа (в %)	N
<b>Территориальная и организационная доступность</b>				
низкая оценка	41,7	22,93	66,1	358
высокая оценка	59,29	22,31	29,8	223
<b>Межличностные отношения врач—пациент</b>				
низкая оценка	36,5	21,33	65,9	188
высокая оценка	57,14	23,12	33,7	315
<b>Непрерывность</b>				
низкая оценка	50,55	23,87	48,3	269
высокая оценка	52,7	23,12	42,2	253
<b>Комплексность</b>				
низкая оценка	50,36	26,34	48,9	135
высокая оценка	52,38	22,14	44,2	387

Таблица 7

**Детерминанты восприятия доступности первичной медицинской помощи**

Независимые переменные	Модель 1	Модель 2	Модель 3
Пол	0,45*	0,37*	0,43*
Возраст			
Образование			
Оценка дохода	0,89***	0,76***	0,77***
Потребность в медицинской помощи		0,02***	0,02***
Территориальная и организационная доступность			0,05***
Межличностные отношения врач-пациент			0,02**
N	516	513	490
R Square Nagelkerk	.074	.114	.371
Точность исполнения прогноза (%)	59,9	62,8	72,7

\*\*\*  $p \leq 0,001$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ .

ребителю оценивают ключевые элементы организации и процесса предоставления услуг в учреждениях первичного здравоохранения. Как показывает анализ (табл. 6), самооценка доступности первичных медицинских услуг, оказываемых в системе ОМС, проявляет существенные дифференциации практически по всем изучаемым параметрам первичной помощи. Различаются лишь вариации: от минимального - по индикаторам комплексности и непрерывности оказываемой помощи, до наиболее выраженного - по параметрам территориальной и организационной доступности поликлинических услуг и взаимоотношений врача и пациента. Так, среди пациентов районных поликлиник, высоко оценивающих удобство и своевременность оказываемых услуг, а также стиль общения и действенность помощи поликлинических врачей, в среднем в два раза чаще отмечается более высокий уровень оценки доступности первичной медицинской помощи.

В целях выявления результирующего влияния на восприятие доступности медицинской помощи, а также организации и качества первичной помощи, оказываемой в системе ОМС, был проведен регрессионный анализ с использованием метода бинарной логистической регрессии (табл. 7). В первую модель в качестве независимых переменных были включены: пол, возраст, образование; индикаторы, характеризующие материальное положение индивида. Во второй модели проверялось влияние социально-структурных характеристик потребителя медицинских услуг на оценку доступности первичной медицинской помощи при контроле за выраженностью его потребности в услугах здравоохранения. И, наконец, в третью модель были включены все три группы переменных, которые, как предполагалось, оказывают независимое влияние на восприятие доступности медицинской помощи - социально-демографические



параметры потребителя первичной медицинской помощи, потребность в медицинских услугах и основные характеристики первичной помощи (территориальная и организационная доступность, взаимоотношения врач-пациент, преемственность и непрерывность медицинских услуг и комплексность оказываемой помощи).

Результаты регрессионного анализа показывают, что на самооценку доступности первичной медицинской помощи независимое влияние оказывают такие социально-структурные параметры потребителей медицинских услуг, как их пол и материальное положение. Выявленный паттерн дифференциации доступности услуг первичного здравоохранения сохраняется и при контроле за потребностью в медицинской помощи. В целом можно сказать, что более высокий уровень осознаваемого доступа к первичным медицинским услугам демонстрируют мужчины, более обеспеченные горожане и лица, в меньшей степени - нуждающиеся в услугах здравоохранения. Как мы и предполагали, самостоятельный вклад в восприятие доступности медицинских услуг вносят ключевые параметры самой системы предоставления медицинской помощи. Так, в частности, в числе основных детерминант доступа выступают своевременность и удобство оказания медицинских услуг и индикаторы, характеризующие взаимоотношения врача и пациента.

Принципиально важно отметить тот факт, что параметры среды, в которой происходит потребление медицинской помощи, оказываются наиболее значимыми факторами, под влиянием которых люди формируют свое представление об уровне доступности услуг первичного здравоохранения. Это становится очевидным при сравнении объяснительных возможностей построенных регрессионных моделей. Так, при введении в общее регрессионное уравнение параметров организации и предоставления первичных медицинских услуг (модель 3), способность модели объяснять вариации зависимой переменной значительно расширяется - с 11% до 37%.

Подведем некоторые итоги. Исследование показало, что население Петербурга, города с хорошо развитой медицинской инфраструктурой, в целом весьма низко оценивает доступ к первичной медицинской помощи. Так, значительные трудности с получением амбулаторно-поликлинических услуг отмечает почти половина наших респондентов.

