Подольная Н. Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

Podolnaya N. N.

RESEARCH FORMING RESPONSIBLE BEHAVIOR OF MEDICAL SERVICES CONSUMERS IN RUSSIA

В статье для подтверждения гипотезы о необходимости формирования ответственного поведения потребителей для повышения качества здоровья населения привлечены официальные статистические данные. В статье проведён анализ правовых аспектов регулирования отношений, возникающих в сфере охраны здоровья граждан в России и определяющих применение термина «услуга» в этой сфере, выявлена специфика медицинских услуг, дана общая характеристика фактического потребления домашними хозяйствами услуг здравоохранения на основе данных национальных счетов, проанализированы состояние здоровья, пользование медицинскими услугами и удовлетворенность работой учреждений сферы здравоохранения по данным комплексного наблюдения условий жизни, отдельно проанализированы особенности поведения потребителей медицинских услуг.

Ключевые слова: потребление, ответственность пациента, поведение, обследование, медицинские услуги, расходы.

The article uses official statistics to confirm the hypothesis that responsible consumer behavior is necessary to improve the quality of public health. In the article the analysis of legal aspects of regulation of relations arising in the sphere of health protection of citizens in Russia and of defining the use of the term “service” in this area, the specificity of medical services, General characteristics of actual household consumption of health services based on national accounts data, analyzed the health status, health services utilization and job satisfaction of health institutions according to comprehensive monitoring of living conditions, the features of behavior of consumers of medical services are analyzed separately.

Keywords: consumption, patient responsibility, behavior, survey, medical services, expenses.

В современном мире потребление населением услуг в области здравоохранения, как составляющей воспроизводства человеческого капитала, приобретает особую роль в его сохранении. Обеспечение доступности современной, качественной медицинской помощи – важнейшая государственная задача [1]. Однако специфичность медицинских услуг, состоящая, в том числе в непосредствен-

ном и активном участии потребителей в их оказании, а также изменения прерогатив государства в отношении к индивидуальному здоровью и заботы о нём, ставят вопрос о необходимости исследования проблем ответственного поведения потребителей медицинских услуг.

Потребление населением бесплатных товаров и услуг в сфере здравоохранения в национальном счетоводстве отражает-

ся индикаторами социальных трансфертов в натуральной форме, составляющими фактическое конечное потребление домашних хозяйств. Как показывают данные национальных счетов России за 2011-2018 годы¹, благодаря опережающему по сравнению с общей величиной, росту социальных трансфертов в натуральной форме, предоставленных домашним хозяйствам в сфере здравоохранения государством и НКО, обслуживающими домашние хозяйства (более чем на 66%), их доля во всей стоимости социальных трансфертов в натуральной форме превысила треть, а в ВВП страны составила менее 3% (2,5-2,9%). За указанный период аналогичными бесплатными услугам темпами росли и среднемесячные подушевые расходы домашних хозяйств на конечное потребление в здравоохранении, которые увеличились почти на 70% (67%)².

Если ранее общепринятой нормой в социуме считалось пассивное отношение к индивидуальному здоровью и забота о нём являлась прерогативой государства, то на современном этапе – это, прежде всего, сфера ответственности граждан, а затем уже системы здравоохранения и государства [2]. В данном контексте основной современной проблемой является поведение потребителя медицинских услуг, суверенитет которого, благодаря развитию информационно-коммуникационных технологий, становится движущей силой экономики. Еще в прошлом веке в своей книге «Третья волна» [3] Э. Тоффлер, оценивая тенденции развития общества, предполагал увеличение в будущем доли внутреннего, непосредственного труда самого потребителя. Применительно к медицине – это создание форумов потребителей (пациентов), замена обращения их в медицинские учреждения самолечением и т.п. В России в результате реформирования отечественного здравоохранения сложилась ситуация, когда словосочетание «медицинская услуга», применяемое ранее к высоко гуманистической деятельности медиков по оказанию медицинской помощи, требующей порой необходимости жертвовать личными интересами во имя блага пациента, врачебного героизма или самопожертвования, достаточно болезненно

воспринимается медицинским сообществом³. Но здесь необходимо понимать, что в рыночной экономике термин «услуга» – это общее специфическое название деятельности, которая направлена на достижение цели удовлетворения потребности в соответствии со спросом потребителей⁴. Определение услуги, данное в российском налоговом законодательстве, признает в качестве таковой деятельность, не предусматривающую получение результатов в материальном выражении, когда реализация и потребление указанных результатов происходит в процессе осуществления самой деятельности⁵.

