

УДК 316.334:61

DOI 10.17223/1998863X/29/5

Н.А. Вялых

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Рассматривается проблема доступности медицинской помощи в российском обществе. Концепт доступности медицинской помощи рассматривается как динамическое взаимодействие различных переменных в социальном контексте. Особое внимание уделяется возможности интеграции экономических, организационных, социокультурных аспектов для лучшего социологического понимания факторов доступности медицинской помощи. Результатом социологической диагностики является заключение о невозможности устойчивого перехода российского здравоохранения на принципы саморегуляции в среднесрочной перспективе.

Ключевые слова: здравоохранение, доступность, медицинская помощь, социология, дифференциация.

Введение

Российской Федерации в наследство от СССР досталась богатая инфраструктура здравоохранения, но уже к 80-м гг. прошлого столетия произошёл колоссальный отрыв программных мероприятий от финансового обеспечения, и инфраструктура стала убыточной. В 90-х гг. плановая командно-административная экономика здравоохранения окончательно рухнула, а на смену ей пришел эклектичный сплав социально-страховой, государственной и рыночной моделей здравоохранения. В ельцинский период значительно возросла социально-экономическая автономия субъектов РФ, а вместе с ней и ответственность за состояние таких показателей человеческого капитала, как здоровье и качество жизни. В итоге сформировалось резистентное к большинству политических решений и программ в сфере охраны здоровья региональное и социально-экономическое неравенство в доступности медицинской помощи. Накопившиеся «три П» – проблемы, парадоксы и противоречия функционирования подсистемы медицинского обеспечения и института здравоохранения в целом – обусловили постановку цели данной работы – оценить экономические, организационные и социокультурные аспекты доступности медицинской помощи в России на макросоциологическом уровне.

Доступность медицинской помощи: концептуализация в социологическом дискурсе

Феномен доступности медицинской помощи является предметом социологических исследований (как теоретического, так и прикладного характера) многих отечественных и зарубежных ученых. Однако конвенционального определения доступности медицинской помощи и ее параметров в общенаучной практике, и в социологии в частности, не сложилось.

В связи с этим мы очертим теоретический бэкграунд, на основе которого сконструируем логику социологического анализа доступности медицинской помощи в эмпирической плоскости.

На международном уровне первое официальное Заявление о доступности медицинской помощи было принято 40-й Всемирной Медицинской Ассамблеей в Вене в сентябре 1988 г. В этом документе дается определение доступности, а также сформулированы руководящие принципы организации доступной медицинской помощи. Согласно международному акту, «доступность медицинской помощи обусловлена сбалансированностью возможностей государства и медицинских ресурсов страны. Медицинские ресурсы включают: медицинские кадры, финансирование, транспорт, возможность свободы выбора медицинской помощи, уровень образованности общества, качество и размещение медицинских технологий. Степень оптимальности баланса этих элементов, по критерию максимизации качества и объема оказания медицинской помощи, определяет ее доступность» [1]. Нельзя не отметить значимость обращения организаторов здравоохранения к дефиниции доступности системы медицинского обеспечения на столь высоком уровне. Вместе с тем формулировки носят скорее рекомендательный характер и не содержат конкретики.

Американская исследовательница А. Graves, разрабатывая поведенческое направление, признает, что понятие доступности имеет множество измерений, среди которых: наличие условий и ресурсов удовлетворения потребности в медицинской помощи, ценовая приемлемость, высокий уровень качества [2. Р. 50]. По мнению А. Graves, наличие условий и ресурсов удовлетворения потребности означает географическую доступность медицинской помощи. И. В. Подпорина конкретизирует «ресурсный подход», рассматривая доступность медицинской помощи как результат эффективного, рационального распределения ограниченных ресурсов на макроэкономическом уровне (территории страны, региона и уровне местного самоуправления) и на микроуровне (конкретной медицинской организации) [3].

