



005005893

На правах рукописи

ШИЛОВА ЛЮДМИЛА СЕРГЕЕВНА

**Самосохранительное поведение пациентов в условиях модернизации
российской первичной медицинской помощи**

Специальность 22.00.04 – Социальная структура, социальные институты и процессы

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Москва

2 2 ДЕК 2011

2012

Работа выполнена в Центре теории, методологии и истории социологии
Учреждения Российской академии наук Институт социологии РАН

Научный руководитель

Чирикова Алла Евгеньевна
доктор социологических наук
(Институт социологии РАН)

Официальные оппоненты:

Ярская-Смирнова Елена Ростиславовна
доктор социологических наук, профессор
(Национальный исследовательский университет –
Высшая школа экономики)

Юрченко Олеся Викторовна

кандидат социологических наук
(Институт социологии РАН)

Ведущая организация:

МГУ им М.В. Ломоносова

Защита состоится « ____ » _____ 2012 г. в ____ часов на заседании
Диссертационного Совета Д. 002.011.02 в Учреждения Российской академии наук
Институт социологии РАН наук по адресу: 117259, Москва, ул. Кржижановского, д. 24/35,
корп. 5, ауд. ____.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института социологии РАН.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2012 г.

Автореферат размещен на сайте Учреждения Российской академии наук
Институт социологии РАН и на сайте ВАК _____ числа _____ года

Ученый секретарь
диссертационного совета:



к. соц. н. И. О. Тюрина

Введение

Актуальность темы исследования. Проблемы здоровья населения России в 90-е годы олучили статус проблем национальной безопасности. По данным ВОЗ 2010 г. ожидаемая продолжительность жизни населения России на 7 лет короче, чем в новых странах Евросоюза – бывших республиках СССР), и на 13 лет короче, чем в старых странах Евросоюза¹. По данным МЭЗ в 2011 г. все группы населения – дети, молодежь, трудоспособные и пенсионеры – тносятся к группам риска по состоянию здоровья.² Критичность ситуации потребовала от осударства реформы здравоохранения. В начале 90-х годов введены обязательное медицинское трахование, установлено соотношение платных и бесплатных медицинских услуг. Целью одернизации здравоохранения стало внедрение новой модели, в которой основной акцент слался на первичную медицинскую помощь (ПМП).

Модернизация ПМП не была прописана концептуально, а реализовывалась достаточно аотично. Сама система ПМП практически оказалась не готова к переменам внутри нее. редпринятый анализ барьеров, стоящих на пути модернизации ПМП, был выполнен реимущественно экономистами и вскрывал организационные и финансовые трудности этого роцесса. Но то, насколько уровень культуры самосохранения населения позволял принять ововведения, а также как население оценивает реализуемые меры в контексте доступности и ачества медицинской помощи - не анализировалось. Предлагаемая работа в известном смысле ытается ответить на эти вопросы, используя теоретические подходы и результаты эмпирических сследований, выявляющие, как этот процесс шел «на самом деле» в оценках населения. Взгляд а преобразования «снизу» делает эту работу актуальной хотя бы потому, что все преобразования системе здравоохранения должны измеряться последствиями для здоровья населения, а не редставлениями чиновников о том, что хорошо, а что плохо.

Степень научной разработанности проблемы. Социальная политика здравоохранения его модернизация являются составной частью общегосударственной социальной политики - темы, широко обсуждаемой как в мировом, так и в отечественном научном сообществах. Главные проблемы отечественной социальной политикой - это проблемы ресурсов и глубины преобразований в условиях не преодоленного экономического кризиса. Круг участников дискуссии весьма широк. Мы опирались на труды Ахизера А.С., Григорьевой И.А., Романова П.В., Сидориной Т.Ю., Клямкина И.М., Гонтмахера Е.Ш., Горшкова М.К., Тихоновой Н.Е., Шкаратана О.И., Авраамовой Е.М., Ясина Е.Г., Якобсона Л.И., Проскуриной А.В., Ярской В.Н.,

¹ Улумбекова Г. Уроки реформ Российского здравоохранения /<http://www.polit.ru/lectures/2010/02/11/healthcare> Html

² Ермаков С.А., Ким В.В., Кузьмич О.С. Динамические тенденции в изменении здоровья россиян /Вестник российского Мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), 2011. С.143. http://www.hse.ru/data/2011/06/27/1215374948/Vestnik_RLMS-HSE_2011.pdf

Наумовой Н.Ф., Шишкина С.В., Яницкого О.Н.³

Отечественный дискурс социальной политики здравоохранения и ее концептуальной наполненности сформировался недавно и представлен работами социал-гигиенистов Венедиктова Д.Д., Комарова Ю.М., Мелянченко Н.Б.; социологов: Ярской-Смирновой Е.Р., Сидориной Т.Ю., Тихоновой Н.Е. и др.; но главным образом экономистов: Шишкина С.В., Шевского В.И., Шеймана И.М., Якобсона Л.И., Кокерхемом В., Макинтайром Р.и др.⁴ Модернизации здравоохранения через укрепление первичной помощи получило широкое обоснование в работах экспертов ВОЗа (Атун Р. и др.)⁵. Вызовы, предъявляемые российскому здравоохранению, а также ситуация в показателях заболеваемости и смертности, анализировались Андреевым Е.М., Вишневским А.Г., Школьниковым В.М., Ждановым Д.А., Максимовой Т.Н., Римащевской Н.М.⁶ Финансирование здравоохранения, обоснованность роста платных услуг и возможностей населения к соплатежам медицинских услуг анализировались в работах экономистов: Шеймана И.М., Шевского В.И., Шишкина С.В.⁷ «Неомарксисты» Э. Фридсон, Дж. МакКинли, В. Новарро⁸ привлекали внимание к социальным последствиям неравенств в сфере здоровья и доступности медицинской помощи. На российском материале эти

³ Ахизер А.С. Специфика исторического пути России // Антология русской философии в трех томах. Т.2. – СПб, 2000; Григорьева И.А. Социальная политика и социальное реформирование в России в 90-х годах. СПб. 1998; Гонтмахер Е. Социальная политика в контексте российского кризиса. <http://www.polit.ru/lectures/2009/04/09/sots.html>. Аврамова Е.М. и др. Адаптационные стратегии населения. СПб, 2004; Романов П., Ярская-Смирнова Е. Идеология социальной политики и практика социального обслуживания в период либеральных реформ/Социальная политика в современной России: реформы и повседневность. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2008; Готово ли российское общество к модернизации. Аналитический доклад. ИС РАН, 2010. Рук. Горшков М.К., под ред.Тихоновой Н.Е. http://www.isras.ru/index.php?page_id=1413; Сидорина Т.Ю. Структура общества и социальная политика: тренды и соответствия//Мир России. 2003, №4; Проскурина А.В. Модернизация и цивилизационная специфика России/Российское общество в современных цивилизационных процессах.СПб., Интерсоцис, 2010; Якобсон Л.И. Социальная политика: консервативная перспектива. <http://polit.ru/lectures/2006/01/31/jacobson.html>; Яницкий О.Н. Модернизация, концепция реформ и социальные реалии //Россия реформирующаяся: Ежегодник- 2010. Выпуск 9. - М.: Новый Хронограф, 2010.

⁴ Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России: кризис и пути преодоления. М.:Медицина, 1999; Комаров Ю.М. О некоторых перспективах развития здравоохранения в России//Экономика здравоохранения, М., 1997; Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008 – 2017 г.г.). <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=1721>; Сидорина Т.Ю. Сергеев Н.В. Государственная социальная политика и здоровье россиян //Мир России. Социология, этнология. 2-2001; Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В., Якобсон Л.И., Ясин Е.Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса / VII Международная научная конференция «Модернизация экономики и государство». М., 2006. Cockerham, W. Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. London: Routledge. – 1998. Макинтайр Р. Социальная политика в странах с переходной экономикой в аспекте развития человеческих ресурсов //Проблемы прогнозирования 2002, № 2.

⁵ Атун Р. А. Каковы преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения с целью ее ориентации на услуги первичной медицинской помощи? WHO, 2004.