Согласно положениям российского законодательства, регулирующим отношения в сфере охраны здоровья россиян (включая предоставление им медицинской помощи)⁶, медицинская помощь трактуется как комплекс мероприятий, включающих в себя предоставление медицинских услуг. Независимо от того, обращается ли пациент за медицинской помощью на платной основе или в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования⁷, к возникающим при этом отношениям применяются положения российского законодательства о защите прав потребителей⁸. Следовательно, в случае обращения за медицинской помощью или её получения пациент выступает как потребитель медицинской услуги, т.е. как лицо, имеющее намерение осуществить заказ (заказывающее) либо приобрести (приобретающее) или использовать услугу. Кроме того, здесь следует оговориться о важном моменте, состоящем в условности деления медицины на платную и бесплатную, ведь любая медицинская помощь является платной, т.к. предполагает затраты и их возмещение. Отличие состоит лишь в источниках финансирования – это либо сред-

³ В России растёт пациентский экстремизм – врачи ходят по лезвию ножа. <https://medrussia.org/30464-v-rossii-rastyot-pacientskiy-yekstremi/>

⁴ Система национальных счетов 2008 /Европейская комиссия, МВФ, ОЭСР, ООН, ВБ. Нью-Йорк, 2012 год. С.107

⁵ Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая) от 31.07.1998 N 146-ФЗ (ред. от 02.08.2019)

⁶ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019)

⁷ О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 N 17

⁸ Закон РФ от 7 февраля 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей»

¹ Национальные счета России в 2014-2018 годах: Стат. сб./ Росстат. - М., 2019. – 263 с. <https://gks.ru/folder/210/document/13221>

² Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140096812812

ства фондов медицинского страхования, либо личные средства граждан.

Медицинская услуга, как и любая другая услуга, – результат производственной деятельности и относится к тем услугам, которые меняют состояние потребляющих её единиц и от этих постоянных изменений, предполагающих улучшения, потребители могут получать выгоды в течение нескольких лет. Она не существует как отдельный экономический объект и потребляется в процессе предоставления этой услуги, результаты которого могут проявиться только по завершении процесса. Производитель медицинских услуг не может их хранить и накапливать. Тем не менее здесь следует отметить, что по своей сути оказание медицинской помощи – услуга особого рода [4]. Как отмечается, специфика рынка медицинских услуг проявляется, в так сказать, «нарушенности» суверенитета потребителя (пациента). Дело всё в том, что потребители медицинских услуг, обращаясь к их производителям, ожидают позитивных изменений в своём физическом или психическом состоянии⁹. Но в этот момент или момент оказания услуги, потребитель (пациент) порой даже не имеет малейшего представления о том, какая именно услуга ему необходима, её объем и качество. Выявлением параметров этой потребности занимается сам производитель медицинской услуги, им жерешаются задачи диагностики состояния пациента и оказания ему соответствующей услуги. Указанными обстоятельствами обусловлена неотделимость медицинской услуги от ее производителя и необходимость (за редким исключением) присутствия при её оказании самого потребителя. Причём это не просто присутствие, а деятельное участие, влияющее на процесс оказания услуги, её качество и результаты. Поэтому следует отметить, что в идеале оказание медицинской услуги должно и нередко сопровождается изменением в интеллектуальном состоянии лиц (по сути обучении потребителей/пациентов), её получающих, ведь производитель медицинских услуг предоставляет информацию, консультации или аналогичные услуги, предполагающие личный непосредственный контакт с потребителем (пациентом). От того, как человек относится к своему здоровью, насколько адекватно и внимательно исполняет данные ему назначения и рекомендации за-

⁹ Здесь следует оговориться, что не всякий человек, обратившийся в медицинское учреждение, имеет какие-то проблемы со здоровьем, т.е. больной.