Полученные данные подтвердили нашу гипотезу о неравномерном характере распределения проблем с доступом в составе населения. Наибольшие трудности в получении первичной медицинской помощи концентрируются в экономически неблагополучных слоях населения у лиц, обладающих слабым здоровьем. Чем ниже материальная обеспеченность потребителей, тем больше, по их мнению, проблем с получением медицинских услуг, гарантированных государственной программой ОМС. По сути дела, первичная медицинская помощь организована таким образом, что людям, наиболее в ней нуждающимся, труднее всего ее получить.

И, наконец, наиболее значимым фактором, под влиянием которого люди формируют свое представление об уровне доступности первичной медицинской помощи, оказывается организация и качество предоставляемых в районной поликлинике услуг. Это обстоятельство открывает, на наш взгляд, путь к снижению социальных неравенств в доступе к первичным услугам здравоохранения. Представляется необходимым введение единых стандартов качества медицинских услуг, сформированных с учетом оценок потребителями удобства и своевременности получаемой медицинской помощи, а также характера взаимоотношений с ними медицинского персонала.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Starfield B.* Balancing Health Needs, Services, and Technology. London: Oxford University Press, 1998.
2. *Shi L.* The Relation between Primary Care and Life Chances // *Journal Of Health Care for the Poor and Underserved.* 1992. № 3.
3. *Shi L.* Balancing Primary Versus Specialty Care // *Journal of the Royal Society of Medicine.* 1995. №88.
4. *Shi L., Starfield B., Politzer R., Regan J.* Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health // *Health Services Research.* 2002. V. 37. № 3.
5. *Shi L., Starfield B. Kennedy, and Kawachi I.* Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators // *Journal of Family Practice.* 1999. №48.
6. *Shi L., Starfield B.* Primary Care, Income Inequality, and Self-rated Health in the U.S. // *International Journal of Health Services.* 2000. № 30.

7. Вишневецкий А.Т., Школьников В.М. Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. М., 1997 (Науч. докл. / Моск. Центр Карнеги; Вып. 19).
8. Русинова Н.Л., Браун Дж., Панова Л.В. Социальные дифференциации в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии. Санкт-Петербург в зеркале социологии / Под ред. В.В. Козловского. СПб.: Социологическое общество им. М.М. Ковалевского. СПб., 2003.
9. Шейман ИМ. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000. № 5-6.
10. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. 1998. № 10.
11. Заруцкая Е.А. Неравенство в доступе к услугам здравоохранения / Справедливые и несправедливые социальные неравенства в современной России. М.: Реферendum. 2003.
12. Aday LA., Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Services Research. 1974, 9 (3).
13. Aday LA., Andersen R. Access to medical care: Development of indices. 1975, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
14. Stewart A., Grumbach K., Osmond D. et al. Primary care and patient perceptions of access to care. Journal of Family Practice, Feb 1997, V. 44, № 2.
15. Bindman A.B., Grumbach K., Osmond D. et al. Preventable hospitalization rates and access to health care. 1995. JAMA.
16. Safran D.G., Kosinski M., Tarlov A.R. et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Medical Care 1998; 36.
17. Safran D.G., Taira DA., Rogers W.H., Kosinski M., Ware J.E., Tarlov A.R. Linking primary care performance to outcomes of care. Journal of Family Practice 1998; 47.
18. National Primary Care Research and Development Centre. General Practice Assessment Survey (GPAS) Manual. Manchester, University of Manchester, 1999.
19. Ramsay J., Campbell L., Schroter S., Green J., Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. Family Practice. Vol. 17. № 5.
20. Campbell L., Ramsay J. and Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessment of primary health care. Quality in Health Care. June 2001. V. 10. № 2.
21. Ware J. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, 1993.

© 2005 г.

**Л.М. АСТАФЬЕВ**

## **РОЛЬ ТИПОЛОГИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

---

*АСТАФЬЕВ Лев Михайлович - преподаватель кафедры социологии медицины и экономики здравоохранения факультета управления здравоохранением Московской медицинской академии им. ИМ. Сеченова.*

---

Современные социологические школы рассматривают формирование каждой личности как процесс, происходящий в динамике общения с другими людьми, что обуславливает стиль их поведения, манеры, обычаи, определяет групповую и коллективную деятельность [1]. В системе этих отношений важное место занимают медицинские работники. Сами врачи и их профессиональная деятельность, по мнению исследователя И.В. Богорада, с древнейших времен находились в центре внимания общества: "Вряд ли найдется еще профессия, которой бы так повезло, как врачебной... Это и понятно. Ведь на руках врача человек рождается, на его ру-