⁶ Андреев Е.М., Жданов Д.А., Школьников В.М. Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения // СПЭРО, №6, Весна-Лето 2007; Вишневский А., Школьников В. Смертность в России. Главные группы риска и приоритеты действия // Московский Центр Карнеги. Научные доклады. Вып. 19. Москва, 1997;

⁷ Шевский В.И., Шишкин С.В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. М.: ИЗПП, 2006; Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020. Концепция Государственного Университета-Высшей школы экономики к IX Международной научной конференции «Модернизация экономики и глобализация». Апрель 2008. М.: ГУ-ВШЭ, 2008.

⁸ Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge, New York: Dodd, Mead and Go, 1970; McKinlay J. Issues in Political Economy of Health Care. London: Tavistock, 1984; Novarro V. Crisis, Health and Medicine: A Social Critique. London: Tavistock, 1986.

облемы описывали Баранов И.Н., Назарова И.Б., Кабалина В.И., Максимова Т.Н., Русинова Л., Скляр Т.М., Панова Л.В.⁹

Проблемы социокультурной модернизации здравоохранения, затрагивающие смену ценностей и установок в профессиональной среде и среди населения, представлены в работах Юдина Б.Г., Силуяновой И.В., Бурмыкиной О.Н., Дмитриевой Е.В., Назаровой И.Б., Шиловой Л.С.¹⁰ Факторы и стратегии самосохранительного поведения российского населения представлены в исследованиях Антонова А.Г., Зотина В.К., Медкова В.М., Журавлевой И.В., Назаровой И.Б., Русиновой Н.Л., Пановой Л.В., Римашевской Н.М., Тапилиной В.С., Ниловой М., Шиловой Л.С. и др.¹¹ Сегодня существует много исследований отдельных аспектов самосохранительного поведения, изучение поведенческих факторов здоровья различных групп населения. Вместе с тем структура самосохранительного поведения и составляющие его компоненты до сих пор мало изучены и носят в основном несистемный характер.

Теоретико-методологической основой исследования послужили работы, раскрывающие идею происхождения и сути государства и социальных институтов: теория социальной системы Т.Парсонса, работы М.Вебера, Э.Дюркгейма, П.Сорокина, Н.Смелзера¹²,

При описании принципов модернизации социальной политики здравоохранения, для нас важна была критика положений структурного функционализма о патерналистской модели отношений «врач-пациент», пассивной роли больного, смены определения болезни и здоровья в работах представителей символического интеракционизма (И.Гоффман, А.Страусс)¹³. Ими же были впервые использованы качественные методы при изучении стратегий поведения в отношении здоровья. Большое значение для развития социальной политики здравоохранения имели исследования представителей теории конфликтов (Э.Фрейдсон, В.Наварро,

Баранов И.Н., Скляр Т.М. Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и величии равенства доступности услуг здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга) // Социальная политика: реалии XXI века. М., 2004. Выпуск 2; Панова Л.В., Русинова Н.Л. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи: социологический анализ. // Социс. 2005, №6;

⁹ Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания / Философия здоровья – М.: ИФ РАН, 2001; Силуянова И.В. Патернализм и "информированное согласие": этическое и правовое регулирование. Форум врачей. М.: 2005. <http://www.medscape.ru/lofiversion/index.php/t356.html>; Бурмыкина О.Н. Медицинское обслуживание в оценках петербуржцев // Социология и социальная антропология. 2003, том VI; Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: 2002, "Центр".

¹⁰ Антонов А.И. Микросоциология семьи (Методология исследования структур и процессов). – М.: Издательский дом «Notae», 1998; Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2005; Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: МАКС Пресс, 2007; 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; Шилова Л.С. Стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социс, 2007, №9.

¹¹ Parsons T. The Social System. - Glencoe, Il: Free Press. – 1953; Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма. Избранные произведения. М., 1990; Дюркгейм Э. Самодушество. СПб: Союз, 1998; Sorokin, Pitirim A. 1937. Social and Cultural Dynamics, vols. 1-4, New York: American Book Company; Smelser, N. J. Social Change in the Industrial Revolution. London: Routledge & Kegan Paul. 1959;

¹² Goffman E. Stigma: The Management of Spoiled Identity, Eaglewood Cliffs, Prentice Hall, 1964; Strauss, A., Glaser B. Chronic Illness and the Quality of Life. – 1975. - St. Louis: CV Mosby. – 160 p.

Дж.МакКинли)¹⁴, рассматривающие развитие социальных процессов с точки зрения столкновения интересов групп и структур. Именно они развивали идею информационной власти здравоохранения в обществе и ее влияния на социальную политику института. При анализе поведенческого фактора в формировании уровня здоровья, мы опирались на понятия «негативного для здоровья стиля жизни», контроля за «третьим состоянием» (П.Бурдые, В.Кокерем, У.Бек)¹⁵. Ключевой для проделанной работы являлась также концепция самосохранительного поведения (Антонов А.И., Журавлева И.В., Шилова Л.С.и др.)¹⁶. В основу концепции была положена схема диспозиционной регуляции социального поведения В.А.Ядова¹⁷. Главным конструктом самосохранительного поведения являлась ценность здоровья, для определения и измерения которой использовалась концепция ценностей М. Рокича.¹⁸

Эмпирическая база исследования. В основу работы вошли материалы исследования: «Отношение пациентов к организации и качеству услуг, предоставляемых в поликлиниках», проведенного в Тюменской и Липецкой областях в 2006 - 2007 г.г. Данные качественного исследования дополнялись вторичным анализом данных количественных исследований поведения населения российских регионов при получении услуг ПМП, отношения к здоровью и к здравоохранению, за предшествующие нашему исследованию годы (27 исследований). В работе использовались также данные мониторингов по проблемам здравоохранения Левада-центра, ФОМ, НОБУС, РМЭЗ и ВЦИОМ, что дало возможность аргументировать выводы диссертационной работы и расширить представления о переменах в российском здравоохранении в динамике. Характеристики особенностей культуры самосохранения российского населения опираются на данные серии исследований Института социологии РАН 80-х годов в 9-ти регионах страны, а так же российско-финского исследования 1991 г. в которых автор принимал участие на всех этапах работы. Особенности самосохранительного поведения последующего периода были выявлены в авторских проектах: «Социальная адаптация и здоровье пожилых людей в условиях кризисного состояния общества» (РГНФ в 1995 – 1997); «Динамика уровня стресса жителей Москвы в 1986 - 1995 г.г.» (РГНФ в 1997 – 1998); «Концепция самосохранительного поведения» (РФФИ в 1998 – 1999); «Трансформация женской модели

¹⁴ Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge, New York: Dodd, Mead and Go, 1970; Navarro V. Crizis, Health and Medicine: A Social Critique. London: Tavistock, 1986. McKinlay J. Issues in Political Economy of Health Care. London: Tavistock, 1984.

¹⁵ Bourdieu P. Distinction: A social critique of the judgment of taste. N.Y.:Routledge,1989; Cockerham, W. Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. - London: Routledge. – 1998; Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну. – М.: Прогресс-Традиция, 2000.

¹⁶ Антонов А.И. Микросоциология семьи (Методология исследования структур и процессов). – М.: Издательский дом «Nota Bene»; Отношение населения к здоровью. Институт социологии РАН, 1993.

¹⁷ Ядов В. А О диспозиционной регуляции социального поведения личности. // Методологические проблемы социальной психологии. М.: Наука, 1975.

¹⁸ Rokeach M. The Nature of Human Values. New York: Free Press, 1973.

лосохранительного поведения» (Фонд МакАртуров в 1999 – 2000). Ситуация в сфере социальной политики здравоохранения и проблем получения медицинских услуг населением снованы на материалах двух проектов под руководством д.э.н. С.В. Шишкина: «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных стратегий в правоохранении» (МОНФ и Агентство по международному развитию США, 2002) и проекта Анализ взаимосвязи формальных и неформальных правил предоставления социальных услуг аселению на примере оплаты медицинской помощи» (Фонд Форда, 2002-2003), в которых автор акже принимал участие.