висит качество получаемой им медицинской услуги. Ведь бывают такие случаи, когда с одной стороны ухудшение состояния, заболевания человека связано с деятельностью его самого, а с другой – причинения пациенту вреда предписаниями врача (ятрогенная), которые можно было бы предотвратить. Поэтому речь идёт о своего рода обучаемости пациента, его способности анализировать воздействие лечения и различных процедур на собственный организм. Но для этого потребитель медицинских услуг должен быть полностью информирован, в том числе и о своих обязанностях пациента. Хотя и об этом следует помнить, избыток, недостаток или некорректная подача информации также может стать причиной ятрогенности [5], вызванной общением с медицинскими работниками, информацией, которую они сообщают или, напротив, умалчивают.

Неслучайно, как показывают исследования, характер отношения человека к своему здоровью, его способность воспринимать информацию, предоставляемую в сфере здравоохранения, во многом определяются уровнем образования [5], что подтверждается данными официальной статистики заболеваемости населения и данными последних переписей, демонстрирующими снижение заболеваемости на фоне роста уровня образования. Можно предположить, что указанная динамика объясняется тем, что люди с более высоким уровнем образования в силу сформированных в соответствии с этим уровнем ценностей, стиля жизни и материального достатка, более восприимчивы не только к информации, консультациям или аналогичным услугам производителя медицинских услуг в случае болезни, но и к активной пропагандистской работе врачей и СМИ в сфере сохранения здоровья, что способствует формированию определённых традиций в этой сфере.

Исследовательской практикой установлено, что важным психосоциальным вектором, определяющим состояние и динамику здоровья, является самооценка здоровья [2]. Несмотря на то, что такой подход априори не может быть полностью надежным (в силу субъективности самооценок, отражения в них наряду с физическими психологическим состоянием респондента его социального благополучия, социально-экономических характеристик), самооценка здоровья в популяционном исследовании показала себя достаточно достоверным индикатором здоровья индивидов. Подтверждением этого послужил сравнительный анализ

полученных самооценок и данных, указанных в медицинских картах обследуемых. Соответствие было обнаружено в подавляющем большинстве случаев (70-80 % случаев).

Согласно последним данным комплексного наблюдения условий жизни населения¹⁰ за 2018 год 90% населения страны удовлетворены состоянием своего здоровья, т.е. оценивают его как очень хорошее, хорошее и удовлетворительное. Учитывая тот факт, что исследователями отмечена интересная отличительная особенность субъективных оценок россиянами своего здоровья по сравнению с оценками населения Европы и США – склонность очень редко оценивать свое здоровье как отличное, а вместо «хорошее» чаще отвечать «удовлетворительное» [6], что не дает оснований считать их преувеличенными. В динамике за 8 лет проведения обследований оценки населением состояния своего здоровья не изменились, но увеличилось число лиц, считающих своё здоровье хорошим и очень хорошим, а снизилось – число людей с преимущественно плохой оценкой здоровья. Такая динамика может быть обусловлена восстановлением в 2013 году¹¹ системы профилактического обследования населения страны, принятой ещё в СССР, что дало возможность предотвращения дальнейшего развития и ухудшения состояния пациентов за счёт ранней диагностики заболевания, а также повышением информированности населения о лекарственных и других средствах, положительно влияющих на самочувствие и качество жизни больных людей.

Простая истина Гиппократова о предпочтении профилактики нашими гражданами порой воспринималось недостаточно ответственно, что подтверждено ранее проведёнными исследованиями – до 60% жителей России склонны недооценивать опасность ухудшения здоровья [6]. Рост доли лиц с хорошей и очень хорошей оценкой своего здоровья сопровождается ростом среднего числа обращений за амбулаторно-поликлинической помощью в медицинской организации, что подтверждает тот факт, что люди с высоким уровнем самооценки здоровья в случае

недуга, как правило, чаще обращаются за помощью к врачу, т.к. они лучше осознают меру своей ответственности за сохранность и укрепление здоровья. Адекватность отношения к своему здоровью определяет интенсивность заботы о нём. Люди же с удовлетворительной и плохой оценкой своего здоровья склонны перекладывать ответственность за свою деятельность на других людей или обстоятельства, отводить своим усилиям второстепенную роль.

