

МЕДИЦИНЫ

J _
2010

СОЦИОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА

© О. А. ЦЫГАНОВА, Т. Г. СВЕТЛИЧНАЯ
УДК 614.2:616-082]:33

О. А. Цыганова, Т. Г. Светличная

СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТУРЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПРОВИНЦИАЛЬНОГО ПОТРЕБИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ГОУ ВПО Северный государственный университет, Архангельск

Переход российской экономики на рыночные принципы хозяйствования способствовал возникновению выраженных различий в уровнях благосостояния различных слоев населения страны, что негативно отразилось на доступности медицинской помощи и прежде всего для потребителей с низкой платежеспособностью. Это вызвало настоятельную необходимость в разработке и внедрении государственного механизма обеспечения социальных гарантий в получении доступной и качественной медицинской помощи для всех социальных слоев и групп населения.

В последние годы в отечественной статистической практике стала широко применяться международная система показателей, характеризующих экономическое развитие общества на микро- и макроуровнях социетальной системы. Важнейшим условием такого социально-экономического анализа является распределение населения по уровню среднедушевого дохода для проведения сравнительной оценки благосостояния разных социальных слоев по целому ряду признаков. При этом особое внимание уделяется характеристике низкодоходных групп населения, что является обязательным условием реализации эффективной социальной политики в обществе рыночных отношений.

Хорошо известно, что различия в доходах населения тесно связаны и взаимообусловлены целым рядом индивидуальных характеристик: демографических, этнических, профессиональных, отраслевых и т. д. На динамику основных тенденций экономического расслоения особо выраженное влияние оказывает место жительства индивидуумов. Так, по официальным данным Минздравсоцразвития РФ [7], среднедушевой доход жителей Москвы в 2007 г. в 2,6 раза превысил среднероссийский уровень и даже в 5,0—8,3 раза в ряде наименее экономически благополучных субъектов РФ.

По имеющимся в специальной литературе [3—6] данным, социальные параметры граждан, проживающих и получающих медицинскую помощь в отдаленных административных территориях, существенно отличаются от характеристик населения развитых промышленных центров страны. В таких условиях существенно повышается значимость изучения демографических и профессиональных осо-

бенностей экономического положения потребителей медицинских услуг как одного из наиболее ключевых субъектов системы отношений, складывающейся в отрасли здравоохранения и обществе в целом. Важность проблемы еще более возрастает в связи с необходимостью обеспечения равного доступа к качественной медицинской помощи для всех без исключения граждан страны независимо от их экономического и географического положения. Это особенно актуально для северных регионов России с их обширной малонаселенной территорией и плохо развитыми коммуникациями, что создает дополнительные трудности в предоставлении населению доступной, своевременной, должного объема и качества медицинской помощи.

Материалы и методы

С целью разработки предложений по совершенствованию организации медицинской помощи населению, проживающему в отдаленных северных территориях страны, нами проведено специальное медико-социологическое исследование. Его объектом послужило население Архангельской, Вологодской областей и Республики Коми. Выбор базы исследования продиктован особенностями природно-климатических и социально-экономических условий, характерных для административных территорий Севера Европейской части России.

Генеральная совокупность представлена постоянным населением старше 18 лет общей численностью 2723 тыс. человек (по состоянию на 1 января 2007 г.). Объем выборочной совокупности рассчитан по формуле:

$$n = (tVN):(A^2N + t^2V),$$

где n — объем выборочной совокупности, A — величина допустимой ошибки, N — величина генеральной совокупности, t — коэффициент доверия (критерий достоверности), a — дисперсия, или мера рассеяния, исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности.

Численность отобранного в процессе исследования контингента (2077 человек) превысила полученный в результате расчета объем выборки (899 человек). Формирование выборочной совокупности проводилось на базе 57 учреждений здравоохранения, расположенных в Архангельской (45,6%), Вологодской (28,1%) областях и Республике Коми (26,3%). Все они относятся к обществен-

О. А. Цыганова — канд. мед. наук, доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения (olgatsyga@atknnet.ru); Т. Г. Светличная — д-р мед. наук, проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения (8-8182-200-923)

ному сектору здравоохранения: муниципальному (72%) и государственному (28%). Включение респондентов в выборочную совокупность осуществлялось методом простой случайной выборки среди лиц, обратившихся за медицинской помощью в феврале—апреле 2007 г. и давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Из них около 1/3 (35%) лиц находились на стационарном лечении, остальные (65%) получали медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Данное соотношение отражает распределение пациентов между стационарным и нестационарным секторами здравоохранения.

