

DOI: [10.14515/monitoring.2024.4.2449](https://doi.org/10.14515/monitoring.2024.4.2449)**Ю. А. Крашенинникова, Н. Д. Юхневич****НЕЯВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МНЕНИЯ
ЖИТЕЛЕЙ МАЛЫХ ГОРОДОВ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ
О ЗДРАВООХРАНЕНИИ****Правильная ссылка на статью:**

Крашенинникова Ю. А., Юхневич Н. Д. Неявные факторы, влияющие на мнения жителей малых городов и сельской местности о здравоохранении // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2024. № 4. С. 266—291. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2024.4.2449>.

For citation:

Krasheninnikova Y. A., Yukhnevich N. D. (2024) Latent Factors Influencing the Views of Residents of Small Towns and Villages on Healthcare System. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 4. P. 266–291. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2024.4.2449>. (In Russ.)

Получено: 30.06.2023. Принято к публикации: 13.08.2024.

НЕЯВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МНЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ МАЛЫХ ГОРОДОВ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

КРАШЕНИННИКОВА Юлия Александровна — кандидат исторических наук, эксперт проектно-учебной лаборатории муниципального управления, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия
E-MAIL: jkrashennnikova@hse.ru
<https://orcid.org/0000-0003-0148-8856>

ЮХНЕВИЧ Наталья Дмитриевна — магистрантка факультета гуманитарных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия
E-MAIL: ndyukhnevich@edu.hse.ru
<https://orcid.org/0009-0004-7518-9896>

Аннотация. В статье рассматриваются обстоятельства, формирующие смысловой фон для рациональных суждений граждан о качестве оказанной им медицинской помощи и работе системы здравоохранения в целом. Этот сюжет представляется важным в плане раскрытия более глобального вопроса о факторах, влияющих на мнения населения о здравоохранении, и резонирует с методологическими дискуссиями о возможностях измерений этих мнений.

Эмпирической базой послужили материалы исследовательского проекта 2022 г., посвященного влиянию пандемии новой коронавирусной инфекции на медицинские организации в малых городах и сельской местности двух регионов России. Анализировались полуструктурированные интервью и неформальные беседы с жителями населенных пунктов, которых обслуживают районные и центральные районные больницы, а также их сельские структурные подразделения (врачебные амбулатории, фельдшерские пункты). Из рассказов информантов

LATENT FACTORS INFLUENCING THE VIEWS OF RESIDENTS OF SMALL TOWNS AND VILLAGES ON HEALTHCARE SYSTEM

*Yulia A. KRASHENINNIKOVA*¹ — *Cand. Sci. (Hist.), Expert of the Laboratory for Local Administration*
E-MAIL: jkrashennnikova@hse.ru
<https://orcid.org/0000-0003-0148-8856>

*Natalia D. YUKHNEVICH*¹ — *Graduate Student at the Faculty of Humanities*
E-MAIL: ndyukhnevich@edu.hse.ru
<https://orcid.org/0009-0004-7518-9896>

¹ HSE University, Moscow, Russia

Abstract. The article discusses the circumstances that form the semantic background for citizens' rational judgments about the quality of medical care and the healthcare system in general. This topic may be interesting in the context of the broader issue of the factors influencing patient satisfaction and public opinion about health care, and it resonates with methodological discussions about the possibilities of measuring these opinions.

We used the data from an empirical study of the impact of COVID-19 pandemic on medical providers in small towns and rural areas of two regions of Russia (2022). Our analysis is, based on semi-structured interviews and informal conversations with residents of settlements served by district and central district hospitals and their rural structural units (outpatient clinics, feldsher stations). From the informants' personal experiences of interaction with medical providers and the reasoning behind their reviews of local doctors we identified circumstances that may influence direct assessments of satisfaction

о личном опыте взаимодействия с медицинскими организациями и аргументации их отзывов о местных медиках были выделены обстоятельства, возможно, влияющие на прямые оценки удовлетворенности и доверия, обычно измеряемые в стандартизированных опросах.

Акцент сделан на факторах, которые сложно выявить и учесть при замерах, в отличие от социально-демографических характеристик респондентов и особенностей работы медицинской организации. Это яркий персональный опыт из прошлого, знания об устройстве здравоохранения, навыки в области информационно-коммуникационных технологий, репутация участкового медика как «своего» или «чужого» для локального сообщества, коммуникация с медиками, общее отношение к государству и отношение к собственному телу и здоровью. Полученная картина подтверждает сомнения в надежности использования измерений мнений пациентов в управленческой практике как инструмента для общей оценки состояния или динамики системы здравоохранения, равно как и для выработки государственной политики.

Ключевые слова: удовлетворенность пациента, оценка качества медицинской помощи, сельское здравоохранение, мнения о здравоохранении

Благодарность. Авторы благодарят участников экспедиций НИУ ВШЭ, принимавших участие в полевой работе по сбору материалов, использованных в данной статье.

Введение

Идея публикации возникла в процессе обработки результатов качественно-го социологического исследования, посвященного влиянию пандемии COVID-19 на медицинские организации в малых городах и сельской местности России. Поле-

and trust, usually measured in standardized surveys.

We focused on those factors that are difficult to identify and take into account in quantitative research, in contrast to the socio-demographic characteristics of respondents and the specifics of medical providers.

Among them are memorable personal experiences, knowledge about healthcare system, skills in the field of information and communication technologies, the perception of medical worker as a stranger or a native in local community, communications with health care professionals, the general attitude towards the state, and the attitude towards one's own body and health. These findings confirm doubts about the reliability of using patient opinion measurements in management practice for assessing the state or dynamics of the healthcare system and developing public policy.

Keywords: patient satisfaction, quality assessment of medical care, rural healthcare, views on healthcare

Acknowledgments. The authors thank the two HSE University expedition members who participated in the fieldwork and collected the materials used in this article.

вые работы проходили во второй половине 2022 г. в двух субъектах РФ¹. В рамках данного проекта мы в том числе сопоставляли, как с позиций разных заинтересованных сторон выглядела борьба с новой коронавирусной инфекцией в конкретных населенных пунктах. Поэтому интервью проводились не только с медиками, но и с жителями этих населенных пунктов, то есть с постоянными или эпизодическими посетителями исследуемых медицинских организаций.

Нам показалось заслуживающим отдельного обсуждения в формате статьи то, как строились суждения местных жителей в интервью: их аргументация, логика обращения к иллюстративным примерам и «мостики» между мнением о конкретном опыте лечения и представлениями о российском здравоохранении и отечественной медицине в целом. Этот материал представляет ценность постольку, поскольку вносит определенный вклад в раскрытие более общей и сложной темы отношения населения к здравоохранению.