Научная проблема. Правительство РФ приняло за основу развития здравоохранения одель с приоритетом ПМП, главная цель которой – предупреждение развития хронических аболеваний. Модель работает при условии, что населению в учреждениях ПМП предлагается остаточный объем профилактических услуг наряду с лечебными, а у населения сформирована рофилактическая активность и понимание необходимости своевременного обращения за едицинской помощью. Сегодня оба эти условия не соблюдены. Медицинский персонал не одготовлен профессионально к оказанию профилактических услуг и не мотивирован на эту еятельность экономически. Более того, сама профилактическая деятельность не доведена до ровня стандартов, как это сделано в отношении лечебных услуг. У населения преобладает нструментальная ценность здоровья, которая отодвигает в сознании и в поведении пациента аботу о здоровье и, соответственно, профилактическую активность на второстепенные места, ри наличии других жизненных проблем. Немаловажную роль при этом играет низкая оступность медицинских услуг. В результате обостряется противоречие между принятой оделью здравоохранения и теми профессиональными, организационными, материальными и оммуникативными ресурсами, которые есть для ее осуществления.

Цель работы – вскрыть влияние модернизационных преобразований, осуществляемых в оответствии с принятой государством стратегией, на поведение пациентов в отношении своего здоровья.

Объект исследования: пациенты поликлиник.

Предмет исследования: стратегии поведения пациентов при необходимости получении услуг первичной медицинской помощи.

Задачи исследования:

- 1 - проанализировать этапы и факторы формирования социальной политики здравоохранения с точки зрения баланса ресурсов политики: финансового, организационного и коммуникативного;
- 2 - рассмотреть обоснованность направления модернизации российского здравоохранения в свете современных общемировых тенденций и проблем общественного здоровья;

- 3 - провести вторичный анализ данных отечественных исследований за последние 10 лет, изучавших отношение населения к своему здоровью, а так же к модернизации здравоохранения и первичной помощи;
- 4 - выявить эмпирическим путем уровень удовлетворенности пациентов медицинскими услугами учреждений первичной помощи;
- 5 - выявить эмпирическим путем мотивацию и описать наиболее распространенные стратегии поведения пациентов в рамках концепции самосохранительного поведения;
- 6 - оценить последствия модернизации здравоохранения, в том виде, как она осуществляется, для общественного здоровья.

Научная новизна диссертации состоит в следующем:

1. Автором предложен анализ исторических этапов политики здравоохранения СССР-РФ с точки зрения баланса использования основных ресурсов политики: финансового, организационного и коммуникативного. Показано, что эффективность политики при низком финансировании может быть достигнута за счет организационного и коммуникативного ресурсов.
2. Дано дальнейшее обоснование концепции самосохранительного поведения: структура формирующих его факторов, определение, а также основные компоненты его структуры и система показателей. Рассмотрены особенности самосохранения российского населения во временной динамике.
3. В работе представлена структура мотивации отказа населения от официальной медицинской помощи. Дан анализ условий и факторов, поддерживающих девиантные стратегии поведения населения в отношении услуг первичной помощи и роли здравоохранения в их формировании.
4. Описанные в рамках концепции самосохранительного поведения наиболее распространенные девиантные стратегии поведения населения при необходимости получения медицинских услуг рассматриваются как один из способов оценки эффективности модернизации ПМП.

Положения, выносимые на защиту:

1. Несмотря на предпринятые меры и финансовые вливания, качество и доступность медицинских услуг в учреждениях ПМП по оценкам пациентов, по-прежнему остаются неудовлетворительным. Основная цель модернизации – профилактика - свернута по объему и качеству относительно практиковавшейся в период бесплатной медицины. Это объясняется не только бедностью оборудования поликлиник, но и в равной степени слабостью организации предоставления услуг и недоучетом социальной составляющей проводимых преобразований.
2. В условиях модернизации первичной помощи, как это ни парадоксально, растет неудовлетворенность пациентов отношениями с врачами - и это еще одно препятствие на пути преобразований. Новая модель здравоохранения требует усиления коммуникативной функции,

ойственной новой, партнерской системе отношений «врач-пациент», получившей название информированного согласия». Согласно предлагаемой модели врач и пациент совместно вырабатывают стратегии лечения, причем с обеих сторон преодолеваются патерналистские установки. Благодаря этой модели формируются иной баланс ответственности между населением

системой здравоохранения за уровень индивидуального здоровья, формируется культура амосохранения пациентов. Однако условий для создания новой модели в учреждениях первичного звена нет. Необходимы: дополнительная подготовка врачей коммуникативным навыкам и психологии общения, их экономическая мотивированность, а также создание равового поля для регулирования новых отношений врача и пациента.

. Недоступность медицинских услуг по ряду критериев, неудовлетворенность организацией их предоставления, их качеством и отношениями с врачами - приводят к формированию вынужденных и девиантных по отношению к здоровью стратегий населения при необходимости получения медицинских услуг. Это обращение за медицинской помощью на поздних стадиях заболеваний, отказ от лечения, самолечение, обращение к неофициальной медицине. 'амолечение и обращение к неофициальной медицине опираются на разросшийся рынок альтернативных услуг, в которых, с точки зрения пользователей, преодолены многие негативные моменты официальной медицины. Девиантные стратегии пациентов в отношении здоровья несут огромный вклад в снижение уровня здоровья населения.

. Модернизация здравоохранения сегодня осуществляется «сверху». Подобная стратегия не может привести к должным результатам, пока не будут выращены лидеры модернизации «снизу». Государству в модернизационных преобразованиях не на кого опереться. Сегодня ни население, ни медицинские работники должным образом не информированы о преобразованиях не мотивированы на их проведение. Это происходит в первую очередь потому, что системой здравоохранения игнорируется традиционный коммуникативный ресурс социальной политики, который позволяет снимать конфликтное напряжение, возникающее при продвижении инноваций, как среди населения, так и среди профессионального сообщества.

5. Провозглашенная в «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г.г.» задача формирования адекватной ценности здоровья и самосохранительной культуры населения не может решаться только системой здравоохранения. Эта задача по силам объединенным усилиям основных социальных институтов общества, а их инициатором должно стать здравоохранение. Однако оно сегодня существует автономно от других социальных институтов: не комментирует рынок альтернативных медицинских услуг, фармакологическую рекламу, медицинскую информацию СМИ, хотя и является основным экспертом в этой сфере.

6. При отставании финансирования отечественного здравоохранения от мировых стандартов,

которое будет сохраняться еще длительное время, именно усиленное развитие коммуникативного и организационного ресурсов политики здравоохранения могли бы компенсировать нехватку финансовых ресурсов. В истории политики здравоохранения СССР при эпидемическом типе патологии наше здравоохранение становилось эффективным именно за счет коммуникативного и организационного ресурсов, при таких же существенных финансовых ограничениях.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Эффективность здравоохранения принято оценивать по показателям заболеваемости и средней продолжительности жизни населения. Эффективность его модернизации оценивается по освоенным средствам. Предлагаемый в работе подход в оценке эффективности промежуточных результатов модернизации с точки зрения их влияния на уровень самосохранения населения, который так же является ее конечной целью, позволяет оценивать их не по «затраченным усилиям» со стороны системы здравоохранения, а по характеру удовлетворения потребности в медицинских услугах населения. Это предполагает анализ ожидаемых и реально получаемых результатов. Проведенная в диссертации работа в известном смысле дополняет недостающий анализ последствий модернизации глазами населения. Ее теоретические подходы и полученные результаты, дают возможность формулирования социальной политики здравоохранения в соответствии с современным институциональным уровнем, включая удовлетворенность населения как базовую характеристику эффективности модернизации первичной медицинской помощи. Именно это определяет теоретическую и практическую значимость работы.

Апробация работы. Результаты проведенных автором исследований были представлены на конференциях: IY Валентеевские чтения. Материалы Международной конференции. М., 2005; Международный семинар «Здоровье в изменяющемся обществе: дискурс, политика, повседневность современной России». Центр независимых социологических исследований, Санкт-Петербург, Россия; Школа Общественного Здоровья, Университет, г. Тампере, Финляндия. Санкт-Пб, 2005; IY International Congress "Women, Work & Health. Book of Abstracts. New Delhi, 2005; III Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения». Социальные процессы в современной России: традиции и инновации». МГУ. М., 2007; Интернет-конференция «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности» Федеральный образовательный портал «Экономика. Социология. Менеджмент» (<http://www.ecsocman.edu.ru>). 16.04.2007; III Всероссийский социологический конгресс «Социология и общество: проблемы и пути взаимодействия». М.: 2008. Диссертация обсуждена и рекомендована к защите на заседании Центра исследования социальной структуры и социального расслоения Учреждения Российской академии наук Институт социологии РАН от 27 апреля 2011 г. Теоретические положения и результаты авторских исследований положены в основу курса «Социология здоровья и

ноэтика», который читается автором на социологическом факультете Государственного академического университета гуманитарных наук.