Сбор статистического материала проводился методом анкетирования по специально разработанной статистической "Карте изучения социально-экономических характеристик потребителей медицинских услуг" специально обученными волонтерами, имеющими незаконченное высшее медицинское образование.

Программа статистической разработки полученных данных основывалась на использовании традиционных методов классификации учетных признаков. В качестве зависимой переменной принят уровень материального благосостояния потребителей медицинских услуг. Для его характеристики проведена группировка изученного контингента по величине прожиточного минимума (3966,5 руб.) и среднедушевому доходу (10168,66 руб.), сложившихся в исследуемых территориях в 2006 г. В результате все обследуемые лица были объединены в три группы:

- малообеспеченное (31%) — живущие в состоянии абсолютной бедности, с величиной среднедушевых доходов ниже и на уровне прожиточного минимума;

- относительно обеспеченные (58,5%) — живущие в состоянии относительной бедности, имеющие среднедушевые доходы от прожиточного минимума до среднего уровня дохода на одного члена семьи;

- обеспеченные (10,5%) — лица, величина среднедушевых доходов которых выше среднего уровня доходов на душу населения.

К независимым переменным нами отнесены социально-демографические характеристики: пол, возраст, семейное положение, образование, занятость и место жительства.

По нашим данным, в составе изученного контингента преобладали женщины (67,8%). При распределении по возрасту подавляющее большинство (86,8%) составили трудоспособные лица (18—29 лет - 27%, 30-39 лет - 20,4%, 40-49 лет - 20%, 50—59 лет — 15,5%); оставшиеся 13,2% обследуемых были старше 60 лет.

По уровню образования все обследуемые подразделены на три группы:

- со средним общим образованием (20,3%), в том числе с неполным (8,9%) и полным средним (11,4%) образованием;

- со средним специальным образованием (46,4%);

- с высшим образованием (33,3%), в том числе незаконченным и неполным высшим (13,1%).

С учётом семейного положения были выделены две социальные группы:

- семейные (66,9%): состоящие в гражданском (12,5%) и официальном (54,4%) браке;

- одинокие (33,1%): холостые (15,2%), вдовы (9,2%) и разведенные (8,7%).

По занятости исследуемые лица объединены в две категории:

- работающие (70,5%): служащие (41,7%), рабочие (24,8%) и предприниматели (4%);

- неработающие (29,5%): пенсионеры (20,5%), безработные (4,6%) и учащиеся (4,4%).

При группировке респондентов по месту жительства к городским жителям (70,6%) были отнесены лица, проживающие в городах с населением от 5 тыс. до 340 тыс. человек, к сельским (29,4%) — в населенных пунктах (деревнях, селах, поселках) с численностью жителей менее 5 тыс. человек.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS 14 for Windows. Оценка достоверности показателей и средних величин, существенности различий между ними проведена путем расчета стандартной ошибки средней, показателя соответствия (%), /-критерия Стьюдента для независимых выборок и дисперсионного анализа. Оценка связи между изучаемыми явлениями проведена с помощью показателя соответствия (χ^2) и дисперсионного анализа. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

По нашим данным, уровень экономического благосостояния провинциальных потребителей медицинских услуг весьма невысок. В среднем их доходы не превышали 6 тыс. руб. ($5,9 \pm 0,2$ тыс. руб.) в месяц. Исследование выявило достоверное различие коррелятов между полами. Тендерные различия оказались статистически значимыми ($f = 3,5$, $p < 0,01$), хотя фактический разрыв в уровнях доходов весьма незначителен. Показатель варьирует от $5,7 \pm 0,1$ тыс. руб. у женщин до $6,4 \pm 0,2$ тыс. руб. у мужчин (табл. 1).