Изучение мнений о здравоохранении и проблемы их измерений

Методологическим вопросам изучения мнений людей о здравоохранении посвящено колоссальное число публикаций в рамках дисциплинарных полей социологии, управления здравоохранением и маркетинга. Учитывая это и опираясь преимущественно на актуальные систематические обзоры, постараемся выделить только значимые для контекста нашей работы тенденции дискуссий.

Мнения потребителей не всегда были ключевым индикатором состояния дел в здравоохранении: традиционно для этого используются показатели медицинской статистики, а изменения произошли вместе с разворотом к пациентоцентричности в медицине [Шнайдер и др., 2020; Anufriyeva et al., 2021]. Сегодня отношение потребителей в медицинских и социальных науках пытаются выявить и понять с помощью разных концептов. Из них наиболее распространено и разработано понятие *удовлетворенности пациента*, применяемое к конкретному индивидуальному опыту взаимодействия человека с медицинским учреждением [Locker, Dunt, 1978; Ware et al., 1983; Cleary, McNeil, 1988; Sitzia, Wood, 1997]. Как показал свежий систематический обзор англоязычных статей на эту тему, исследователи изучают преимущественно общую удовлетворенность пациентов одной или несколькими медицинскими услугами [Ferreira et al., 2023]. Для понимания общественного мнения используются аналитические категории *общественного доверия к национальной системе здравоохранения* [Gille, Smith, Mays, 2021], *удовлетворенности граждан состоянием здравоохранения* [Mossialos, 1997], в российской социологии — *институционального или социального доверия* [Вялых, Беспалова, Зарбалиев, 2023].

В последней четверти XX века эти концепты, особенно удовлетворенность пациента, вошли в массовую практику государственного управления и медицинского менеджмента. Социологические исследования стали широко применяться для оценки функционирования медицинских учреждений и систем здравоохранения в целом [Кобякова и др., 2016]. В том числе во многих странах результаты опро-

¹ Полевые работы в формате двух студенческих экспедиций под руководством Ю. А. Крашенинниковой реализованы при поддержке программы НИУ ВШЭ «Открываем Россию заново». Исследование проходило на условиях строгой анонимности информантов, поэтому названия субъектов РФ не раскрываются.

сов пациентов включены в аккредитационные стандарты медицинских учреждений [Borowska, Religioni, Augustynowicz, 2022]. Также их задействуют в обсуждении государственной политики в сфере здравоохранения [Locker, Dunt, 1978; AlSaud, Taddese, Filippidis, 2018].

В Российской Федерации в практике управления здравоохранением вместо удовлетворенности пациента широко используется понятие *удовлетворенности населения медицинской помощью*. Более десяти лет удовлетворенность застрахованных лиц измеряют и учитывают в системе обязательного медицинского страхования². Это понятие входит в независимую оценку качества условий оказания услуг медицинскими организациями³, а в 2022 г. также стало одним из критериев, по которым государство оценивает успешность реализации программы модернизации первичного звена здравоохранения⁴.

Хотя мнения потребителей стали очень востребованы в сфере управления здравоохранением, лейтмотивом научных исследований в этой сфере можно назвать критику как концептуального аппарата, так и имеющихся инструментов для фиксации и измерения мнений.

Еще в 1978 г. Д. Локер и Д. Дант писали, что многочисленным проблемам, связанным с измерением и использованием мнений потребителей здравоохранения, уделяется мало внимания, и предлагали свой вариант усовершенствования методик измерений [Locker, Dunt, 1978]. Тридцать лет спустя авторы критического обзора литературы о концепте удовлетворенности пациентов отмечали, что он плохо стандартизирован, имеет низкую надежность и неопределенную достоверность, несмотря на значительные усилия научного сообщества, потраченные на разработку инструментов для измерения [Gill, White, 2009]. В качестве вариантов предлагается вообще отказаться от этого понятия, взамен измерять *неудовлетворенность* и изучать факторы неудовлетворенности [Batbaatar et al., 2017]; обратиться к маркетинговому понятию *индекса потребительской лояльности* [Borowska, Religioni, Augustynowicz, 2022]; исследовать *опыт, сообщаемый пациентами*⁵ [Bull, 2021].

Благодаря такому критическому настрою исследования мнений людей о здравоохранении фокусируются в двух направлениях: 1) выявление и анализ коллизий техники измерений, 2) раскрытие факторов, влияющих на измеряемые показа-

² Приказ ФФОМС от 29.05.09 № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций „Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования“». Приказ ФФОМС от 11.06.2015 № 103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования».

³ Приказ Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями». Приказ Минздрава России от 04.05.2018 № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка».

⁴ Приказ Минздрава России от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя „Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент“ федерального проекта „Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации“, входящего в национальный проект „Здравоохранение“».

⁵ Исследования пациентского опыта (*patient-reported experience measures, PREMs*) и удовлетворенности пациентов используют разные типы вопросов: отчетного или оценочного типа. Например, в первом случае респондента могут спросить «как долго вам пришлось ждать?», во втором — «как бы вы оценили время ожидания?» [Bull, 2021].

тели, и определение вектора этого влияния. Если первое направление стремится повысить точность изменений путем усовершенствования методик, то второе в конечном счете представляет собой размышления о том, почему подобные исследования в принципе ненадежны.

Методики измерений остаются предметом дискуссий в профессиональном сообществе. Известно, что на результат могут влиять место и время проведения опроса [Гехт, Артемьева, 2014; Batbaatar et al., 2017]. Формулировки ответов также значимы [Dunsch et al., 2018]. Кроме того, сама по себе выбранная методика влияет на результаты. Так, в исследованиях, использующих разные методы, фиксировалось, что пациенты способны описать свой негативно воспринимаемый опыт в качественных интервью, но склонны показывать более высокий уровень удовлетворенности в анкетном опросе [Edwards, Staniszevska, Crichton, 2004]. То есть отражаемая в опросах высокая удовлетворенность пациентов, вероятно, завышенно оценивает качество медицинских услуг [Dunsch et al., 2018].

Разные концепции удовлетворенности пациента ведут к различиям в инструментах измерения и уменьшают сопоставимость результатов. Поэтому исследователи пишут о необходимости единого стандарта удовлетворенности, который можно было бы адаптировать к разным странам, культурам и предпочтениям [Batbaatar et al., 2017; Anufriyeva et al., 2021].

В российских медико-социологических исследованиях специалисты также обсуждают общие проблемы, свидетельствующие о невысоком уровне профессионализма исполнителей в части построения выборки, создания инструментария, сбора данных, определения референтных значений [Богдан, Праведников, Чистякова, 2021].

При выявлении факторов, влияющих на мнения потребителей о здравоохранении, главной проблемой можно назвать сложность определения их веса и вектора влияния, поскольку их очень много и они взаимосвязаны.