Структура диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения.

II. Основное содержание работы

Во «Введении» обосновывается актуальность темы исследования, степень ее разработанности, дается определение объекта, предмета, целей и задач, излагаются теоретико-методологические основы, научная новизна и практическая значимость работы, а так же положения, выносимые на защиту.

I глава: «Специфика и трансформации социальной политики здравоохранения: от бесплатной к страховой медицине». В главе содержится анализ социальной политики российского здравоохранения как элемента общей политики на разных этапах истории страны (от СССР до РФ). Дается оценка адекватности направления модернизации здравоохранения с точки зрения внутренних потребностей общества и в сравнении с направлением развития общемировых теорий и практик.

В §1 – «Социальная политика и модернизация как ответственность государства». Совокупность государственных практик и подходов по защите интересов групп и слоев населения, которые не могут самостоятельно удовлетворять свои потребности, образуют предмет социальной политики. Ее цель – обеспечивать стабильное состояние общества, основанное на балансе интересов различных его слоев и групп между собой, а так же, между основными потребностями населения и условиями жизни. Теория социальной политики позволила менее развитым государствам заимствовать управленческие практики и механизмы успешных государств, то есть, осуществлять модернизацию. Позитивный и негативный опыт модернизации, насчитывающий уже несколько десятков лет, лег в основу теории модернизации, в которой выработались принципиальные положения, общие для всех стран. Во-первых, буквальное заимствование, калькирование институциональных моделей, механизмов и практик невозможно. Во-вторых, так как инновации неизбежно порождают социальные конфликты, сам процесс модернизации и модернизированные структуры и практики могут прижиться только в условиях государственной стабильности. В-третьих, ни одна заимствованная модель не заработает, если она не учитывает социально-экономический и культурно-политический контекст того общества, в которое она внедряется. Наконец, институциональные заимствования требуют не только обеспечения социально-экономических условий, но и формирования новых ценностей и

общественных норм (социокультурная модернизация), что, в свою очередь, требует тем большего времени, чем больше существующие нормы и ценности отличаются от общемировых. Пусковым моментом модернизации, как показывает международный опыт, является подготовка населения к внедрению инновационных моделей, выявление групп населения, заинтересованных в модернизации (лидеры модернизации), а так же ориентация на адаптационные ресурсы различных групп населения. В заключение параграфа дается вывод о том, что теории социальной политики и модернизации являются методологической основой не только для государственных политик и модернизационных преобразований, но и для институциональных политик и преобразований.

§2 – «Социальная политика: от СССР до России». Параграф посвящен анализу исторически сложившихся моделей и практик политики этого периода, без которого нельзя оценивать адекватность и эффективность социальной политики сегодня. Социальная политика России в конце 1980-х годов формально приближалась к социально-демократической модели. Однако в реальности, в условиях монопартийной идеологии модель получила антилиберальную направленность и представляла собою смесь социалистических идей и консервативных элементов. Политика четко разделялась на реальную и декларируемую. Декларируемая политика провозглашала своей целью защиту интересов слабозащищенных групп, что, в свою очередь, сформировало у населения глубокие и продолжительные патерналистские ожидания социальной защиты. Реальная политика зависела от ограниченных ресурсов государства, и выражала интересы правящих групп. Но государство компенсировало отсутствие ресурсов низкими зарплатами и низкими стандартами социальных услуг.

С начала 90-х годов под воздействием радикальных социально-экономических и политических реформ российская социальная политика начала перестраиваться, взяв за основу американскую либерально-демократическую модель (шоковой терапии), как «наиболее быстрый, дешевый и проверенный путь в международной практике»¹⁹. Однако главная цель модели - развитие человека - в российском варианте не получила должного акцента.

Переходный период в стране характеризовался всеми чертами глубокого экономического кризиса, поэтому решающим фактором проведения социальной политики по-прежнему оставалась ограниченность ресурсов. Неизбежно образовались «разрывы» между социальными проблемами и ресурсными возможностями, между декларируемыми целями и реальными мерами по их осуществлению, между «центром» и регионами, между требованиями современного

¹⁹ Григорьева И. Социальная политика в России: поиск вариантов и направлений трансформации. / Социальная политика в современной России: реформы и повседневность. Под редакцией П.Романова и Е. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2008.С.20.

социального управления и его информационным технологическим обеспечением»²⁰. Создаваемые государством в таких условиях инновационные институты формально могли быть адекватны рыночной экономике и международным стандартам, но реальных условий для их функционирования в стране не было.

§3 – «Специфика и направления развития политики здравоохранения развитых стран: традиционный и современный типы патологии». В параграфе рассматривается международный опыт проведения политик здравоохранения при разных типах патологии. Политика всегда направлена на повышение уровня здоровья и продолжительности жизни населения, а ее конкретные механизмы и желаемые результаты определяются типом господствующей патологии и показателями заболеваемости и смертности. Характер патологии определяет задачи по формированию культуры населения при существующих рисках здоровья. Показатели заболеваемости и смертности корректирует объем финансирования и организационную структуру здравоохранения. В осуществлении политики здравоохранения автор выделяет три вида ресурсов: финансовый, организационный и коммуникативный, которые на разных исторических этапах использовались в разной мере, что и определяло эффективность политики.

После II мировой войны, в мире еще десятилетие продолжал господствовать первый тип патологии - традиционный, когда в структуре заболеваемости и смертности преобладали инфекционные заболевания, на борьбу с которыми, а также на повышение уровня санитарно-гигиенической культуры в быту и на производстве и была нацелена общемировая политика здравоохранения. Основные средства достижения этих целей - контроль над распространением инфекционных заболеваний, вакцинация населения, санитарно-гигиеническая пропаганда. Современный тип патологии характеризуется преобладанием хронических заболеваний, накапливающихся у людей с возрастом вследствие эндогенных факторов, а также под влиянием характеристик образа жизни: вредных привычек и рискованного в отношении здоровья поведения. Целью политики при хронической патологии стала борьба за поддержание «здоровья здоровых», и формирование профилактической активности населения. Стратегия всеобщей диспансеризации из-за дороговизны сменилась в развитых странах самоформирующимися группами риска наиболее распространенных хронических заболеваний. Это стало возможным при высокой ценности здоровья и культуры самосохранения на индивидуальном и общественном уровнях. Когда уровень грамотности и информированности населения, позволяет

²⁰ Ярская В.Н. Социальная политика, социальное государство и социальный менеджмент: проблемы анализа // Журнал исследований социальной политики. 2003. Том 1, вып. 1. С.20

идентифицировать себя с группами риска заболеваний и своевременно обращаться за медицинской помощью.

Новая цель политики здравоохранения изменила требования к ресурсам ее реализации. Коммуникации, стала не только традиционным ресурсом социальной политики, но и основой новой, «партнерской» модели отношений «врач-пациент», элементом лечебных практик. Организационный ресурс политики предназначался для создания условий комплексного восприятия здоровья пациента при оказании ему медицинской помощи, а также для создания стандартизации услуг, кадров и информационного обеспечения системы здравоохранения. И, конечно же, возросли стандарты финансирования, так как лечение хронических заболеваний более длительное, чем инфекционных, требует высокотехнологического оборудования и индивидуального подбора лекарств.