Средний уровень доходов лиц трудоспособного возраста составил $6,1 + 0,1$ тыс. руб. и на 27,1% превысил ($f = 5,0$; $p < 0,01$) аналогичный показатель в старшей возрастной группе (60 лет и старше) ($4,8 \pm 0,2$ тыс. руб.). Максимальный уровень доходов ($6,5 \pm 0,2$ тыс. руб.) выявлен у самых молодых (18—29 лет). Это объясняется тем, что у них при достаточно высоком уровне занятости (72,4%) отмечается наименьший показатель иждивенческой нагрузки (детьми и стариками). Как и следовало ожидать, самые низкие доходы имеют лица старше 70 лет ($4,5 \pm 0,2$ тыс. руб.). Нами установлена взаимосвязь между возрастом потребителей медицинских услуг и доходами ($\hat{\chi}_{расч.} = 11,12 > d^*_{табл.н} \sim 3,02$). Различия статистически достоверны ($p < 0,01$). Однако сила влияния этого фактора весьма невелика ($R^2 = 2,1\%$). Полученные нами данные расходятся со сведениями, приводимыми другими специалистами. В частности, Г. Г. Фетисов [5], изучавшие региональную дифференциацию доходов населения, такую зависимость отрицает.

Нами не выявлено различий в доходах семейных и одиноких лиц ($5,9 \pm 0,1$ тыс. руб. в обеих груп

Таблица 1

Средние доходы пациентов по изучаемым признакам и их группам (в расчете на 1 члена семьи, тыс. руб.)

Признак и его группы	Число респондентов	Величина среднедушевого дохода	Стандартная ошибка средней величины ($\pm t$)
Пол:			
мужской	671	5,7	0,1
женский	1406	6,4	0,2
Возраст, годы			
18-29	569	6,5	0,2
30-39	505	6,3	0,2
40-49	414	5,9	0,2
50-59	322	5,3	0,2
60-69	160	4,8	0,2
70 и старше	107	4,5	0,2
Семейное положение:			
семейные, состоящие	1393	5,9	0,1
в официальном браке	1142	5,9	0,1
в гражданском браке	251	6,1	0,2
одинокое	684	5,9	0,2
холостые	313	6,5	0,3
вдовы	192	5,1	0,2
разведенные	179	5,7	0,3
Образование:			
среднее общее	419	4,5	0,2
среднее специальное	964	5,4	0,1
высшее	694	7,5	0,2
Занятость:			
работающие	1471	6,4	0,1
рабочие	519	5,5	0,2
служащие	867	6,6	0,1
предприниматели	85	10,0	0,9
неработающие	606	4,6	0,1
пенсионеры	378	4,4	0,1
учащиеся	87	«5,3	0,4
безработные	64	4,0	0,5
прочие	77	5,7	0,5
Место жительства:			
город	1466	6,5	0,1
село	611	4,5	0,1
В среднем...	2077	5,9	0,1

пах; $t = 0,14$). Вместе с тем среди последних отмечаются широкие вариации среднедушевых доходов по социальным группам. Показатель варьирует от $6,5 \pm 0,3$ тыс. руб. у холостых до $5,1 \pm 0,3$ тыс. руб. у вдов. Различия между средними значениями показателей в группах с разным семейным статусом статистически достоверны ($F_{расч.} = 4,24 > \text{табл.} 3,32; p = 0,002$). Однако доля воздействия данного учтенного фактора (R^2) ничтожно мала (0,8%). Выявленные расхождения, скорее всего, связаны с различиями в возрастном составе изучаемых социальных групп.

Результаты нашего исследования подтверждают хорошо известную зависимость между уровнем образования и величиной доходов. Как и следовало ожидать, максимальные доходы ($7,5 + 0,2$ тыс. руб.) имеют лица с высшим и минимальные ($4,5 \pm 0,2$ тыс. руб.) — со средним общим образованием. Влияние образования на величину среднедушевых доходов является статистически значимым ($F_{расч.} = 100,09; p < 0,001$). Сила влияния образования в совокупности других факторов (R^2) составляет 9,4%.

Нами установлены также достоверные различия ($t = 9,6; p < 0,001$) в доходах работающих потребителей медицинских услуг ($6,4 \pm 0,1$ тыс. руб.) и неработающих ($4,6 \pm 0,2$ тыс. руб.). Показатель варьирует от $10,0 \pm 0,9$ тыс. руб. у предпринимателей до $4,0 \pm 0,5$ тыс. руб. у безработных. Статистическая значимость влияния занятости на доходы подтверждается данными дисперсионного анализа ($F_{расч.} = 36,8; > f_{табл.} = 2,8; p < 0,001$). Сила влияния этого фактора наиболее высока и достигает 9,7%. О том же свидетельствуют и результаты исследования А. В. Решетникова по Новосибирской области [4]. По его данным, в конце 90-х годов прошлого столетия в условиях чрезвычайной бедности проживало подавляющее большинство (70%) семей безработных. К малообеспеченным в группе занятых относились работники неквалифицированного труда, в группе незанятых — пенсионеры. Доля бедных среди квалифицированных рабочих и служащих была практически столь же высока (66%), среди предпринимателей — в 2 раза меньше (33%).