Ключевое понятие «удовлетворенность пациентов» определяется как многомерный конструкт, на который влияет множество переменных [Naidu, 2009]. Эти переменные можно разделить на две группы. Первая группа представляет наибольшую ценность, поскольку включает те факторы, на которые медицинская организация в принципе способна повлиять и в итоге повысить удовлетворенность своих пациентов [Lochman, 1983; Шнайдер и др., 2020]. Им уделяется основное внимание в популярных опросниках, применяемых в работе медицинских организаций [Цыганков, Малыгин, 2014]. Один из систематических обзоров англоязычной литературы приводит такие факторы, как качество и условия оказания медицинской помощи, характеристики медицинского учреждения и врача, в том числе его коммуникативные навыки, время ожидания, информирование пациента и т. д. [Ferreira et al., 2023]. Другой обзор фиксирует непосредственную связь удовлетворенности с социальными навыками и компетентностью медперсонала, физическими условиями пребывания в медицинском учреждении, доступностью, преемственностью и результативностью лечения [Batbaatar et al., 2017].

Вторая группа факторов включает изначально заданные условия, в частности социально-демографические характеристики респондента: пол, возраст, социальный статус, состояние здоровья, место жительства и др. [Астафьев, 2005; Свет-

личная, Цыганова, Борчанинова, 2010]. Более всего изучено влияние возраста, уровня образования и самооценки респондентом своего здоровья. В частности, известно, что пожилые и малообразованные пациенты, а также те, кто высоко оценивает свое здоровье, обычно более удовлетворены предоставленной им медицинской помощью [Ferreira et al., 2023].

Существует гипотеза, что индивидуальные особенности респондентов сильнее влияют на результаты опроса, чем условия оказания медицинской помощи. Например, по результатам корреляционного анализа переменных в исследовании мнений пациентов больниц в Нидерландах в 2005 г. наиболее важными факторами, определяющими удовлетворенность пациентов, оказались возраст, состояние здоровья и образование, — в отличие от типа и размера больницы или плотности населения [Hekkert et al., 2009].

Однако удовлетворенность может зависеть не только от базовых характеристик потребителей, но и от предрасполагающих факторов, таких как доверие респондентов к местной системе медицинского обслуживания или удовлетворенность жизнью в целом [Weiss, 1988]. Сформировался некоторый консенсус насчет того, что на уровень удовлетворенности пациента влияют его ожидания к тому, какой должна быть медицинская помощь. Однако эти ожидания сложно рационализировать, поскольку на них влияет предыдущий опыт взаимодействия с системой здравоохранения [Ferreira et al., 2023].

В целом исследования детерминант пациентской удовлетворенности, несмотря на признание их важности, не приводят к единым стабильным результатам [ibid.] и не учитывают всех потенциальных культурных, поведенческих, социально-демографических характеристик респондентов и иных факторов, которые могут влиять на удовлетворенность [Batbaatar et al., 2017]. Помимо самого перечня факторов, остается дискуссионным и то, как именно они влияют, каков их вес в итоговом показателе удовлетворенности [Cleary, McNeil, 1988; Batbaatar et al., 2017].

Еще более сложная ситуация с концептом общей удовлетворенности населения качеством здравоохранения в стране. Признается, что на нее могут оказывать влияние факторы, как связанные напрямую с работой системы (но не всегда легко объяснимые), так и независимые от нее. В частности, доказано, что удовлетворенность, фиксируемая в социологических опросах, выше в странах с более высокими государственными расходами в сфере здравоохранения, но при этом количество больничных коек влияет на нее негативно [Xesfingi, Vozikis, 2016]. Результаты опросов могут различаться в зависимости от взглядов респондентов на ситуацию в стране в целом, от политических дискуссий вокруг системы здравоохранения, от традиций социального государства и от образа здравоохранения в СМИ [AlSaud, Taddese, Filippidis, 2018]. Значение имеют и социально-демографические характеристики респондентов. Например, пожилые люди склонны выше оценивать состояние системы здравоохранения [Xesfingi, Vozikis, 2016]. Также может быть важен информационный фон в СМИ, не связанный напрямую со здравоохранением, и образ власти [Богдан и др., 2020].

Аналогично обстоят дела и с понятием общественного доверия: исследователи подчеркивают, что оно нуждается в более тщательной концептуализации и эмпирической валидации, особенно при межстрановых сравнениях [Van Der Schee

et al., 2007; Gille, Smith, Mays, 2017]. Есть мнение, что «обобщенное доверие к медицинским организациям во многом декларативно и носит гибкий авансовый характер» [Вялых, Беспалова, Зарбалиев, 2023: 458].

Эти сложности снижают эвристическую ценность итоговых показателей, которые фиксируют общественное мнение в этой области. Например, при использовании данных «Евробарометра», отражающих взгляды жителей стран ЕС на состояние национальных систем здравоохранения, оговаривается, что они имеют большое число методологических проблем и ограничений [AlSaud, Taddese, Filippidis, 2018].

Отдельно следует выделить проблемы учета мнений потребителей здравоохранения в Российской Федерации, где внимание социологов фокусируется в основном на удовлетворенности населения медицинской помощью. Это понятие можно назвать гибридным, потому что оно сочетает в себе личный опыт и общественное мнение. Респонденту предлагается не поделиться своими впечатлениями о конкретном случае своего лечения, а обобщить свои впечатления и высказать мнение об оказанной медицинской помощи в целом. Такой концепт выглядит удобным для общей оценки состояния системы здравоохранения, но одновременно суммирует в себе искажения, заложенные в концептах удовлетворенности пациента и отношения граждан к системе здравоохранения. На практике человек может за один период времени даже в рамках одной больницы с разным результатом обращаться к разным специалистам для решения разных проблем со здоровьем, вынося совершенно разные впечатления. Когда интервьюер предлагает ему обобщить этот противоречивый опыт в вопросе об удовлетворенности, он дает однозначный ответ, но часто остается непонятно, чем именно он руководствовался.

Дополнительную проблему составляет разнообразие методик измерения, включая разные формулировки вопросов и варианты ответов, что приводит к плохой сопоставимости результатов. В частности, Фонд «Общественное мнение» измеряет удовлетворенность качеством оказанных медицинских услуг⁶ наряду с доверием россиян к врачам и медучреждениям и с представлениями россиян о состоянии системы здравоохранения⁷. Удовлетворенность качеством он выясняет у тех, кто посещал врачей за последние полгода, с формулировкой «чаще были удовлетворены или не удовлетворены качеством оказанных вам медицинских услуг». Напротив, ВЦИОМ спрашивает у тех респондентов, кто за последний год обращался в медицинские учреждения: «Скажите, пожалуйста, Вы в целом остались довольны или недовольны оказанной Вам медицинской помощью в государственных/муниципальных медицинских учреждениях?»⁸ При этом у него есть отсутствующий у других исследовательских организаций вариант ответа «Отчасти доволен, отчасти — нет», который и оттягивает на себя значительную часть ответов. Методика измерения удовлетворенности населения, утвержденная Минздравом России

⁶ Формулировки вопросов: «За последние полгода вы обращались или не обращались к врачам? И если обращались, то чаще были удовлетворены или не удовлетворены качеством оказанных вам медицинских услуг?» и «Вы, как правило, доверяете или не доверяете врачам в больницах и поликлиниках?». См.: Доверие врачам и медучреждениям // ФОМ. 2019. 16 мая. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14208> (дата обращения: 28.06.2023).