Негативным моментом, выявленным по данным обследования, является тот факт, что потенциальные пациенты (а это как минимум более трети населения), при наличии потребности в медицинской помощи не обращаются за ней в медицинские организации, в большинстве случаев являющиеся производителями медицинских услуг (в 2018 г. – 34,5%)¹². Причём доля лиц в возрасте 15 лет и более, которые хотя бы один или несколько раз были вынуждены отказаться от обращения за медицинской помощью в медицинские организации и получить медицинскую помощь из других источников, не сокращается, а растёт. Среди причин этого более половины респондентов чаще всего указывают, прежде всего, самолечение. Но доля тех, кто занимается самолечением сокращается, а тех, кто не обращается в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи связывает, прежде всего, с отсутствием времени, недоверием к эффективности лечения и неудовлетворённостью их работой, напротив, растёт. Опасность состоит в том, что учащаются случаи, когда потребность в медицинской помощи имеется, но хотя бы единожды или несколько раз в год люди не обращаются за ней, что может вести к хроническим заболеваниям, которые, согласно авторитетному мнению экспертов, – ведущая причина смертности¹³ и инвалидизации населения [7]. Россияне, как правило заботу о своём здоровье они начинают лишь только тогда, когда заболеют или, стараясь предотвратить болезнь, о возможности развития которой их предупредил врач [8]. Основы такого отношения закладываются ещё в детстве, ведь воспитание адекватного отношения к своему здоровью неразрывно связано с формированием семейных тра-

¹⁰ Комплексное наблюдение условий жизни населения (утв. Постановлением Правительства РФ от 27 ноября 2010 года № 946 «Об организации в РФ по социально-демографическим проблемам и мониторинга экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения»).

¹¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019)

¹² Итоги комплексного наблюдения условий жизни населения. URL https://www.gks.ru/free_doc/new_site/inspection/itog_inspect1.htm

¹³ Health topics: chronic diseases. World Health Organization [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 1]. Available at: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/ru

дий в этой области. Можно отметить, что самосохранительное поведение, состоящее в системе действий и установок личности, имеющих своей целью сохранение здоровья и продление жизни, начинается всё же формироваться в сознании населения страны и будет поддерживаться государством. Оптимизм вселяет тот факт, что в 2019 году для обеспечения условий для прохождения работающим населением профилактических обследований в российское трудовое законодательство¹⁴ была введена статья, устанавливающая гарантии работникам при прохождении диспансеризации (ст.185.1). Нововведение предполагает предоставление работникам одного (реже двух) дней для прохождения плановой диспансеризации.

Обязанности граждан в сфере охраны здоровья в российском законодательстве закреплены¹⁵, но носят по существу декларативный характер и имеют специфическую природу из-за того, что они по своей сути не являются юридически обязывающими, а представляют собой лишь общие положения, направленные на улучшение состояния здоровья населения, или же непосредственно не относятся к сфере здравоохранения, либо даже являются ограничениями права на охрану здоровья [9].

Объективно никаких рычагов воздействия на пациента у системы здравоохранения нет. Несмотря на то, что, как правило, подавляющее большинство населения считает, что человек должен всегда заботиться о здоровье, но можно с уверенностью утверждать, что до недавнего времени едва ли только каждый третий или четвёртый взрослый человек в нашей стране регулярно проверял свое здоровье и проходил диспансеризацию, то есть реально осознал опасность ухудшения своего здоровья и стремился предпринять шаги по минимизации данного риска.