В настоящее время многие отечественные ученые [4–6,] все чаще обращают внимание на наличие прямого и статистически значимого влияния места жительства на уровень доходов. В частности, А. В. Решетниковым [4] изучалась зависимость величины доходов от уровня урбанизации. По его данным, доходы ниже прожиточного минимума в крупнейших городах имели 47%, в городах областного подчинения — 68%, в районных центрах и рабочих поселках — 78%, в сельских поселениях — 80% жителей. Г. Г. Фетисовым [5] также было установлено наличие резких различий в уровнях жизни населения города и села. Сведения, приводимые Н. В. Юргелем [6], подтверждают тенденцию к выраженной концентрации лиц с низким уровнем доходов в сельских населенных пунктах.

По нашим данным, благосостояние лиц, проживающих в сельской местности, существенно отличается от такового в городах. Сельские жители получают доходы почти в 1,5 раза меньше в сравнении с городскими ($4,5 \pm 0,1$ и $6,5 \pm 0,1$ тыс. руб. соответственно; $t = 10,6; p < 0,01$).

Не вызывает сомнений тот факт, что малообеспеченные граждане наиболее ограничены в получении медицинских услуг должного объема и качества. С такой ситуацией сталкивается каждый третий (30,8%) пациент лечебно-профилактических учреждений. На низкий уровень материального обеспечения потребителей медицинских услуг обращают внимание многие отечественные исследователи. Так, по данным С. А. Ефименко [2], в настоящее время в Москве доходы ниже прожиточного минимума имеют 23,6% пациентов медицинских учреждений. По результатам исследования десятилетней давности, проведенного А. В. Решетниковым [4] по Новосибирской области, таких пациентов учреждений здравоохранения было большинство (70%).

Доли чрезвычайно бедных лиц среди мужчин и женщин практически одинаковы (31,4 и 30,5% соответственно). Их распределение по уровням доходов представлено в табл. 2. Тендерные различия в уровнях доходов пациентов не случайны ($F_{расч.} = 26,55; > f_{табл.} = 10,828; p < 0,01$). Это объ-

Таблица 2

Распределение среднедушевых доходов пациентов по изучаемым признакам и их группам (в % к числу лиц каждой группы)

Признак и его группы	Абсолютная бедность	Относительная бедность	Достаток	Итого
Пол:				
мужской	31,4	55,9	12,7	100,0
женский	30,5	63,2	6,3	100,0
Возраст, годы:				
18-29	26,5	62,6	10,9	100,0
30-39	26,3	63,4	10,3	100,0
40-49	33,6	58,5	8,0	100,0
50-59	36,0	59,3	4,7	100,0
60 и старше	37,8	58,1	4,1	100,0
Семейное положение:				
семейные, состоящие в официальном браке	29,8	62,4	7,8	100,0
в гражданском браке	29,2	63,5	7,3	100,0
одинокие	32,4	57,2	10,4	100,0
холостые	32,9	57,8	9,3	100,0
вдовы	30,7	57,0	12,3	100,0
разведенные	37,2	58,1	4,7	100,0
Образование:				
среднее общее	32,4	58,7	8,9	100,0
среднее специальное	50,5	45,3	4,3	100,0
высшее	33,0	62,0	5,1	100,0
	15,9	68,8	15,3	100,0
Занятость:				
работающие	25,9	63,5	10,5	100,0
рабочие	37,0	55,9	7,1	100,0
служащие	20,2	69,2	10,6	100,0
предприниматели	16,7	52,4	31,0	100,0
неработающие	42,7	54,3	3,0	100,0
пенсионеры	43,8	54,6	1,6	100,0
учащиеся	33,3**	63,3	3,3	100,0
безработные	60,9	32,8	6,3	100,0
прочие	32,9	60,5	6,6	100,0
Место жительства:				
город	24,1	65,2	10,6	100,0
село	46,8	50,4	2,8	100,0
В среднем...	30,8	60,9	8,3	100,0

ясняется относительно более низкой оплатой женского труда. По разным оценкам, она составляет 60—70% от заработной платы мужчин [8]. Общеизвестна и основная причина такого неравенства. Она заключается в горизонтальной (межотраслевой) и вертикальной (статусной) сегрегации, характерной для российского рынка труда. Ее наличие приводит к тому, что женщины работают в основном в отраслях с низкой оплатой труда и медленнее продвигаются по социально-экономической лестнице.