⁷ Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы // ФОМ. 2019. 7 мая. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (дата обращения: 28.06.2023).

⁸ Государственная медицина: в погоне за качеством // ВЦИОМ. 2022. 17 ноября. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/gosudarstvennaja-medicina-v-pogone-za-kachestvom> (дата обращения: 28.06.2023).

в 2022 г., подразумевает учет ответов «По большей части удовлетворен» и «Абсолютно удовлетворен» на прямой вопрос: «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» В отличие от всероссийских опросов, в системе ОМС исследования проводятся не по месту жительства респондента, а на базе медицинских организаций силами территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и страховых компаний. Результаты этих опросов существенно различаются друг от друга, а также от результатов опросов внешних социологических компаний. Например, в 2019 г. удовлетворенность населения бесплатной медицинской помощью по данным ТФОМС и страховых компаний составила более 77 %⁹, а по данным ВЦИОМ — 38 %¹⁰.

Более надежными выглядят исследования мнений не населения в целом, а узких групп пациентов — непосредственно на месте и сразу после оказания конкретной медицинской услуги, в масштабе одной медицинской организации или одного вида медицинской помощи, или в разрезе отдельных категорий постоянных посетителей, например хронических больных. Но и в этом случае могут возникать парадоксы. Например, общая оценка пациентами качества обслуживания в стационарах оказывается в целом выше, чем оценки отдельных составляющих, которые исследователи выделяли в понятие «качество медицинской помощи» [Светличная, Цыганова, Борчанинова, 2010]. И наоборот, удовлетворенность медицинским обслуживанием в поликлинике в целом может быть ниже, чем его отдельными составляющими [Кочкина, Красильникова, Шишкин, 2015]¹¹.

При этом используемые методики изучения удовлетворенности в практике работы отдельных медицинских организаций не учитывают возможных различий, обусловленных типом учреждений, мощностью, географическим расположением и иными характеристиками. Унифицированный подход объясняется технической простотой, удобством сравнений и расчетов интегральных показателей, но может отразиться на объективности результатов [Шнайдер и др., 2020].

В целом изучение мнений потребителей о здравоохранении крайне востребовано для понимания того, как можно улучшить работу медицинских организаций и систем здравоохранения. Но одновременно научное знание не может предложить общепринятого инструментария для этого. Коллизии измерений мнений связаны с тем, что чем удобнее их результаты для использования в управлении, тем менее они отражают реальную картину. В этой ситуации обращение к факторам, влияющим на удовлетворенность индивида конкретной медицинской услугой или на отношение общества к национальному здравоохранению в целом, несет в себе критический заряд: оно показывает ограниченность возможностей изучения мнений и применения их в управлении.

⁹ Счетная палата: подходы к финансированию терпрограмм ОМС требуют пересмотра. Приложение № 3.3. Оценка системы сбора информации на региональном и федеральном уровнях об удовлетворенности населения качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи // Счетная палата РФ. 2021. 4 марта. URL: <https://ach.gov.ru/checks/schetnaya-palata-podkhody-k-finansirovaniyu-terprogramm-oms-trebuyut-peresmotra> (дата обращения: 28.06.2023).

¹⁰ Государственная медицина: в погоне за качеством // ВЦИОМ. 2022. 17 ноября. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/gosudarstvennaja-medicina-v-pogone-za-kachestvom> (дата обращения: 28.06.2023).

¹¹ По данным всероссийского опроса 2014 г., среди тех, кто за прошедший год обращался за амбулаторной помощью, удовлетворенность в целом медицинским обслуживанием составляла 78 %, тогда как удовлетворенность отношением медперсонала — 82 %, а удовлетворенность санитарно-гигиеническими условиями поликлиники — 88 % [Кочкина, Красильникова, Шишкин, 2015: 30].

Методы и эмпирическая база

Цель статьи — на материале разговоров с жителями ряда сёл и малых городов двух регионов России показать сложность того смыслового фона, который определяет мнения людей в отношении здравоохранения. Под смысловым фоном здесь понимаются ассоциации, воспоминания, стереотипы, знания, личный опыт, на которые человек опирается, когда обосновывает свои суждения о таких понятиях, как «система здравоохранения», «работа медицинского учреждения» и «качество медицинской помощи».

Для достижения цели мы выделили и систематизировали встретившиеся в интервью обстоятельства, влияющие на то, как информанты оценивали деятельность местных медицинских организаций, отечественное здравоохранение или медицину в целом. Нас интересовали в первую очередь не те факторы, влияние которых на мнения людей можно предвидеть, зафиксировать, оценить и даже измерить в ходе структурированных опросов (социально-демографические характеристики респондентов, тип или вид оказанной медицинской помощи и т. п.), а менее очевидные зависимости, случайно всплывающие в свободной беседе. Также мы не стремились отдельно выделять факторы, влияющие на удовлетворенность медицинской помощью и на доверие к врачам или системе здравоохранения, поскольку в нарративах информантов о пациентском опыте удовлетворенность и доверие тесно переплетены, одно влияет на другое (первая цитата из интервью ниже в тексте статьи как раз демонстрирует пример такого переплетения).

В работе использованы расшифровки аудиозаписей 80 разговоров — 28 полноценных полуструктурированных интервью и 52 кратких (менее 20 минут) неформальных бесед, в основном уличных. Они были дополнены материалами полевых дневников, в которых участники двух экспедиций фиксировали содержание неформальных бесед без аудиозаписи¹².

Данные собирались в 43 населенных пунктах, среди которых было 10 центров муниципалитетов (малые города и крупные села), а также средние и малые села. География проекта определяет ограниченность и специфику выводов: мы рассматриваем мнения людей, для которых основным медицинским учреждением является государственная районная или центральная районная больница (ЦРБ) или ее сельское структурное подразделение — врачебная амбулатория, фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Вероятно, если бы интервью проводились в крупных городах, получившаяся картина была бы иной. Среди информантов были люди разного пола, возраста и рода занятий, с потенциально разным опытом взаимо-

¹² Изначально мы обрабатывали полевые материалы в соответствии с задачами исследования, для которого проводились интервью. С опорой на расшифровки тех интервью и неформальных бесед, которые с разрешения информантов были записаны на диктофон, а также на пересказ в полевых дневниках участников экспедиции содержания разговоров без аудиозаписи, по результатам каждой из двух экспедиций было составлено развернутое описание отношения жителей к местным медицинским организациям. Структура этих описаний задавалась тремя тематическими блоками: отношение к учреждениям и системе в целом, оценка работы медиков, изменения в мнениях в связи с пандемией. В первых двух блоках выделялось позитивное и негативное отношение. По результатам получившихся описаний и родилась идея отдельно выделить обстоятельства, влияющие на то, почему информанты что-то оценивают в здравоохранении положительно или отрицательно. Для этого мы перечитывали имеющиеся полевые материалы независимо друг от друга и затем совместно систематизировали выделенные обстоятельства логическим путем в несколько групп (далее в тексте они обозначены как семь факторов). Специальное программное обеспечение для тематического кодирования не использовалось. Перечень расшифровок интервью и бесед с указанием базовых характеристик информантов доступен в Приложении.