§4 – «Политика здравоохранения в советский и постсоветский периоды: динамика перемен». На протяжении длительного времени советское здравоохранение имело существенные преимущества в сравнении с политикой развитых стран по такому критерию как его социальная ориентированность. Преимущество обеспечивалось тем, что советское здравоохранение сохранило преемственность традиций национальной российской «системы земства» с его идеей массового доступа к бесплатной медицине – так называемая «модель Семашко». Организация модели предоставляла полный набор медицинских услуг: системы лечения, профилактики, реабилитации и санитарно-эпидемиологического надзора, опиралась на разветвленную сеть медицинских учреждений и профилактических служб. Отношения врача и пациента носили сугубо патерналистский характер. «Модель Семашко» просуществовала в течение 70 лет советского периода и, несмотря на накапливающиеся недостатки, считалась международными экспертами передовой и соответствующей требованиям социальной политики традиционного типа патологии. Сильной стороной советского здравоохранения кроме организационного был и коммуникативный ресурс. Население видело в системе здравоохранения защитника своего здоровья, а поэтому принимало активное участие в оздоровительных мероприятиях, в пропаганде санитарно-гигиенической культуры ему отводилась активная партнерская роль. Качество оказания медицинских услуг соответствовало запросам населения. Однако к концу периода традиционной патологии постоянно снижающееся финансирование стало причиной снижения качества медицинской помощи.

К недостаткам политики советского здравоохранения кроме проблем с финансированием относился разрыв между декларируемой и реальной политикой. Это определялось инерцией политики послереволюционного периода, когда нужды скорейшей индустриализации страны поставили на второй план семейные ценности и ценности здоровья. Забота о здоровье

пропагандировалась как проявление мещанства. До сих пор пренебрежение риском, игнорирование плохого самочувствия, посещения врачей воспринимаются обыденным сознанием тарших поколений как естественные для набора черт настоящего мужчины. Однако, при недостаточном финансировании и не высоком достатке населения, за счет организационного и коммуникативного ресурсов советские врачи добились исчезновения на долгие годы многих инфекционных заболеваний, раньше, чем в индустриальных странах.

В 70-е годы, следуя рекомендациям ВОЗ, наше здравоохранение начало развивать профилактику хронических заболеваний: вакцинация сменилась диспансеризацией, но, естественно, по дешевому стандарту. Однако дальнейшей переориентации политики на заботу о здоровье «здоровых», у нас не произошло. И уровень концептуальной наполненности социальной политики являлся достаточно усеченным в сравнении с развитыми странами. Вплоть до последнего времени политика здравоохранения сначала СССР, затем России продолжала опираться на эпидемиологические методы и стратегию. Главными целями она ставила снижение показателей хронических заболеваний, повышение продолжительности жизни населения, а борьба за здоровый образ жизни понималась как исключения из него факторов риска.

Все виды ресурсов политики здравоохранения в 70-80-е гг. в значительной степени ослабли. Финансирование продолжило осуществляться по остаточному принципу²¹. Бедность системы советского, а затем и российского здравоохранения углубило дифференциацию ресурсного обеспечения и качества лечебных услуг. Организация предоставления медицинских услуг по инерции существовала в том виде, в котором она была эффективна при эпидемиологическом характере патологии и не была приспособлена к хроническим заболеваниям. Коммуникативная функция здравоохранения свелась к формальным лозунгам-призывам о личной ответственности за здоровый образ жизни в условиях стремительно падающего уровня жизни населения. Хотя именно коммуникативный ресурс должен был обеспечивать связь здравоохранения и населения не только через предоставление и получение медицинских услуг, но и при реализации задач формирования адекватных действующему типу патологии норм и ценностей в отношении здоровья, культуры самосохранения. Сильной стороной советского, а затем и российского здравоохранения была его ориентация на науку и стремление использовать ее результаты и рекомендации в массовой лечебной практике.

Переход к рыночной экономике, политика «шоковой терапии», и как следствие –

²¹ По рекомендациям ВОЗ расходы на эффективное функционирование здравоохранения даже в развивающихся странах должны были составлять минимум 6-8% от ВВП. Заметим, что отставание финансирования нашего здравоохранения продолжается и до настоящего момента. Общие расходы на здравоохранение в доле ВВП в странах Восточной Европы составляют 6%, Западной Европы – около 9%, США – 14%. При этом абсолютная величина ВВП в России почти в 20 раз меньше, чем в странах ЕС и США. - Оценка состояния российского здравоохранения гражданским обществом. Подготовлено Комиссией по вопросам здравоохранения Общественной палаты РФ, 29-30 сентября 2008, Москва.

длительное состояние стресса, - за все это население заплатило, прежде всего, здоровьем. Негативная динамика показателей здоровья населения и их накопительный характер требовали реформирования здравоохранения. Заявленная в начале 90-х годов реформа здравоохранения ограничилась введением обязательного медицинского страхования (ОМС) и созданием медицинских страховых организаций, перераспределяющих средства, а так же введением платных медицинских услуг. При формировании финансового ресурса правительство пошло по пути привлечения населения к соплатежам медицинских услуг – это форма соучастия государства и населения в покрытии расходов на медицинскую помощь. Организация функционирования всей системы здравоохранения отставала в информационном обеспечении и по-прежнему опиралась на методы эпидемиологического периода. Игнорирование реформаторами коммуникативного ресурса политики, как в отношении населения, так и в отношении медицинского профессионального сообщества привело к негативному отношению тех и других к инновационным преобразованиям. Представления населения о целях и последствиях реформирования, начиная с введения страховой медицины и платных услуг, были абсолютно не сформированы.

Следующим этапом создания новой модели стало принятие в 2005 году национального проекта «Здоровье», целью которого провозглашалось укрепление первичной медицинской помощи: возрождение ее профилактической функции, обеспечение населения, качественной и высокотехнологичной помощью и повышение доступности услуг первичной помощи. С принятием национального проекта модернизация получила организационный импульс и некоторую финансовую поддержку. Однако его реализация лишь частично разрешила накопившиеся проблемы, при высоких организационных и финансовых издержках.

II глава: «Российское здравоохранение в период модернизации: удовлетворенность медицинскими услугами первичной помощи». Здесь анализируются данные исследования, проведенного качественными методами в 2006-2007 г.г.²² Полученные результаты сопоставляются с результатами 27 количественных исследований ведущих социологических центров и индивидуальных исследователей за последние 10 лет в различных регионах страны и по той же проблематике.

§1. Дизайн качественного исследования. Цели качественного исследования: 1. - выявление и анализ оценок всех аспектов деятельности поликлиник, а так же уровень удовлетворенности пациентов первичными услугами в тех понятиях и категориях, которыми они

²² которое проводилось в рамках Проекта ЕС «Поддержка развития системы учреждений первичной медицинской помощи на государственном и муниципальном уровнях. 2007-2010 г.г.». Руководитель Паулина Аарве. GTZ/Socop Консорциум, 2007 г

ладают и пользуются; 2. - выявление и анализ стратегий поведения пациентов в ответ на организацию предоставления медицинских услуг и их качество в поликлинических учреждениях.

§2. Удовлетворенность пациентов организацией предоставления услуг первичной помощи исследовалась по таким позициям как: территориальная доступность, возможности попасть на прием к врачу, работа регистратуры, вызов помощи на дом, диагностические исследования, координация терапевтической и специализированной помощи, обеспечение льготными лекарствами, платные услуги в поликлиниках. Оценки пациентов позволяют говорить о том, что ни в одном из перечисленных аспектов деятельности поликлиник не произошло существенных изменений, которые бы позволяли говорить о позитивных последствиях предпринятых преобразований. Более того, координация терапевтической и специализированной помощи разрушена односторонним повышением зарплаты терапевтам, а тарифы платных услуг неизменно растут.

Респонденты отмечают, что объемы платных услуг в поликлиниках меньше, чем в других медицинских учреждениях. Тем не менее, именно в поликлиниках сосредоточены самые малоимущие пациенты, прежде всего, пенсионеры. Уровень их доходов настолько низок, что не позволяет не только прибегать к платным услугам, но даже вынуждает их отказываться от жизненно необходимых услуг и лекарств. Большинство пенсионеров смирились с таким положением, хотя считают, что они принадлежат к льготной категории пациентов, имеющих право на бесплатное обслуживание. Более молодые пациенты, работающие и учащаяся молодежь, активно выражают недовольство широким распространением платных услуг в поликлиниках независимо от уровня их доходов. А в целом, неудовлетворенность услугами выражают все социально-демографические группы пациентов.