Как было отмечено ранее, нами отвергнута нулевая гипотеза об отсутствии влияния возраста на уровень доходов ($\chi^2_{\text{с.с.}} = 34,248, > \chi^2_{\text{абл.}} = 18,475; p < 0,01$). По нашим данным, наибольшая доля лиц (37,8%) с доходами ниже прожиточного минимума наблюдается в самой старшей возрастной группе (60 лет и старше). Таких людей среди молодых (18—39 лет) существенно меньше — только каждый четвертый (26,3—26,5%). Это объясняется различием в источниках получаемых ими доходов. В трудоспособном возрасте они формируются в основном за счет зарплаты и доходов от собственности,

в нетрудоспособном — за счет пенсий и других социальных выплат.

Мы уже обращали внимание на тот факт, что доходы потребителей медицинских услуг не зависят от семейного положения ($\chi^2_{\text{асч.}} = 18,906 < \chi^2_{\text{табл.}} = 20,090; p = 0,015$). Удельный вес семейных (29,8%) и одиноких (32,9%) лиц, находящихся на грани и за пределами бедности, практически одинаков. Отсутствие различий связано с тем, что группа одиноких очень неоднородна по своему социально-демографическому составу. Она представлена молодежью с относительно высоким уровнем доходов, вдовыми с малолетними детьми и одинокими пенсионерами.

По нашим данным, каждый второй (50,5%) потребитель медицинских услуг, получивший среднее общее образование, живет в чрезвычайной бедности. Таких среди лиц с высшим образованием в 3 раза меньше (15,9%). Зависимость доходов от уровня образования нами подтверждена расчетом критерия χ^2 ($\chi^2_{\text{асч.}} = 189,704 > \chi^2_{\text{табл.}} = 13,277; p < 0,01$). Полученные данные подтверждают наличие прямой зависимости между образованием и доходами: у лиц с высшим образованием существенно выше и уровень материального обеспечения в сравнении с имеющими лишь начальное или среднее образование. По оценке Всемирного банка, вероятность оказаться за чертой бедности для лиц с начальным образованием в 1,5 раза выше, чем для населения в целом [1]. В настоящее время хорошая профессиональная подготовка, выполняющая проективные функции социального "лифта", становится ключевым фактором достатка и играет решающую роль в преодолении бедности.

Вполне ожидаемым явился и тот факт, что среди неработающих потребителей медицинских услуг доля лиц с доходами ниже прожиточного минимума составила чуть менее половины (42,7%). В группе работающих таким оказался лишь каждый четвертый (25,9%). Влияние занятости на доходы статистически достоверно ($\chi^2_{\text{асч.}} = 188,924 > \chi^2_{\text{абл.}} = 26,217; p < 0,01$). Это объясняется выраженными различиями в величине отдельных видов доходов: заработной платы, пенсий, пособий и др. Так, по официальным данным [8], в 2007 г. средний размер трудовой пенсии был равен лишь 22,9% средней зарплаты, а размер социальной пенсии даже не достигал величины прожиточного минимума пенсионера (98,3%).

Наиболее высокой оказалась доля малообеспеченных среди жителей села (46,8%). Этот показатель в 2 раза меньше у городских жителей (24,1%). Связь между уровнем доходов и местом жительства пациентов медицинских учреждений статистически достоверна ($\chi^2_{\text{асч.}} = 119,377 > \chi^2_{\text{табл.}} = 9,210; p < 0,01$). Более низкие денежные доходы жителей села связаны с более высоким уровнем безработицы и преимущественной занятостью в отраслях с низким уровнем оплаты труда — сельском хозяйстве и перерабатывающей промышленности. Этим объясняется превышение почти на 70% средней заработной платы в городе по сравнению с селом [5]. Ситуация усугубляется традиционным для села более высоким уровнем иждивенческой нагрузки детьми и стариками. Так, по данным статистики

мохозяйств [8], на селе на 1 занятого приходится почти 2 иждивенца, что на 40% выше, чем в городе. Отмеченные выше различия в экономическом положении городских и сельских жителей связаны не только с выраженными диспропорциями на рынке труда, но и с существенными различиями в демографической структуре городских и сельских домохозяйств.