действия с медицинскими организациями (хронические больные, молодые родители, пенсионеры, сотрудники муниципальных учреждений и т. д.).

Сроки (вторая половина 2022 г.) и событийный контекст (пандемия COVID-19) разговоров обуславливают некоторое преимущество исследования: из-за высокой заболеваемости коронавирусной инфекцией и обязательной вакцинации у многих информантов был свежий опыт взаимодействия с медицинскими организациями, даже если до того они в них почти не обращались.

Гайд интервью в соответствии с целью проекта, посвященного влиянию пандемии на медицинские организации, был сфокусирован на непосредственных и недавних взаимодействиях местных жителей с их ЦРБ, амбулаторией или ФАП. В разговоре акцент делался не на оценках удовлетворенности или доверия, а на том, что происходило в жизни информанта и его населенного пункта, а также на сопоставлении ситуации до и во время пандемии. Обобщающие оценки появлялись в разговоре обычно по инициативе самого информанта и сопровождалась просьбами интервьюеров разъяснить их.

При анализе учитывалась языковая особенность интервью на медицинские темы: в повседневной речи, как и в медийном дискурсе, не проводится четких границ между понятиями «медицина», «здравоохранение» и «оказание медицинской помощи». Поэтому на общий вопрос «Как обстоят дела в Вашем населенном пункте со здравоохранением?» можно было услышать ответ вроде «Медицина у нас плохая, врачей не хватает».

Результаты анализа

Запоминающийся персональный опыт

Основной аргумент, на который в своих оценках работы медицинского учреждения и здравоохранения в целом опирались наши собеседники, — их личные истории обращения за медицинской помощью. Причем вместо свежего пациентского опыта они охотнее обращались в своей аргументации к единичным ярким случаям, произошедшим много лет назад. Одна из информанток так ответила на вопрос о своем отношении к отечественному здравоохранению: *«А я доверяю. Потому что говорят, что плохая [медицина]. .. хорошая! Я десять лет назад заболела раком, они меня вылечили, до сих пор хожу»* (продавщица, 60 лет, малый город). Не меньше запоминаются и негативные истории, в том числе произошедшие с близкими. Например, сельская жительница средних лет вспоминала, что, когда ее муж много лет назад раздробил ногу, его очень долго не увозили в больницу, а просили просто лежать, и такое она никогда не забудет. Другая информантка, объясняя свое негативное отношение к местной больнице, ссылаясь на историю двадцатилетней давности о том, что к ней не приехала скорая помощь.

Во время пандемии COVID-19 информанты контактировали с медицинскими организациями чаще, чем обычно, но нельзя сказать, что это изменило их отношение к здравоохранению определенным образом. Улучшение отношения мы встречали у тех, кто лежал в ковидных госпиталях, поскольку те были хорошо оборудованы и порой воспринимались пациентами как санатории, в которых можно отдохнуть от домашних забот. Если там вкусно кормили и «покатали» на КТ, а само заболевание протекало легко, то пребывание в больнице относилось к положительно-

му опыту. Упоминание о том, что в ковидном стационаре хорошо кормили, встречалось практически в каждом рассказе информантов о госпитализации. С другой стороны, если в госпитале было тесно, а механизм действий врачей еще не был налажен, мнение о здравоохранении ухудшалось. Так, жительница села называла «концлагерем» госпиталь, где ей не разрешали открывать окна, а люди умирали прямо у нее на глазах.

Знания об устройстве системы здравоохранения

Суждения наших информантов о работе медицинских учреждений порой основывались не на знании о действующих стандартах, правилах и устройстве системы здравоохранения, а на субъективных представлениях о том, как должны оказываться медицинские услуги.

К примеру, если машина вызванной скорой помощи была далеко или же была занята другим пациентом, то ее ожидание, на самом деле не превышающее норму, могло существенно ухудшить мнение человека о здравоохранении в целом. Причем негативное отношение могло быть связано не только со скоростью реагирования скорой помощи, но и с тем, что фельдшер, приехавшая на вызов, сама не принимает решения, а звонит врачу за советом. Одной из наших собеседниц это показалось признаком непрофессионализма, хотя на деле консультация с доктором призвана повысить качество экстренной доврачебной помощи, а не ухудшить ее.

Кроме того, мы встречали неверные представления о том, как вообще организовано здравоохранение в России. Так, сотрудница сельского учреждения культуры начала отвечать на вопрос о районной больнице с утверждения, что «в ВОЗ одни жулики», считая, что именно эта организация в конечном итоге ответственна за качество местной медицинской помощи. Некоторые информанты не знали о существовании постдипломного медицинского образования. Например, житель большого села утверждал: «Медики давно перестали учиться, процесс обучения закончился в вузе».

Коронавирусная пандемия дополнила эту проблему незнания правил тем, что требования к лечению новой инфекции создавались и менялись на ходу. Причем часто эти изменения были обусловлены не уточнением знаний о вирусе, а возможностями здравоохранения справиться с резко возросшей нагрузкой. В результате действия медиков, которые были продиктованы необходимостью соблюдать новые правила, установленные им «сверху», воспринимались пациентами как нарушение правил со стороны местных врачей и больниц.

Например, информанты негативно воспринимали практику лечения легких случаев ковида «по телефону». Они не учитывали дефицит времени и нагрузку медиков, им не верилось, что при личном контакте врач бы дал такие же рекомендации. Еще один пример: в ЦРБ, где был ковидный стационар, поводом для конфликтов становилась практика общения госпитализированных «через форточку» с пришедшими их повидать родственниками. С точки зрения больных, запрет администрацией таких встреч не гуманен, хотя санитарное правило держать закрытыми окна в ковидной палате предполагает, напротив, защиту здоровых людей от возможного заражения.

То, что пациент не знает устройства системы здравоохранения и правил работы медицинских учреждений, может подтолкнуть его к тому, чтобы определять свое взаимодействие с ними как неизбежную борьбу за то, что ему положено. В ряде интервью информанты высказывали убеждение, что для того, чтобы получить качественную услугу, нужно всеми возможными методами воздействовать на медицинских работников. Для этого они подключают близких, вспоминают, кто из знакомых работает в больнице, просят мужчину из семьи или выросшего ребенка «позвонить и наорать».