Методологическое значение имеет концептуальная модель доступности медицинской помощи, разработанная группой ученых из Великобритании (М. Dixon-Woods, D. Cavers, S. Agarwal) [4]. По мнению научного коллектива, индивид («кандидатура») сам конституирует доступность медицинской помощи, признавая себя «подходящим» объектом медицинского внимания и медицинского вмешательства. При этом модель учитывает социальный контекст и факторы макроуровня, которые оказывают влияние на распределение и конфигурацию медицинской помощи. И. Б. Назарова связывает доступность медицинской помощи с самосохранительной активностью трудящегося человека [5. С. 412]. Ценность теорий самосохранительной активности заключается в признании сознательной деятельности личности в качестве основополагающего условия доступности медицинской помощи.

Таким образом, доступность медицинской помощи представляет собой динамичное взаимодействие различных переменных, процесс взаимодействия акторов в системе медицинского обеспечения в постоянно меняющемся социальном контексте. С учетом этого мы построили теоретическую модель

социологической диагностики доступности медицинской помощи в современной России (табл.1).

Таблица 1

Параметры доступности медицинской помощи

Измерения доступности	Ведущие факторы доступности	Категории социологического наблюдения	
		Поведенческий уровень	Системный уровень
Экономическое	Коммерциализация медицинской помощи	Платежеспособность потребителей и готовность платить	Объем финансирования здравоохранения; объем платных медицинских услуг
Организационное	Инфраструктурные ограничения и территориальные различия	Способы социальной адаптации к «агрессивным» условиям внешней среды	Особенности конфигурации медицинских ресурсов
Социокультурное	Метапрограмма медицинской культуры общества	Формы медицинской активности населения	Специфика здравоохранительного сознания общества

В данной модели особое внимание уделяется поведенческому и системному уровням доступности медицинской помощи, поскольку доступность медицинской помощи формируется на уровне индивидуального сознания и опосредуется материальными и духовными структурами надиндивидуального порядка, но первично все-таки социальное действие потенциального пациента, включая бездействие и уклонение от действия. И надо отметить, что цель макросоциологической диагностики состоит не просто в констатации зон напряженности в сфере медицинского обеспечения, но и в прояснении причин дифференциации потребления медицинской помощи.

Экономические, организационные и социокультурные измерения доступности медицинской помощи в России

До принятия нового закона об обязательном медицинском страховании (2010 г.) два десятилетия система финансирования здравоохранения была многоканальной. Это была сложная схема финансового обеспечения, определенно тормозившая модернизацию здравоохранения. Переход к одноканальной системе финансирования, может, и упростил порядок компенсации затрат на производство медицинской услуги, но едва ли восполнил хронический дефицит финансовых средств. По словам первого заместителя председателя Комитета Государственной думы РФ по охране здоровья профессора Н. Ф. Герасименко, во многом из-за перехода на одноканальное финансирование продолжает уменьшаться число участковых больниц на селе, так как оплата за пролеченного больного в центральной районной и в участковой больницах одинакова, а поток пациентов несопоставим. Вот и получа-

ется, что содержать медицинскую организацию не за что и платить зарплату медикам нечем [6. С. 7].

Обращают на себя внимание темпы расширения объема платных медицинских услуг. Исследование РБК.research «Российский рынок частной медицины – 2014» [7] показало, что объем рынка платных медицинских услуг в России достиг отметки в 460 млрд руб., а по некоторым экспертным оценкам, – 600 млрд руб. По мнению аналитиков РБК.research, рынок платных медицинских услуг в ближайшее время сохранит высокий темп роста – порядка 9–13 % в год, что выше уровня прогнозируемой инфляции.

Согласно данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), за получение медицинской помощи более высокого качества в той или иной степени готовы доплатить, в том числе не исключают для себя такой возможности, 52 % опрошенных (опрос проходил в 46 регионах РФ в 2013 г., N = 1600 респондентов в возрасте от 25 до 60 лет). «В среднем речь идет о сумме в 1400 руб. в месяц на одного человека. Максимальная планка такой доплаты – 5 тыс. руб. в месяц на человека», – сообщают социологи [8].

Данные Росстат показывают, что объем расходов на медицинские услуги положительно коррелирует с уровнем ресурсной обеспеченности российских домохозяйств (табл. 2). Очевидно, что низкодоходные группы находятся в зоне ограниченной финансовой доступности медицинской помощи.