Таким образом, результаты проведенного нами медико-социологического исследования свидетельствуют о комплексном характере зависимости доходов провинциальных потребителей медицинских услуг. На их величину выражено влияние оказывает целый ряд социальных факторов: демографических, профессиональных, отраслевых, этнических и т. д. В процессе исследования нами выявлены достоверные различия в доходах мужчин и женщин разных возрастов, образования, семейного положения, занятости и места жительства. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более детального изучения степени влияния на уровень доходов таких профессиональных характеристик индивидов, как специальность, занимаемая должность, стаж работы, дифференцированно по отдельным отраслям экономики. Особо пристального внимания требует группа потребителей медицинских услуг с доходами ниже прожиточного минимума, в которой преобладают лица старше 60 лет, с невысоким образовательным уровнем, неработающие и проживающие в сельской местности. Учет максимально возможного числа факторов, определяющих неравенство граждан в получении медицинской помощи, при разработке региональных программ государственных тарантий позволит надеяться на достижение конечных целей общественного здравоохранения, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи для отдельных индивидов, социальных групп и общества в целом.

В статье представлены результаты специального поперечного дескриптивного выборочного случайного исследования социально-экономических характеристик 2077 пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения Архангельской, Вологодской областей и Республики Коми в феврале—апреле 2007 г. Выявлен комплексный характер зависимости доходов провинциальных потребителей медицинских услуг. В группе потребителей медицинских услуг с доходами ниже прожиточного минимума преобладают лица старше 60 лет, с невысоким образовательным уровнем, неработающие и проживающие в сельской местности.

Ключевые слова: *пациент, медицинская услуга, доходы*

The social outlines of economic situation of medical services consumer in province

Tsiganova O.A., Svetlichnaya T.G.

Summary. The article deals with the results of the custom longitudinal descriptive random sampling study of the social economic characteristics of 2077 patients in ambulatory polyclinic and hospital establishments of Arkhangelskaya Vologodskaya oblast and Republic of Komi in February-April 2007. The comprehensive type of the dependency of incomes of provincial consumers of medical services is established. In the group of consumers of medical services with the income lower than living wage dominate persons of 60 years and older? With lower education level, non-working and dwelling in rural locality.

Key words: *patient, medical service, income.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный банк, i Российская Федерация. Доклад по оценке бедности (проект). Отчет № 28923-RU, 2004. — М., 2005.
2. Ефименко С. А. // Социс. - 2007. — № 2 — С. 110-114.
3. Решетников А. В. Социальный маркетинг и медицинское страхование. — М., 2006.
4. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. - М., 2008.
5. Фетисов Г. Г. // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 6. Экономика. — 2006. - № 6. - С. 35-55.
6. Юргель Н. В. и др. // Ремедиум. — 2006. - № 2. - С. 24—27.
7. <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/91>
8. <http://www.gks.ru>

Поступила 26.01.09

© Л. М. МУХАРЯМОВА, 2010
УДК 614.2:616-082

Л. М. Мухарямова

ИССЛЕДОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: НОВЫЕ КОНТЕКСТЫ И СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Казанский государственный медицинский университет

Исследования удовлетворенности населения качеством медицинских услуг в последние десятилетия проводятся весьма активно. Однако сегодня, как представляется, существенно изменился их контекст. Если раньше они имели преимущественно локальный характер и отвечали исследовательским интересам, то в настоящее время стали использоваться как реальный инструмент управления. Первым сигналом к мониторингу удовлетворенности населения качеством публичных услуг стал подписанный В. В. Путиным Указ Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 "Об оценке эффективности

деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации". В перечень критериев, по которым ежегодно отчитываются руководители субъектов Федерации, согласно Указу была включена удовлетворенность населения медицинской помощью. Дополнительный импульс этим исследованиям дали и требования, предусмотренные в новых правительственных документах, регламентирующих деятельность отрасли. В соглашениях, подписанных в том же 2007 г. между Минздравсоцразвития, Фондом обязательного медицинского страхования и субъектами Федерации о реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, в качестве важного инструмента оценки выполнения задания появ-

Л. М. Мухарямова — д-р полит, наук, проф., зав. каф. истории, философии, социологии (commerce@kgmu.kcn.ru)