Это проявлялось и во время пандемии. Так, по словам пенсионерки, лежавшей в ковидном стационаре, она просила дочь позвонить Набиуллиной лично, чтобы пожаловаться ей, что в госпитале не разрешают открывать окна.

Отдаленность населенного пункта и легкость записи на прием

Если говорить о том, что именно подразумевают информанты под «хорошей медициной», на первое место выходит доступность как потенциальная возможность получить ту или иную помощь. И в представлениях о доступности важную роль играет место проживания и медицинского обслуживания человека, однако зависимость отнюдь не однозначная.

Сельские жители, обсуждая местные больницы, сравнивали село с городом и констатировали, что уровень здравоохранения в них не может быть одинаков. Встречающиеся в интервью сюжеты — сложности с получением направления в региональную больницу и слухи о том, как хорошо люди лечатся в мегаполисах. Источником таких слухов мог быть, например, личный опыт одного из местных жителей, которому удалось познакомиться со столичным здравоохранением: «*Вот у меня дочь заболела, мы слетали в Москву, лежали в Морозовской больнице. Я столько услуг оплатила. Вот и получается: для москвичей — открытая дорога... мне же надо было все круги ада пройти, чтобы туда добраться*» (фармацевт, 50 лет, село). Иногда то, что лечение проходило в районной больнице, информанты даже называли причиной смерти близкого человека, думая, что в крупном городе его бы вылечили.

В то же время городское медицинское учреждение может восприниматься как место чужаков и мошенников, тогда как в селе «все свои», и местные врачи как бы под надзором локального сообщества. Например, так рассуждает пенсионерка из районного центра: «*К нам не дошла та жестокость, мне кажется. Ну то есть в городе, если такое случается, я вот смотрела по телевизору... А у нас тут не... Деревня же все-таки, мы знаем все друг друга*». Другая информантка, молодая жительница маленького села, негативно характеризует лечение в городе, ссылаясь на личный опыт: «*Ну вот я в Сочи жила и в Екатеринбурге, там наплевали на пациентов и бесплатной медицины нет*».

Парадоксально, но, несмотря на осознание очевидных различий в доступности медицинской помощи, жители тех населенных пунктов, где объективно ресурсов здравоохранения меньше, в интервью чаще выражали удовлетворение работой местного учреждения. Хотя наше исследование не дает возможности оценить и измерить эту зависимость, разница бросается в глаза¹³.

¹³ Это различие переключается с различием в мнениях горожан и сельчан, зафиксированным в опросе Росстата. Его «Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения» показывает, что жители городов предъявляют более высокие требования к качеству медицинских услуг, а жители сёл в большей степени обеспокоены доступностью медицинской помощи [Блинова, Вяльшина, Русановский, 2020].

В целом у деревенских жителей требований к медицинским организациям и негативных замечаний о них встречалось гораздо меньше. Для них медицина связана в основном со знакомым фельдшером ФАП, который обычно занимает свою должность много лет. У жителей более крупных населенных пунктов уже появляется потребность сравнивать свои условия жизни с городскими, где уровень здравоохранения выше. В райцентре (даже если это село) нам было гораздо проще, чем в отдаленном селе, встретить информанта, полагающего, что районная поликлиника находится в плачевном состоянии. Притом что жителю отдаленного села объективно труднее попасть на прием к врачу и воспользоваться бесплатными возможностями районной поликлиники, чем жителю райцентра.

Те, кто живет в малых городах, чаще сельских жителей имеют возможность выбирать, где проходить лечение. Обычно в городе есть если не полноценная частная клиника, то хотя бы частные стоматология и лаборатория. В таком случае велик шанс того, что сравнение медицинских учреждений будет не в пользу государственных. Особо сильные негативные эмоции информантов вызывали платные услуги в государственных больницах: *«Наша-то больница — это центр трех районов, все должно быть. Бесплатно сложно попасть, а когда говоришь, что платно, то сразу „На какое число?“»* (продавщица, около 60 лет, малый город). Одновременно некоторые наши собеседники из райцентров говорили, что предпочитают обращаться в коммерческие клиники в региональной столице, потому что убеждены в низкой квалификации врачей в местной ЦРБ, то есть демонстрировали готовность платить и за лечение, и за саму поездку в город.

Некоторые информанты подчеркивали, что менталитет деревенского жителя не способствует борьбе за реализацию пациентских прав. На селе, по их мнению, люди более робкие и скромные. Они привыкли, что ресурсов мало и выбора, чем пользоваться, нет: здесь есть один магазин продуктов, один клуб и один ФАП, который не нуждается в том, чтобы становиться лучше для его пользователей. О том, как работал их ФАП в начале коронавирусной эпидемии, жительница одного села сказала так: *«Приходилось сидеть и помалкивать»*.

Говоря о восприятии доступности медицины, также важно не упускать из виду следующий нюанс. Сложности в записи на прием, наряду с отдаленностью места жительства, автоматически могут восприниматься как дефицит медицинской помощи. Аргумент информанта *«у нас невозможно попасть к врачу»* может скрывать за собой как констатацию дефицита кадров в местной поликлинике, так и признание существующей процедуры записи неудобной лично для него.

Наши собеседники здесь ссылались на собственный опыт, связанный с получением талонов. Система электронной записи вызывает непонимание у пожилых людей, особенно у тех, кто мало пользуется интернетом. То, что получить талон может быть технически сложно, создает впечатление недоступности, даже если в реальности в записи к специалисту есть свободные слоты. Например, пожилая респондентка, живущая в райцентре, признавалась, что ходит в больницу только потому, что ее сын работает там сантехником и умеет брать талоны. Если бы не его помощь, то она с подругами не знала бы, что делать.

В этом плане коронавирусная эпидемия могла положительно повлиять на представление о доступности медицинской помощи. В то время пациенты сталкива-

лись с ситуациями, когда записываться онлайн или звонить в регистратуру было безопаснее, чем ходить в поликлинику, где есть риск заразиться. По словам информантов-медиков, те, кто вынужден был научиться так делать, после пандемии уже пользуются этим навыком.

«Свой» или «чужой» доктор

В сельской местности важную роль в формировании общего отношения к системе здравоохранения играет репутация участкового медика, через посредничество которого пациент получает доступ ко всем основным медицинским ресурсам. Это может быть и доктор во врачебной амбулатории, и фельдшер ФАП, разницы между ними жители почти не видят.