Литература

1. Бимбинов А. А., Воронин В.Н. Медицинское уголовное право: перспективы формирования и актуальность исследования / Уголовно-правовое воздействие и его роль в предупреждении преступности (IV Саратовские уголовно-правовые чтения): сб. ст. Саратов, 2019. С.65-67.
2. Сенаторова О.В., Кузнецов В.А., Труфанов А.С. Отношение к здоровью и профилактике заболеваний — как показатель общественного здоровья// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. №18(1). С. 156-161. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-156-161>
3. Тоффлер Э. Третья волна. М.: АСТ, 1999. 756 с.
4. Косолапова Н.В. Медицинская услуга: правовые аспекты//Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – №2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/562/30/>
5. Максимова Т.М. Закономерности формирования самооценок здоровья в различных группах населения/ Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина //Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2014. № 1. С. 172-178.
6. Паутов И.С. Восприятие рисков ухудшения здоровья населением России и механизмы его формирования// Вестник Удмуртского ун-та. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2010. № 2. С. 119-128.
7. Шабунова А.А. Влияние самосохранительных компонентов на наличие хронических заболеваний и самооценку здоровья населения / А.А. Шабунова, П.С. Корчагина //Здравоохранение Российской Федерации. 2014. Т. 58. № 3. С. 40-43.
8. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 238с.
9. Романовский Г.Б. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья// Гражданин и право. 2012. № 12. С. 30-38.

References

1. Bimbinov A. A., Voronin V.N. Meditsinskoye ugovnoye pravo: per-spektivy formirovaniya i aktual'nost' issledovaniya / Ugolovno-pravovoye vozdeystviye i yego rol' v preduprezhdenii prestupnosti (IV Saratovskie ugo-lovno-pravovyye chteniya): sb. st. Saratov, 2019. S.65-67.
2. Senatorova O.V., Kuznetsov V.A., Trufanov A.S. Otnosheniye k zdorov'yu i profilaktike zabolevaniy — kak pokazatel' obshchestvennogo zdorov'ya// Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2019. №18(1). S. 156-161. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-156-161>
3. Toffler E. Tret'ya volna. M.: AST, 1999. 756 s.
4. Kosolapova N.V. Meditsinskaya usluga: pravovyye aspekty//Sotsial'nyye aspekty

¹⁴ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 01.04.2019)

¹⁵ в ст. 27. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ

zdorov'ya naseleniya. – 2014. – №2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/562/30/>

5. Maksimova T.M. Zakonomernosti formirovaniya samootsenok zdorov'ya v razlichnykh gruppakh naseleniya/ T.M. Maksimova, N.P. Lushkina //Byulleten' Natsional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ya im. N.A. Semashko. 2014. № 1. S. 172-178.

6. Pautov I.S. Vospriyatiye riskov ukhudsheniya zdorov'ya naseleniyem Rossii i mekhanizmy yego formirovaniya// Vestnik Udmurtskogo un-ta. Ser. Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika. 2010. № 2. S. 119-128.

7. Shabunova A.A. Vliyaniye samosokhranitel'nykh komponentov na nalichiyе khronicheskikh zabolevaniy i samootsenku zdorov'ya naseleniya / A.A. Shabunova, P.S. Korchagina //Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii. 2014. T. 58. № 3. S. 40-43.

8. Zhuravleva I.V. Otnosheniye k zdorov'yu individa i obshchestva. M.: Nauka, 2006. 238s.

9. Romanovskiy G.B. Obyazannosti grazhdan v sfere okhrany zdorov'ya// Grazhdanin i pravo. 2012. № 12. S. 30-38.

ПОДОЛЬНАЯ Наталья Николаевна, кандидат экономических наук, доцент кафедры уголовного права и криминологии, Казанский институт (филиал) Всероссийского государственного университета юстиции, г. Казань. 420126, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Фатыха Амирхана, д. 12а. E-mail: podolnaya1@yandex.ru.

PODOLNAYA Natalia Nikolaevna, PhD in Economic, docent, Associate Professor of Criminal Law and Criminology, Kazan Institute (branch) of the All-Russian State University of Justice (RPA of the Ministry of Justice of Russia). 420126, Kazan, st. Fatykha Amirkhana, 12a. E-mail: podolnaya1@yandex.ru