§3. Пациенты о профилактической деятельности поликлиник. Из интервью с пациентами следовало, что для профилактических осмотров в поликлиниках условий нет: отсутствует современное оборудование, врачи проявляют незаинтересованность в предоставлении профилактических услуг, и не обучены им профессионально. Плановая диспансеризация предписанных категорий населения, по мнению респондентов, проходит формально, не всегда объясняются результаты анализов и даются рекомендации. По свидетельству студентов, иногда такие осмотры «делаются со слов самого пациента». Профилактические осмотры по инициативе самих пациентов блокируются в сознании респондентов необходимостью больших затрат времени (ожидание на некоторые виды диагностики по нашим данным затягиваются до 2-3-х месяцев), кроме того, они платные, и из-за устаревшего оборудования, по мнению респондентов заведомо бесполезные. Данные позволяют утверждать, что продекларированная в национальном проекте задача укрепления

профилактической деятельности поликлиник, как основной функции первичной помощи, по-прежнему остается невыполнимой.

§4. Отношения «врач-пациент». Пациенты выражают неудовлетворенность профессионализмом врачей, но в большей степени – эмоциональной окрашенностью отношениями. Это означает, что предпринятые шаги по модернизации первичной медицинской помощи не дают желаемых результатов. Поликлиническая помощь продолжает функционировать по инерционным схемам, несмотря на финансовую поддержку со стороны государства участковых врачей. По-прежнему и врачи, и пациенты ориентированы на патерналистскую модель отношений, хотя лечению и контролю хронических заболеваний более соответствует партнерская модель. Она основана на совместном выборе стратегии лечения и подборе лекарств с учетом особенностей образа жизни и условий труда пациента. От врача требуются психологические навыки общения с различными категориями пациентов, признание их права на информацию о выборе стратегии лечения. От пациента требуется повышение грамотности и информированности относительно своих проблем со здоровьем, и ответственное исполнение предписаний врача. Для таких отношений у врача нет времени, психологических навыков, а, главное – экономической мотивации. Пациенты, особенно пожилого возраста, предпочитают всю ответственность за лечение возлагать на врача, и не связывать состояние здоровья с особенностями образа жизни. Успех лечения пациенты видят в том, что бы иметь «своего, постоянного врача». Предполагается, что постоянный лечащий врач – это участковый терапевт. Но пациенты, как правило, оценивают его профессиональные качества ниже, чем врача-специалиста, которого и стремятся приобрести в качестве постоянного врача.

§5. Неудовлетворенность пациентов обслуживанием и механизм обратной связи.

Об удовлетворенности получаемой в поликлиниках помощи убедительнее всего говорят высказывания респондентов о том, что *«люди не ждут от поликлиники реальной помощи при заболеваниях, потому что там нет ни оборудования, ни хороших врачей, ни лекарств»*. При высоком уровне неудовлетворенности пациентов условиями получения и качеством поликлинической помощи, исследование показало, что жалуются очень немногие пациенты, и делают это в исключительных случаях. Это объясняется тем, что пациенты плохо осведомлены о своих правах и льготах. Реализовать право пациента на смену участкового врача в рамках своей же поликлиники не удастся из-за боязни выбранного врача испортить отношения с коллегами. В сельской местности, да и в небольших рабочих поселках, это право выглядит пустой декларацией. Таким образом, пациенты поликлиник реально не оказывают никакого влияния на качество медицинских услуг (даже в тех случаях, когда они платные). Система медицинских учреждений для критики закрыта.

III глава - «Стратегии поведения населения при получении услуг первичной медицинской помощи». В главе дается описание исторических предпосылок формирования концепции самосохранительного поведения, характеристика уровня самосохранения российского населения в периоды бесплатной медицины и платной медицины. В рамках концепции анализируются современные стратегии поведения пациентов при необходимости получения ими медицинских услуг, дается оценка последствий этих стратегий.

§1. Поведенческая парадигма изучения здоровья. Переход к современному типу патологии во второй половине прошлого века послужил толчком к продвижению в новых социологических теориях поведенческого подхода в изучении здоровья. Узкомедицинское изучение факторов риска заболеваний сменилось поисками факторов поддержания здоровья. Стали анализировать взаимосвязи уровня здоровья с показателями как рискованного, так и сберегающего здоровье поведения. Таким образом, сформировалась поведенческая концепция здоровья, которая позволяла опираться на инструментальные возможности интерпретации, отношения и установки личности к здоровью, учитывать многообразие факторов, влияющих на результаты здоровья. В СССР в 70-80-х годах в рамках поведенческого подхода под руководством А.И. Антонова разрабатывалась концепция самосохранительного поведения (А.И. Антонов, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова и др.)²³. Серия исследований ИС РАН в 80-х гг. позволила выявить структуру показателей поведения в отношении здоровья и значимые проблемы в формировании культуры самосохранения российского населения.

§ 2. Концепция самосохранительного поведения (СП). В параграфе излагаются основные положения концепции СП. Даются схемы факторов, формирующих здоровье, обосновывается роль поведенческого фактора, как опосредующего действия остальных. СП выражается в системе действий и отношений, направленных на сохранение здоровья, полноценного прохождения всех жизненных циклов, на установку продления срока жизни. Главным конструктом типа СП личности является ценность здоровья – в зависимости от того, является ли она фундаментальной или инструментальной ценностью. Под фундаментальной ценностью мы понимаем самодостаточную ценность здоровья, которая диктует поведение, направленное на его поддержание. Когда здоровье рассматривается единственным, данным от природы ресурсом, и при отсутствии материальных накоплений, профессии, образования,

²³ Антонов А.И., Зотин В.К., Медков В.М. О первом опыте изучения самосохранительных установок. Материалы Всесоюзной конференции «Проблемы демографической политики в социалистическом обществе». – Киев, 1982. Антонов А.И. Социально-психологические аспекты продолжительности жизни. – В кн.: Актуальные проблемы демографии. Рига. 1983. Антонов А.И. Микросоциология семьи (Методология исследования структур и процессов). – М.: Издательский дом «Nota Bene», 1998. Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. Под ред. Журавлевой И.В. Институт социологии АН ССР. 1989.

помощи со стороны семьи или социальных связей - становилось средством достижения жизненных целей – это является проявлением инструментальной ценности здоровья.

В параграфе приводится схема социально-демографических, медицинских, социально-гигиенических и психологических показателей СП. В структуре индивидуального СП выделяются 4 компонента. **Превентивное** поведение характеризуется действиями, направленными на устранение или минимизацию рисков для здоровья, связанных с оценкой личностью условий труда, быта и территории проживания. **Рискованное** поведение характеризуется наличием в жизнедеятельности личности осознаваемых рисков для здоровья, в отношении которых человек ничего не предпринимает. **Контроль над имеющимися хроническими заболеваниями** актуальный вид СП, связанный с необходимостью сохранять трудоспособность или дееспособность при наличии хронических заболеваний. Важность этого вида поведения будет нарастать не только в России, но и во всем мире²⁴. Наконец, **поведение, связанное с получением медицинской помощи при появлении симптомов и заболеваний** – главный предмет нашего исследования. Оно характеризуется такими показателями, как установки на квалифицированную диагностику и лечение, осуществление выбора услуг (профессиональных медицинских или альтернативных, платных или бесплатных), мотивы выбора, способность оценивать качество услуг. Это поведение реализуется либо в непосредственно медицинских учреждениях, либо в местах получения альтернативных услуг, либо реализуется самостоятельно при стратегии, связанной с отказом от лечения или самолечением. Во всех компонентах СП важно отделять действия и отношения, диктуемые личным выбором и те, которые личность не может контролировать или не имеет для этого возможностей. Естественно, что чем ниже уровень доходов, тем меньше возможности для выбора поведения даже при высоком уровне самосохранения и ценности здоровья. Выбор того или иного поведения может быть связанным не только с материальными возможностями, но и с условиями предоставления услуг. Это могут быть территориальные ограничения, плохая организация предоставления услуг. В превентивном и рискованном поведении выбор может ограничиваться недоступностью профессиональной экспертной информации.