О медработнике судят прежде всего по тому, можно ли назвать его «своим» или он остается «чужаком», к которому не обратятся без крайней нужды. Нам рассказывали случаи, когда молодых медиков, приезжающих в сёла работать, не принимали местные жители и те через несколько месяцев уезжали, не справившись с задачей найти общий язык с пациентами. В одном селе, где раньше в ФАП долгие годы работала уважаемая женщина, последующие фельдшеры сменялись очень часто. По словам местной жительницы, «*после нее началось — никто не уживался*», потому что у жителей села появилась практика писать анонимные жалобы на новых, «чужих» фельдшеров, которых «*присылают*» из ЦРБ.

Позитивную репутацию сложно сформировать и удержать. Фельдшер может прожить годы в селе, но так и остаться чужаком, если делает что-то неправильное и нечестное с точки зрения местных жителей. Так, редкий случай отрицательного отношения локального сообщества к медику мы встретили в отдаленном селе. Информанты объясняли это тем, что фельдшер не всегда отвечает на их мобильные звонки, а одна собеседница рассказала, что когда-то увидела, как муж фельдшера в машине неотложной помощи перевозил дрова, и теперь думает о ней только в негативном ключе.

Напротив, если местный медик воспринимается как «свой», то его репутация может компенсировать общее недоверие к системе здравоохранения. Хорошей иллюстрацией этому служит прививочная кампания против новой коронавирусной инфекции.

В интервью люди часто упоминали, что сделали прививку из уважения к конкретному медику, а если бы вакцинировал кто-то незнакомый, ему бы не доверились. Если фельдшер знал, что к нему хорошо относятся местные жители, он лично просил их сделать прививку: «*Вакцинируйся, чтоб у меня было меньше проблем*», — так, по словам жительницы малого села, их фельдшер аргументировал важность прививки. Другая информантка, недавно работавшая в ФАП, рассказывала о пожилой семейной паре, которая сначала отказывалась вакцинироваться: «*Они говорят: „Ты зачем к нам пришла? Ты нас сейчас привьешь, мы здесь помрем“... Я говорю, что я же ваш фельдшер, своя. „А-а-а, ты наша“. И когда я своя, тут уже пропускали*».

Коммуникация медиков с пациентом

Исследования удовлетворенности пациента давно говорят о значимости вне-лечебных аспектов взаимодействия с врачом (доверительность отношения, ком-

муникационные навыки и стиль общения медиков) вне зависимости от страны или системы здравоохранения [Buller, Buller, 1987; Cleary, McNail, 1988; Williams, Weinman, Dale, 1998; Шилова, 2008; Sari, Prabandari, Claramita, 2016]. Подтверждают их и наши интервью, где информанты судили о профессионализме медиков не по результату их работы, а по их отношению к больным.

В восприятии наших собеседников хороший медик должен быть немного психологом, дать выговориться, лечить словом. Медицинское учреждение рассматривается не только как место, где хочется получить точечную помощь по конкретному случаю, но и как пространство заботы и защиты в целом. К фельдшеру ФАП могут приходиться за психологической помощью или для того, чтобы выговориться, а больницу с теплом вспоминают как место, где хорошо кормили и ухаживали.

Помимо заботы и внимания, хорошее отношение к пациенту включает прозрачность лечения и индивидуальный подход, когда врач заботится о том, чтобы лечение было персонализировано, а не превращалось в формальную процедуру. Эти ценности информанты проговаривали, когда объясняли недостатки местных больниц.

Так, одна собеседница, рассказывая, что предпочитает ездить в региональный центр в частную клинику, акцентировала внимание на том, что там ей процесс лечения подробно объясняли и даже рисовали его. То, что частные медучреждения отличаются от государственных вежливостью и внимательным обращением к клиентам, упоминалось во многих разговорах.

В информировании пациента может быть важна даже такая деталь, как правильная выдача лекарств в стационаре, поскольку она позволяет контролировать лечение. Так, продавщица в малом городе объясняет свое негативное отношение к местной больнице следующим образом: *«В [название регионального центра], когда дают таблетку, то отрезают так, чтобы было видно название. А у нас тут все просто руками разворачивают. Дают таблетки, и непонятно, что дают. А в [название регионального центра] я все фотографировала и советовалась».*

Сотрудница сельского дома культуры обозначает как главную проблему российского здравоохранения то, что у врачей нет возможности применять желаемый персонализированный подход из-за недостатка времени и бюрократизма системы: *«...если хороший врач видит, что этот препарат может сделать плохо и назначает другой, то вот этому врачу приходится писать в министерство и оправдываться. И это ж волокита. Может, у кого-то есть время побороться за пациента. А у какого-то врача нет времени, назначили этот парацетамол и иди его покупай».* Ее коллега, также молодая женщина, солидарна: *«И из-за ограниченного времени от беседы пациента и врача остается совсем сухой диалог... И человек уходит за дверь и понимает, что не знает ни диагноза, ни почему он [заболел], ни как избежать этой болезни без лекарств».*

В ситуации пандемии COVID-19 значимость коммуникации между лечащим медиком и пациентом только возросла, особенно в первое время, когда люди были напуганы новым вирусом, а медики не всегда имели возможность помочь. *«Доктор домой приходил, а если не приходил, он всегда на связи. Доктору можно было сообщить о своих недугах, кашель там или одышка. Им, наверно, было трудно, но они всегда отвечали»*, — так с благодарностью вспоминает свое лечение от новой коронавирусной инфекции пожилая сотрудница районной библиотеки.

Отношение к государству

Иногда на мнение о здравоохранении проецируется отношение человека к государству в целом, что также ярко проявилось в период пандемии. Например, оппозиционно настроенная сельская жительница признавалась, что привыкла во всем «не доверять телевизору», и когда власти начали пропаганду вакцинации, то восприняла негативно и саму прививку. Если человеку не нравилось, что власти ввели самоизоляцию и штрафы, то это могло проецироваться и на его отношение к организации медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией.

Напротив, если информанты в целом доверяли государству, то это могло служить аргументом в пользу того, чтобы соблюдать самоизоляцию или вакцинироваться. Например, пенсионерка, объясняя, почему она добровольно привилась, ссылалась на свою «советскую закалку». По ее словам, если раньше «сверху» говорили, что надо ехать на субботник или в колхоз, то теперь настоятельно рекомендуют привиться, и подобным указам женщина привыкла доверять и повиноваться.

Отношение к своему телу и здоровью

Оценки работы системы здравоохранения могут зависеть от общих мировоззренческих установок человека в сфере биомедицины. В интервью встречались мнения, что если человек тяжело заболевает, то ему уже ничего не поможет, то есть что во многих ситуациях врачи бессильны. Подобные суждения порой подкреплялись историями о том, как неожиданно умирали молодые люди. Один пожилой мужчина так объясняет, почему никогда не ходит в больницу: «А зачем мне, старому? Время придет мое... Моя супруга ходила два раза уже вакцинироваться. А я ей говорю: „На хрена нам, все равно время придет“».