Таблица 2

Расходы домашних хозяйств на медицинскую помощь по 20-процентным группам населения в 2012 г.
(по данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств) [9]

	Все домохозяйства	По 20-процентным группам обследуемого населения				
		Первая (с наименьшими располагаемыми ресурсами)	Вторая	Третья	Четвертая	Пятая (с наибольшими располагаемыми ресурсами)
Расходы домохозяйств на оплату медицинской помощи (в среднем на одного оплатившего; в месяц), руб.	1602,8	649,0	814,1	1357,2	1508,5	2241,7
По видам медицинской помощи:						
Амбулаторная или стационарная	1351,7	569,9	676,2	1354,7	1173,2	1827,4
Стоматологическая	2001,0	756,6	1014,7	1363,1	2062,0	2906,5
Скорая	459,3	326,8	302,9	304,5	806,3	168,9

Общеизвестно, что в России чрезвычайно высок уровень преждевременной, скоропостижной и внезапной смертности по различным классам заболеваний, особенно от сердечнососудистых патологий, болезней органов дыхания и несчастных случаев. Вероятно, упущенные годы жизни – результат не только нездорового образа жизни, плохой экологии и наследственности, но и следствие недостаточного финансирования системы медицинского обеспечения. По данным мировой статистики [10], в 2012 г. общие расходы государства на здравоохранение в России составили 4 % от ВВП. Для сравнения в Германии – 9 %, в Финляндии и в Испании – 7 %, в Канаде, Соединенном Королевстве и Японии – по 8 %. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (усредненная по полу и регионам страны), по состоянию на 2012 г., в России – 69 лет; в Германии, Соединенном Королевстве и Финляндии – 81 год; в Японии – 84 года; в Испании – 82 года. К тому же с 1990 по 2012 г. статистика регистрирует неуклонное снижение числа больничных учреждений – с 12,8 тыс. до 6,2 тыс. соответственно, т. е. более чем в два раза. Если уменьшение числа больничных коек еще можно назвать экономически оправданным явлением, связанным с развитием стационарозамещающих технологий, то сокращение количества амбулаторно-поликлинических организаций вызывает тревогу: в 1995 г. – 21,1 тыс., в 2007 г. – 18,3 тыс., в 2010 г. – 15,7 тыс. С 2011 г. впервые за шесть лет наблюдается положительная динамика, число амбулаторно-поликлинических организаций возрастает: в 2011 г. – 16,3 тыс., в 2012 г. – 16,5 тыс. [11]. Однако увеличение числа амбулаторно-поликлинических организаций происходит в основном за счет коммерческих медицинских организаций.

Н. Ф. Герасименко отмечает, что в сельской местности за 12 лет количество больничных учреждений сократилось почти в 3,5 раза: с 4 тыс. 372 до 1 тыс. 216 больниц [6. С. 5]. Если в целом по России число больничных коек сократилось на 19 % – со 115 до 93 коек, то в сельской местности сократилось почти на 40 % – с 239 до 140,4. Профессор Н. Ф. Герасименко отмечает, что такие темпы сокращения числа больничных коек абсолютно несопоставимы с темпами сокращения сельского населения. Недостаточно сельские местности оснащены и медицинскими кадрами: если в городах на 10 тыс. населения приходится в среднем 43,8 врача, то в сельской местности – 12,4.

Финансирование системы здравоохранения осуществляется, преимущественно, по территориальному принципу: платежи и взносы аккумулируются в территориальных фондах обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Получается, что население регионов оказывается в заведомо неравных условиях, поскольку от уровня социально-экономического процветания социально-территориальной общности во многом зависит и доступность качественного медицинского обслуживания. О межрегиональном неравенстве свидетельствует такой индикатор, как численность врачей на 10 тыс. чел. по субъектам РФ. Например, численность врачей на 10 тыс. чел. населения, по данным 2012 г., в Ростовской области – 40,3, в Курганской области – 30,3, в Тюменской области – 51, в Чукотском автономном округе – 73,1, в Республике Северная Осетия – Алания – 71, в г. Санкт-Петербурге – 80,6. Средний по России показатель – 49,1 [11].