§3. Особенности самосохранительного поведения россиян: до и после реформ. Серия исследований СП, проведенных Институтом социологии РАН среди городского населения различных регионов страны начиная с 80-х г.г., показали, что уровень самосохранения

²⁴ Так, У.Бек в книге «Общество риска. На пути к другому модерну» (– М.: Прогресс-Традиция, 2000.) приводит данные о том, что сегодня «здоровыми» рождаются примерно десятая часть населения планеты. А 61% находятся между болезнями и здоровьем в так называемом «третьем состоянии», т.е., имеют хронические заболевания, не теряя при этом трудоспособность или дееспособность. В России в «третьем состоянии» специалисты насчитывают 50% населения, а 20% относятся к группе, имеющих факторы риска развития хронических заболеваний (Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.,: 2002, «Центр»).

оссийского населения в сравнении с культурой населения развитых стран, был довольно низким. Содержал немало элементов риска для здоровья. Преимущественно инструментальный характерности здоровья у большинства населения сам по себе являлся залогом рискованного поведения, так как легко формировал у человека установки на эксплуатацию здоровья.

Другая распространенная характеристика СП россиян - установка на институциональную аботу о здоровье. Годы бесплатной медицины, доступное для всего населения медицинское обслуживание атрофировали у нескольких поколений советских людей индивидуальную ответственность за свое здоровье и укрепили представления о том, что забота о здоровье населения лежит на министерстве здравоохранения. Культурные же традиции в сфере оддержания здоровья вследствие быстрой нуклеаризации российской семьи, высокой миграционной подвижности необремененного недвижимостью населения, и ряда других причин, ерестали транслироваться от поколения к поколению, постепенно утрачиваясь.

Важная характеристика российской культуры самосохранения связана также с лительным терпимым отношением в обществе к вредным привычкам. Если это не отражалось на рудоспособности и не доводило до асоциального поведения, то вредные привычки ассматривались как антистрессовые практики, а не факторы риска здоровья. Впоследствии, одобное отношение поколения родителей не только к этим практикам, но и к рискам вообще, стало благоприятной почвой для вовлечения их детей в более опасные практики рисков переходного периода страны. С таким уровнем культуры самосохранения российское население подошло к началу реформ и переходу к платной медицине.

Платная медицина предоставила населению возможность выбора качества услуг и лекарств, но широкие слои населения не имели возможности этим выбором воспользоваться из-за низких доходов. Поликлиники имели довольно низкий статус среди медицинских учреждений, а при выборе платных учреждений у населения для определения их статуса не было ориентиров, либо просто не было достаточных средств. На стихийном фармакологическом рынке не ориентировались даже врачи. Обеспеченные люди стали предпочитать получать медицинские услуги за рубежом, а большинство населения, стали оплачивать свои способы выживания состоянием здоровья.

Вместе с тем, преобразования в стране способствовали появлению и рациональных стратегий в отношении здоровья. Пришедшие к нам западные компании, совместные предприятия привнесли в нашу действительность нормы отношения к здоровью как к неотъемлемой характеристике профессиональной ценности и перспективности личного карьерного роста. Носителями «моды на здоровье» стали менеджмент частного сектора, студенты, депутаты, представители политической элиты. Понятно, что мода на здоровье, прежде

всего, затронула высокодоходные слои общества, и только среди студенческой молодежи приобщение к культу здоровья происходило независимо от доходов. Но положительные моменты затрагивали незначительные слои населения и не оказывали существенного влияния на культуру самосохранения населения в целом.

§4. Стратегии поведения пациентов при необходимости получения помощи ПМП.

Выражая неудовлетворенность работой поликлиник, пациенты так же критически оценивали и свое отношение к здоровью. Они критиковали увлечение вредными привычками, запущенные по своей вине болезни. Недостаток силы воли для изменения отношения к здоровью, мотивировали тем, что *«все равно здоровье уже не вернешь»*. К тому же и сегодня пациенты остаются под влиянием патерналистских установок, а неподкрепленные ожидания вызывают у них чувство отчуждения в отношениях с медицинскими учреждениями. *«Раньше о нас хоть какая-то забота была»*, а сегодня *«учить нас некому»*, *«врачи объяснять не торопятся»*.

Работающие пациенты, особенно более грамотные и информированные молодые люди, готовы вести здоровый образ жизни, но считают, что есть огромное количество проблем, снижающих уровень здоровья, решение которых не зависит от самого человека. У работающего населения преградой на пути к заботе о здоровье является сложившаяся ситуация с социальной защитой трудовых коллективов. Со стороны профсоюзных организаций контроль условий труда и прав работников снизился. Особенно это выражено в частном секторе производства и касается как простых работников, так и топ менеджеров. Ненормированный рабочий день, питание по типу «перекусов», – все это воспринимается сегодня как часть корпоративной культуры, а пропуски рабочего времени на посещения врачей не приветствуются вовсе. К тому же у работников частных компаний появилась боязнь потерять дотации, которые не включались в среднюю заработную плату, а выплачивались за выход на работу без больничных листов. Дополнительную, а часто и множественную занятость, особенно, в «теневой экономике», стресс и напряжение, связанные с правовой и физической незащищенностью трудовой деятельности, отказ от отпусков, свободного времени - все это вынужденные жертвы, на которые люди идут ради поддержания уровня жизни, ради достижения карьерного роста, которые на самом деле являются формой эксплуатации здоровья. Парадоксально то, что в России эти стратегии встречаются и у низкодоходных и у высокооплачиваемых групп населения.

Неизбежные потери времени в поликлиниках, низкое качество диагностики и лечения, неудовлетворенность отношениями с врачами, рост платности услуг, - стали преградой для своевременного обращения за медицинской помощью для разных категорий пациентов. В результате при легких, а точнее, привычных симптомах заболеваний люди стараются не обращаться в поликлиники и переносят заболевания «на ногах», в надежде, что «все сам

ройдет». В основном так поступают мужчины, молодежь и сельские жители. Когда симптомы сами собой не проходят, потенциальный пациент все-таки вынужден обратиться за услугами в поликлинику, но уже с запущенным заболеванием. Часто, по словам пациентов, обращение на поздних стадиях является расчетом попасть сразу в больницу, чтобы получить более эффективную помощь в стационаре. Обращение на поздних стадиях, как показали респонденты, обычное поведения и городских, и, тем более, сельских жителей, которым надо преодолевать еще территориальную недоступность медицинской помощи.

Обращение на поздних стадиях заболеваний, частичный или полный отказ от посещения врачей оборачиваются самолечением, которое распространяется не только на появление равнозначных легких заболеваний. Среди практикующих самолечение и гипертоники, и пациенты с сердечными приступами, и с язвой желудка и даже астматики. По свидетельству респондентов, практики самолечения опираются на широкую информационную поддержку в обществе. У потребителей рекламы возникает иллюзия, что они могут и без врачей, руководствуясь инструкцией к лекарствам, осуществлять самостоятельное лечение. Законодательный контроль адекватности содержания рекламы не осуществляется. С разрастанием практик самолечения особый статус приобрели у населения аптеки. Большинство пациентов опыт аптекарей приравнивают к профессиональному опыту терапевтов поликлиник, а в выборе лекарств считают его превосходящим.

Ресурсом самолечения стали СМИ, которые пользуются распространенностью практик самолечения, успешно поднимая рейтинги и тиражи за счет предоставления широкого спектра информации. Если говорить о содержании материалов о здоровье в СМИ, то совершенно не ясно, кого они представляют: официальную медицину, народную медицину, нетрадиционные методы лечения, фармакологические фирмы? Эти вопросы требуют специального изучения. Важным ресурсом самолечения становится Интернет, представляя вид виртуального лечения. В интернете сложились неформальные сети носителей симптоматики и заболеваний по видам патологий. Виртуальное общение пациента и врача гарантировано строится на доброжелательной основе и исключает грубость и раздражение. Очевидно, что виртуальное общение врача и пациента как и реальное так же должно опираться на правовое поле. Это новая проблема, требующая так же специального исследования. В последнее время на основе отказа населения от услуг первичной помощи разрослось целительство. Именно целительство, по мнению пациентов, обеспечивает материальную доступность, комплексное восприятие человека со всеми его жизненными проблемами, гарантированную доброжелательность, а так же «природность» средств лечения.