По основным специальностям, необходимым для реализации программы государственных гарантий медицинского обеспечения, дефицит составляет 40 тыс. человек [12]. По информации Минздрава РФ, ежегодно выпускается 63 тыс. медсестер и фельдшеров, при этом из профессии уходят 70 тыс. чел. в год [12]. По данным Росздравнадзора, во всех регионах наиболее остро отмечается нехватка специалистов в области анестезиологии-реаниматологии, онкологии, фтизиатрии, хирургии, инфекционных болезней, психиатрии, в акушерстве и гинекологии, скорой медицинской помощи [13. С. 16].

Большое значение в формировании порога доступности медицинской помощи занимают социокультурные факторы. На поведенческом уровне – это формы медицинской активности населения, являющиеся продуктом обыденного здравоохранительного сознания. Сложно сказать однозначно, что первично: социальное действие потребителя медицинской помощи или социальные факты, в дюркгеймовском понимании, «управляющие» этими действиями. Это, безусловно, проблема противоборства номиналистической и реалистической парадигм в социологии, в тонкости которой вдаваться мы не будем. Бесспорно одно, медицинская активность как ориентация на потребление медицинской помощи, включая отказ от такового, и здравоохранительное сознание как совокупность представлений общества о должных формах сохранения и укрепления здоровья, в том числе посредством профессионального медицинского вмешательства, диалектически взаимосвязаны.

Эмпирическими аналогами медицинской активности, поддающимися социологическому измерению, являются сведения о: типических стратегиях поведения в случае заболевания (недомогания); распространенности профилактического обращения населения в медицинские организации; частоте посещения медицинских организаций в течение года; объеме выполнения предписаний, рекомендаций и назначений врачей; частоте использования личных знакомств и социальных связей с целью получения необходимой медицинской помощи. Индикаторами здравоохранительного сознания россиян в контексте доступности медицинской помощи являются: социальные представления о должной форме организации системы медицинского обеспечения (имеется в виду «платность / бесплатность»); представления социума об агентах, несущих основную ответственность за здоровье человека; эмоциональное восприятие пациентами отношения медицинского персонала; степень социального доверия / недоверия к медицинским организациям.

В подтверждение наших слов обратимся к социологическим данным, в том числе полученным лично автором.

Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РЭМЗ) 22-й волны говорят о том, что 76,5 % респондентов не показывалось медицинскому работнику для профилактического осмотра, не испытывая симптомов болезни в течение года [14]. Чтобы решить проблемы со здоровьем (которые возникали у опрошенных в течение 30 дней до опроса, всего – 7069 чел.), 38,7 % респондентов обращались в медицинские учреждения или просто к медработникам за стоматологической и нестоматологической помощью, 61 % – не обращались к медработникам, занимались лечением самостоятельно. В целом россияне крайне редко посещают врачей: 36 % – два-три раза в течение года, 27,4 % – реже одного раза в год, 22,3 % – один

раз в течение года, 9,5 % – один раз в месяц и 3,4 % – несколько раз в месяц. Стоит отметить, что 86 % опрошенных не пропустило сколько-нибудь рабочих или учебных дней по болезни в течение года. Это к тому, что национальная черта стоицизма относительно своего здоровья является социокультурным барьером в доступе к медицинской помощи, а может и финансовым, так как в условиях дикого капитализма очень сложно позволить себе «уйти на больничный», поскольку это сопряжено с риском лишиться заработка и места работы.

В ограничении доступности медицинской помощи большую роль играет дихотомия «обращение к врачу – самолечение». Социологи Фонда «Общественное мнение» спросили у респондентов: «Почему при плохом самочувствии вы предпочитаете лечиться самостоятельно?» (открытый вопрос, задавался предпочитающим лечиться самостоятельно). Из 51 % ответивших на вопрос 7 % указали – «Врачи плохие, непрофессиональные, нет смысла к ним ходить», а 6 % – «Не доверяю врачам, боюсь их», т.е. в сумме минимум 13 % не доверяют медицинским организациям [15].

В. В. Кулик, Т. Г. Ковалева, Н. Г. Кондрашков в 2011 г. опросили методом анкетирования 600 родителей, проживающих в городах и поселениях Ставропольского края, с целью изучения причин и уровня распространения самолечения родителями детей с острыми респираторными заболеваниями. Исследователями установлено, что без участия врача лечением ОРЗ у детей занимаются 82 % родителей. Причинами такой тактики борьбы с недугом являются: «недостаток времени на посещение специалиста (41 %), мнение о достаточном объеме собственных знаний по вопросам применения лекарственных препаратов (34 %), недоверие решению врача (36 %), отсутствие врача по месту жительства (4 %), недостаточные материальные возможности (3 %). Лишь 5 % респондентов считают, что заниматься самолечением детей нельзя (их мнение полностью совпадает с мнением врачей-педиатров), возможность самолечения ребенка в возрасте до года допускают 16 % родителей, 24 % респондентов считают, что самолечением ребенка можно заниматься с 5 лет» [16].

Таким образом, феномен самолечения подпитывается не только дефицитом личного времени заболевшего или неудобными графиками приема врачей, но и недоверием к знаниям и опыту провайдеров медицинской помощи.

С апреля по июнь 2014 г. нами был проведен социологический опрос методом анкетирования в г. Ростове-на-Дону, целью которого было социологическое измерение контекстуальных и поведенческих параметров потребления медицинской помощи в г. Ростове-на-Дону¹. Выборка составила 766 человек в возрасте от 18 лет, проживающих постоянно или временно (не менее трех месяцев в году) в г. Ростове-на-Дону. Способ отбора – квотная нерандомизированная выборка с отбором типичных объектов. В составе изученного кон-

¹ Данная работа заняла I место в трехэтапном конкурсе: «Лучшая научная работа молодых учёных федеральных университетов» (Гуманитарное и социально-экономическое направление науки и образования: юридические, экономические науки, менеджмент, политические, социологические и военные науки) по итогам очной защиты в рамках конференции «Миссия молодежи в науке» (г. Ростов-на-Дону, 21 ноября 2014 г.). Прим. автора.

тингента – 54,2 % женщин, 45,8 % мужчин. Распределение участников анкетирования по возрасту выглядит следующим образом: 18–30 лет – 23,4 %, 31–45 лет – 31,6 %, 46–60 лет – 25,3 %, 60 лет и старше – 19,7 %. В ходе сбора социологической информации мы стремились соблюсти пропорциональное представительство половозрастных групп, а также групп пенсионеров, учащихся и трудящихся с учетом статистических сведений о генеральной совокупности.

Для того чтобы выяснить отношение потребителей к платным медицинским услугам, мы задали вопрос: «Какой должна быть, по Вашему мнению, система здравоохранения в России?». Общественное мнение горожан разделилось почти поровну: 44,5 % полагают, что система здравоохранения должна быть смешанной, 44,1 % настаивают на полностью бесплатной системе здравоохранения. Только 5,7 % участников опроса высказались за преимущественно платную систему здравоохранения, а 5,6 % – затруднились с ответом.

Немаловажным показателем медицинской культуры населения являются представления об агентах, несущих основную ответственность за здоровье человека. Половина опрошенных (50,3 %) считает, что сам человек несет основную ответственность за свое здоровье, 21,5 % респондентов полагают, что государство играет решающую роль в данной сфере, 16,2 % голосов отдано за вариант «медицинские организации и медицинский персонал». Гораздо реже упоминались страховые медицинские организации (9,5 %) и работодатели (2,2 %).

Как и в эпоху советского здравоохранения, значимую роль играет социальный капитал пациента, поскольку финансовая возможность оплатить медицинскую услугу еще не гарантирует приемлемое качество и положительный исход. По данным проведенного анализа, 58,2 % опрошенных, включая членов их семей, приходилось в течение года использовать знакомства, личные связи с целью получения необходимой медицинской услуги.