Выделенные стратегии поведения: отказ от лечения, обращение к врачам на поздней стадии заболеваний, самолечение, обращение к неофициальной медицине – являются

вынужденными, ответными на условия предоставления и качество медицинских услуг в первичном звене – это ответственность здравоохранения. Стратегии являются девиантными, так как приводят к запущенным формам заболеваний и появлению новых. Ответственность населения в том, что оказываясь перед выбором: куда и на что направить свои дефицитные материальные и временные ресурсы и усилия, в силу свойственной большинству инструментальной ценности здоровья, люди выбирают в первую очередь не здоровье, а решение жилищных вопросов, образование детей, создание определенного стандарта жизненных благ, и даже отдых и развлечения.

С момента получения результатов исследования прошло почти 4 года. Правительство представило на обсуждение «Концепцию развития здравоохранения РФ до 2020». В связи с этим возникает вопрос об актуальности наших выводов сегодня. В новой концепции дан анализ ситуации в здравоохранении, предложено развернутое описание механизмов его дальнейшего финансирования, а так же декларируется необходимость укрепления профилактической деятельности первичного звена и общегосударственной задачи формирования здорового образа жизни населения. И, тем не менее, остается повод утверждать, что правительственная концепция по прежнему не отвечает всем вызовам времени, главными из которых остается профилактика и доступность медицинских услуг. Профилактика ПМП невозможна без: создания ее стандартов и платы за их выполнение так же, как это делается в отношении лечебной деятельности; без профессиональной подготовки врачей и сестер к медицинской и социальной профилактике. Профилактическая деятельность далеко не исчерпывается антиалкогольной, антикурительной и антинаркотической программами, к выполнению которых предполагается привлечение образования, СМИ и других ведомств. Их спектр существенно шире. Но и их финансирование и исполнители опять не прописаны.

Главные ожидания населения связаны с повышением доступности качественных медицинских услуг. Однако политика соплатежей здравоохранения с населением набирает в концепции новые обороты: заложен механизм еще большей ориентации медицинских учреждений на доходы от населения. Вместе с тем рост неравенства доходов среди населения, по оценкам экономистов, будет увеличиваться, следовательно, доступность медицинских услуг будет продолжать снижаться. Таким образом, есть все основания считать, что описанные нами стратегии населения при получении услуг первичной помощи будут сохраняться и в будущем. В аналитической части концепции «Развития здравоохранения РФ до 2020 г.г.» приводятся данные, согласно которым около 2-х миллионов человек в нашей стране ежегодно умирают, не получая медицинской помощи, от так называемых «устранимых причин смертности» – есть такой показатель, который говорит об отсутствии профилактики и о необращаемости населения

а услугами. Это как раз статистика последствий тех самых стратегий, которые выявлены в предлагаемом исследовании.

В Заключение приводятся основные выводы работы.

Основные положения диссертации отражены в следующих публикациях автора:

Публикации в журналах ВАК:

1. Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социс, N 5, 1999.С. 84-92 (0,9 п.л.)
2. Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // «Социс», № 11, 2000. С.7-12 (0,9 п.л.)
3. Пиетиля И., Дворянчикова А.П., Шилова Л.С., Российское здравоохранение: ожидания населения // Социс, 2007, №5. С 81-88 (0, 9 п.л., личный вклад 0,5)
4. Шилова Л.С. О стратегиях поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. 2007 № 9. С. 102-109 (0,8 п.л.)
5. Шилова Л.С. Оценка пациентами услуг первичной медицинской помощи (в Липецкой и Тюменской областях) //Журнал исследований социальной политики. 2008, том 6, №3, С.357-384 (1,95 п.л.)
6. Шилова Л.С.Отношение населения России к модернизации здравоохранения //Управление здравоохранением. 2009, №2 (№24). С.30-44 (1,2 п.л.)

Монографии и главы в монографиях

7. Шилова Л.С., Антонов А.И., Бабин Е.Б., Журавлева И.В. // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. / Под ред. Журавлевой И.В. ИС РАН СССР. М.: 1989. (3,6 п.л., личный вклад 1,8 п.л.)
8. Шилова Л.С., Журавлева И.В. и др. Отношение населения к здоровью./Под ред. И.В.Журавлевой. ИС РАН. М.:1993 (9,9 п.л., личный вклад 2,2 п.л.)
9. Шилова Л., Палосуо Х., Уутела А., Журавлева И., Лакомова Н. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве)/ Отв.ред.ЖуравлеваИ.В. М.: ИС РАН. 1998 (10 п.л., личный вклад 1,4)
10. Шишкин С.В. Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. и др. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. /Отв.ред Шишкин С.В. Независимый институт социальной политики. - М.: ООО "Пробел-2000",2002 (10 п.л., личный вклад 1,1 п.л.)
11. Шишкин С.В., Богатова Т. В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Независимый институт социальной политики./ Отв.ред. Шишкин С.В. М.: 2003 (10 п.л., личный вклад 0.9 п.л.)
12. Shilova L. Perceived Health, Health-Related Habits & Attitudes in Helsinki & Moscow: A Comparative Study of Adult Populations in 1991. co-oder. , Helsinki, 2003 (10 п.л.,личный вклад 1 п.л.)

13. Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д. Овчарова Л.Н. Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Отв. ред. Шишкин С.В. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ. 2004 (10 п.л., личный вклад 0,8 п.л.)
14. Шилова Л.С. Отношение населения к здоровью и медицинскому обслуживанию в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Качественное исследование в Липецкой и Тюменской областях в ноябре-декабре 2006 г. //Поддержка развития системы учреждений первичной медицинской помощи на государственном и муниципальном уровнях. Москва, 2007 г. GTZ/Socon. С 39-58 (1,5)
15. Шилова Л.С. Национальные проекты в сфере здравоохранения. Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения. // Национальные проекты и реформы 2000-х годов: модернизация социальной политики. Раздел 2.1. / Под ред. Е.Р.Ярской-Смирновой, М.А.Ворона. Раздел 2.1.. М: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2009. С. 52-85. (2 п.л.)

Другие публикации по теме диссертации:

16. Шилова Л. Стресс, здоровье и трансформация самосохранительного поведения населения Москвы за годы реформ / Россия: риски и опасности «переходного» общества. Под ред. О.Н. Яницкого. Москва, Институт Социологии РАН. 1998. С. 161- 191 (1,5 п.л.)
17. Шилова Л.С. Трансформация мужской и женской моделей самосохранительного поведения /Доклады III международной гендерной конференции «Мужчины и женщины (меняющиеся роли и образы)» Москва, Институт этнографии РАН, 1999, том 1. С. 83-98 (1,1 п.л.)
18. Шилова Л.С. Заикин Е. В. Динамика уровня стресса жителей Москвы // Проблемы здоровья и социальная политика здравоохранения в России. / Под ред. Леонова С.А и Шиловой Л.С. Москва. ИНИОН РАН. 1999. С. 69-83 (1,3 п.л.)
19. Шилова Л.С. Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья //Социальные конфликты: экспертиза прогнозирования технология разрешения. / Отв.ред Романенко Л.М. М., ИС РАН, 1999. С. 86-114 (1,5 п.л.)
20. Шилова Л.С. Отношения «врач-пациент» в условиях модернизации первичной помощи российского здравоохранения // III Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения». Социальные процессы в современной России: традиции и инновации». 4 и 5 декабря 2007 г МГУ. М.: 2007. (0,5 п.л.)
21. Шилова Л.С. Реформы здравоохранения как источник новых рисков для здоровья // Социологические координаты риска. / Под ред. А.В.Мозговой. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2008.- С.68-89. (1,3 п.л.)
22. Shilova L. Estimation of modernization of primary medical aid by population. European Society or European Societies: a View from Russia / Ed. by V.A. Mansurov.— : Maska, 2009. (0,7 п.л.)
23. Шилова Л.С. Ресурсы модернизации здравоохранения // Риск: исследования и социальная практика /Под редакцией Мозговой А.Е. М.: ИС РАН, 2011С.69- 89 (1.25 п.л.)

Подписано в печать 08.12. 2011 г.
Зак. 109 Тир. 80 экз. Объем 1,2 п.л.
Москва, Нахимовский проспект, 32