Установлено, что на потребление медицинской услуги существенно влияет процесс выбора стратегии поведения внутри семьи респондента в случае его заболевания (например, обращаться к врачу или нет, вызвать ли скорую помощь, какие купить лекарства, соглашаться или не соглашаться на операцию и т. п.). Так, 48,3 % опрошенных указали, что они принимают подобные решения самостоятельно, а 49,2 % респондентов подчеркнули, что стратегии поведения, как правило, генерируются коллегиально (с супругом, родителями, детьми, другими родственниками). Только очень малая часть опрошенных (2,5 %) призналась в том, что решения принимают за них родственники, без их личного участия. Респонденты, в семьях которых решения принимаются коллегиально, чаще прибегали к профилактической медицинской помощи (52,7 %) по сравнению с теми, кто принимает решения самостоятельно (47 %). Заметим, что в группе «сплоченных семей» респондентам приходилось сравнительно реже отказываться от медицинской помощи из-за недостатка финансовых ресурсов – 42,2 % против 44,9 % респондентов, принимающих решения единолично.

Таким образом, человек, принимающий решения в случае заболевания самостоятельно, обладает сравнительно меньшими шансами получить необходимую медицинскую услугу в достаточном для сохранения и укрепления здоровья объеме.

Значительная доля респондентов (40,1 %) свидетельствует о том, что наблюдает чаще всего со стороны персонала медицинских учреждений «сухую», подчеркнуто официальную форму отношения; 16,4 % опрошенных говорили об отношении медиков «с выражением своего собственного превосходства»; грубую, неуважительную, невнимательную форму отношения наблюдает 9 % потребителей. Вместе с тем более трети респондентов (34,5 %) заявили об уважительном и корректном отношении сотрудников медицинских организаций.

У каждого респондента своя история болезни и своя история взаимоотношений с медицинским персоналом, и, быть может, корректнее измерять отношение к конкретной медицинской организации или врачу? Наверное, да... Однако мы ставили задачу определения общего социального фона, настроения, которое опосредует потребительский выбор в сфере медицинского обеспечения, и цифры говорят о том, что неполное следование указанием врача, редкие визиты в медучреждения вызваны либо недоверием к знанию и опыту медиков, либо финансовыми затруднениями, либо недостатком времени. Очевидно, что вносит свой вклад и негативная эмоциональная окраска взаимоотношений пациентов и медицинских работников.

Заключение

Анализ социологических и статистических данных выявил ряд социальных аномалий, представляющих собой наблюдаемые последствия дисфункции системы здравоохранения и дисфункции социетальной системы российского общества, а именно:

- в социально-экономической плоскости – галопирующая коммерциализация системы оказания медицинской помощи, явное и латентное сокращение государственных гарантий условно-бесплатной медицинской помощи;
- в организационном измерении – региональная асимметричность объективной доступности медицинской помощи, нерациональное управление ресурсами здравоохранения, тенденции формальной оптимизации процессов в сфере медицинского обеспечения взамен назревшим содержательным реконструкциям;
- в социокультурном контексте – отсутствие положительной динамики в сфере медицинской культуры общества, доминирование инерционного, традиционалистского и иждивенческого стиля медицинского поведения.

Едва ли заложенный в Концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 г. «системообразующий этап» перехода на «саморегулируемую систему организации медицинской помощи» удастся воплотить в жизнь, по крайней мере, в том виде, в каком предполагалось. Парадоксальность всей ситуации выражается в сосуществовании реальной дезадаптации большинства российского общества к трансформации системы здравоохранения с номинальным принятием новых «правил игры».

Литература

1. Заявления о доступности медицинской помощи // Материалы 40-й Всемирной Медицинской Ассамблеи. Вена, 1988. URL: http://www.medburg.ru/rus/documents_oms/vma/
2. Graves A. A model for assessment of potential geographical accessibility: A Case For GIS // Online Journal of Rural Nursing and Health Care. 2009. Vol. 9, № 1. P. 46–55.

3. Подпорина И. В. Методологические подходы к оценке результатов функционирования системы здравоохранения // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». 2008. Т. 7, № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/80/30/>
4. Dixon-Woods M., Cavers D., Agarwal S. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups // BMC Medical Research Methodology. 2006. № 6 (35). URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35/>
5. Назарова И. Б. Здоровье занятого населения. М.: МАКС Пресс, 2007. 526 с.
6. Здравоохранение на селе: проблемы и решения. Стенограмма заседания группы депутатов членов фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ». Здание Государственной Думы. Зал 504. 22 января 2014 года. 14 часов // Институт Общественного Проектирования (ИНОП), 2014. 46 с. URL: <http://www.inop.ru/files/zdrav.doc/>
7. Оборот рынка частной медицины достиг 460 млрд. рублей // РБК. Исследования рынков. URL: http://marketing.rbc.ru/news_research/02/04/2014/562949991028492.shtml/
8. Баикатова А. Отечественная медицина огорчает большинство россиян // Независимая газета. 11.12.2013 г. URL: http://www.ng.ru/economics/2013-12-11/4_medicine.html/
9. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2013: Стат. сб. / Росстат. М., 2013. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_44/Main.htm.
10. Global Health Observatory Data Repository / World Health Organization. URL: <http://apps.who.int/>
11. Российский статистический ежегодник. 2013: Стат. сб. / Росстат. М., 2013. URL: <http://www.gks.ru/>
12. Петрухина И. Хроническая диспропорция // Медицинский вестник. 2013. № 29 (642). URL: http://www.medvestnik.ru/articles/hronicheskaya_disproporciya/
13. Мурашко М. А. Итоги работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальных органов по субъектам Российской Федерации в 2013 г. // Вестник Росздравнадзора. 2014. № 2. С. 7–18.
14. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН, 2013. URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/>; <http://www.hse.ru/rlms/>
15. Как лучше лечиться? / ФОМнибус. URL: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11379>.
16. Кулик В.В., Ковалева Т.Г., Кондрашков Н.Г. Исследование проблемы самолечения острых респираторных заболеваний у детей // Электронное научное издание (научно-практический журнал) «Социальные аспекты здоровья населения». 2011. № 6 (22). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/381/30/lang.ru/>

Vyalykh Nikita A. Southern Federal University (Rostov-na-Donu. Russian Federation).

E-mail: sociology4.1@yandex.ru DOI 10.17223/1998863X/29/5

SOCIOLOGICAL DIAGNOSIS OF THE ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE IN RUSSIA TODAY

Keywords: health, accessibility, medical care, sociology, differentiation.

The present paper is devoted to the problem of medical care accessibility in relation to Russian society. The World Health Organization considers the provision of universal access to medical care system as an obligatory demand at the contemporary stage of social development. However sociological and statistical data suggest that there are significant social differences in possibilities to get an adequate and timely medical help in Russia. The theoretical purpose of article is to create a universal approach to assess the accessibility of medical care system. The second (practical) point is an empirical sociological diagnosis of the true accessibility level of medical care in modern Russia. The concept of access to medical care is analyzed as dynamic interaction of different variables, the interaction of actors in the medical system in a changing social context. Given this we built a theoretical model of sociological diagnosis of the Russian medical care accessibility. Particular attention is given to the possibility of integrating of economic, organizational, socio-cultural dimensions for better sociological understanding of accessibility factors. Figures show, that pathognomonic factors in access to medical care in Russia are: increasing a private health sector, dysfunction of health institute (ineffective regulations and ineffective financing policy), low level of medical culture of the society. Despite considerable

efforts by the health authorities to promote legislative and regulatory innovations, achievements in this field are minor. Organizational and financial barriers produce an alternative medical practice behavior, primarily in, the treatment without help of doctors. The data are presented by sociologists of «Russian Public Opinion Research Center» (OAO «VCIOM»), and other scientists, confirm this fact. In conclusion is argued about impossibility of sustainable transition the Russian health care to self-regulation in the medium term.

References

1. [Applications for access to health care]. *Materialy 40-y Vsemirnoy Meditsinskoj Assamblei Vena, 1988* [Proc. of the 40th World Medical Assembly. Vienna, 1988.]. Available from: http://www.medburg.ru/rus/documents_oms/vma/. (In Russian).
2. Graves A. A model for assessment of potential geographical accessibility: A Case For GIS. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2009, vol. 9, no. 1, pp. 46–55.
3. Podporina I. V. Methodological approaches to assessment of healthcare system functioning. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya – Social Aspects of population Health*, 2008, vol. 7, no. 3. Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/80/30/>. (In Russian).
4. Dixon-Woods M., Cavers D., Agarwal S. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 2006, no. 6 (35). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/35/>. DOI: 10.1186/1471-2288-6-35
5. Nazarova I. B. *Zdorov'e zanyatogo naseleniya* [Health of the employed]. Moscow: MAKSS Press Publ., 2007. 526 p.
6. *Zdravookhranenie na sele: problemy i resheniya*. Stenogramma zasedaniya gruppy deputatov chlenov fraktsii «EDINAYa ROSSIYa». Zdanie Gosudarstvennoy Dumy. Zal 504. 22 yanvarya 2014 goda. 14 chasov [Health care in rural areas: problems and solutions. The transcript of the meeting of the group of deputies-members of the faction "UNITED RUSSIA". The building of the State Duma. Hall 504. January 22, 2014. 2 p.m.]. Available from: <http://www.inop.ru/files/zdrav.doc/>.
7. *Oborot rynka chastnoy meditsiny dostig 460 mlrd. rubley* [The turnover of private medicine reached 460 bill. roubles]. Available from: http://marketing.rbc.ru/news_research/02/04/2014/562949991028492.shtml.
8. Bashkatova A. Otechestvennaya meditsina ogorchaet bol'shinstvo rossiyan [Domestic medicine upsets most Russians]. *Nezavisimaya gazeta*, 2013, 11th December. Available from: http://www.ng.ru/economics/2013-12-11/4_medicine.html/.
9. *Sotsial'noe polozhenie i uroven' zhizni naseleniya Rossii. 2013* [The social status and the standard of living of the Russian population. 2013]. Moscow: Rosstat Publ., 2013. Available from: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_44/Main.htm.
10. Global Health Observatory Data Repository. World Health Organization. Available from: <http://apps.who.int/>.
11. *Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik 2013* [The Russian Statistical Yearbook. 2013]. Moscow: Rosstat Publ., 2013. Available from: <http://www.gks.ru/>.
12. Petrukhina I. Khronicheskaya disproportsiya [The chronic imbalance]. *Meditsinskiy vestnik*, 2013, no. 29 (642). Available from: http://www.medvestnik.ru/articles/hronicheskaya_disproporciya/.
13. Murashko M. A. Itogi raboty Federal'noy sluzhby po nadzoru v sfere zdravookhraneniya i ee territorial'nykh organov po sub'ektam Rossiyskoy Federatsii v 2013 g. [Results of the Federal Service on Surveillance in Healthcare and its territorial bodies of the subjects of the Russian Federation in 2013]. *Vestnik Roszdravnadzora*, 2014, no. 2, pp. 7–18.
14. *Rossiyskiy monitoring ekonomicheskogo polozheniya i zdorov'ya naseleniya NIU-VShE (RLMS-HSE), provodimyy Natsional'nym issledovatel'skim universitetom "Vysshaya shkola ekonomiki" i ZAO Demoskop pri uchastii Tsentra narodonaseleniya Universiteta Severnoy Karoliny v Chapel Khille i Instituta sotsiologii RAN, 2013* [The Russian Monitoring of Economical Situation and Health (RLMS-HSE), conducted by the National Research University Higher School of Economics and ZAO Demoscope with the participation of the Center for Population, University of North Carolina at Chapel Hill and the Institute of Sociology, 2013]. Available from: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/>; <http://www.hse.ru/rlms/>.
15. *Kak luchshe lechit'sya?* [What is the best treatment?]. Available from: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11379>.
16. Kulik V.V., Kovaleva T.G., Kondrashkov N.G. Research of a problem of self-treatment children's sharp respiratory diseases. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya – Social Aspects of population Health*, 2011, no. 6 (22). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/381/30/lang.ru/>