Наконец, в зависимости от религиозных и иных убеждений люди вообще могут считать свое тело объектом, которому официальная медицина не только не поможет, но и навредит. Например, так рассуждает продавец меда средних лет: «Что человек может создать лучше, чем Бог? Он создал совершенное тело, [зачем] влезать туда, абсолютное не понимая, как это тело устроено...»

Учет этого фактора позволяет быть более аккуратным в интерпретации отрицательных оценок работы местной поликлиники или больницы. Желание информанта избегать их услуг не обязательно связано с недавним негативным опытом или общей низкой неудовлетворенностью — изначальная установка на бессилие или вред официальной медицины также может играть свою роль.

Заключение

На материале интервью, посвященных работе медицинских организаций в малых городах и сельской местности во время пандемии COVID-19, мы попытались показать сложность смыслового фона, определяющего мнения людей по вопросам, связанным со здравоохранением. Заметную в качественном исследовании, базирующемся на полуструктурированных интервью и неформальных беседах, эту сложность легко упустить из виду, когда потребителей здравоохранения просят дать лаконичные общие оценки удовлетворенности медицинской помощью или доверия врачам и отечественному здравоохранению.

Так, общее отношение населения к здравоохранению может базироваться на хорошей репутации одного местного медика и зависеть от того, стал ли он «своим». Один травматичный пациентский опыт многолетней давности может перечеркнуть все свежие позитивные впечатления от похода в поликлинику. Представление о доступности медицинской помощи может быть увязано не только с местом жительства респондента, но и с его грамотностью в сфере информационно-коммуникационных технологий. Неполные или искаженные знания о пациентских правах и устройстве системы здравоохранения становятся источником конфликтов и убеждения, что за медицинские ресурсы обязательно нужно бороться — с подключением родственников и знакомых, обладающих властью или связями. Также важны мировоззренческие установки человека в отношении государства и собственного здоровья, на которые врач или больница не в силах повлиять.

Выявленные обстоятельства, формирующие смысловой фон для рациональных суждений респондентов по вопросам здравоохранения, отличает то, что их трудно уловить и предсказать в случаях, если нужно измерить удовлетворенность или доверие. Это возвращает нас к вопросу о значимости и применимости измерений мнений пациентов. Представляется, что они имеют ценность в случае, если направлены на выявление конкретных причин неудовлетворенности, которые в силах устранить сама медицинская организация. Иными словами, как прикладные исследования в целях медицинского менеджмента. В случае же использования как инструмента для общей оценки состояния или динамики системы здравоохранения, равно как и для выработки государственной политики, они могут оказаться не более чем ложными маяками.

В качестве дополнительных выводов из полевого материала отметим два нюанса интерпретации отдельных известных факторов. Оба могут быть использованы как гипотезы для дальнейших исследований.

Во-первых, влияние на отношение о здравоохранении может оказывать не только и не столько география проживания пациентов в широком смысле слова (регион, село/город), но и более конкретное место жительства. Два региона, в которых проводилось исследование, различаются по обеспеченности ресурсами здравоохранения (один — с низкой плотностью населения и преобладанием отдаленной сельской местности, второй — более урбанизированный, с меньшими расстояниями между обследованными райцентрами и региональной столицей, но также с более выраженным дефицитом трудовых и материальных ресурсов в сельских медицинских учреждениях). Вместе с тем суждения их жителей об уровне местного здравоохранения схожи.

Различие наблюдается не столько между регионами, сколько между райцентрами, где расположены районные и центральные районные больницы, и селами, где здравоохранение представлено лишь врачебной амбулаторией или фельдшерским пунктом. Жители первых более взыскательны к доступности и результативности медицинской помощи, что проявлялось и в их оценках работы системы здравоохранения во время коронавирусной пандемии. Определенную роль играет то, что выбор деревни местом жительства априори предполагает добровольное согласие на меньшую доступность медпомощи.

О различиях в запросах и ожиданиях пациентов из городской или сельской местности свидетельствуют как российские, так и зарубежные исследования [Weinhold, Gurtner, 2018; Блинова, Вяльшина, Русановский, 2020]. Наши наблюдения показывают разницу и внутри сельской местности, то есть она не столько географическая, сколько административная. Райцентр может быть селом, но отношение его жителей к местной поликлинике отличается от отношения жителей отдаленных сёл, которых эта поликлиника также обслуживает.

Во-вторых, уточнения требует понимание влияния медицинской грамотности на отношение потребителей к здравоохранению. С одной стороны, в научной литературе постулируется важность медицинской грамотности населения, она рассматривается как одно из условий вовлечения пациентов в лечение [Pelikan et al., 2022; Лопатина и др., 2022]. С другой стороны, врачи называют стремление пациентов получить информацию из интернета одним из источников конфликтов с ними и говорят о мнимости медицинской грамотности [Решетников, Айвазян, Присяжная, 2020]. Представляется, что внутри медицинской грамотности важно различать знания о здоровье человека и знания о том, как устроена система здравоохранения. Именно отсутствие у граждан вторых, а не наличие первых, может провоцировать негативное отношение и конфликты между пациентами и медицинским персоналом.

Список литературы (References)

1. Астафьев Л. М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 136—140.
Astafyev L. M. (2005) The Role of Typologization of Patients in Assessing the Quality of Medical Care. *Sociological Studies*. No. 6. P. 136—140. (In Russ.)
2. Блинова Т. В., Вяльшина А. А., Русановский В. А. Отношение сельского населения к своему здоровью и доступности медицинской помощи // Экология человека. 2020. № 12. С. 52—58. <https://www.doi.org/10.33396/1728-0869-2020-12-52-58>.
Blinova T. V., Vyalshina A. A., Rusanovskiy V. A. (2020) Self-Perceived Health, Availability of Medical Care and Health Attitudes among Rural Population in Russia. *Ekologiya cheloveka [Human Ecology]*. 2020. No. 12. P. 52—58. <https://www.doi.org/10.33396/1728-0869-2020-12-52-58>. (In Russ.)
3. Богдан И. В., Гурылина М. В., Зверев А. Л., Чистякова Д. П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020. № 55. С. 216—230.
Bogdan I. V., Gurina M. V., Zverev A. L., Chistyakova D. P. (2020) A Political Perception of the Healthcare System: An Experience of a Monitoring Research. *Bulletin of Tomsk State university. Philosophy. Sociology. Political Science*. No. 55. P. 216—230. (In Russ.)
4. Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Актуальные вызовы и решения для использования социологии в управлении здравоохранением // Здо-

ровье мегаполиса. 2021. Т. 2. № 1. С. 79—83. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2021.v2i1;79-83>.

Bogdan I. V., Pravednikov A. V., Chistyakova D. P. (2021) Current Challenges and Solutions for Use of Sociology in Healthcare Management. *City Healthcare*. Vol. 2. No. 1. P. 79—83. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2021.v2i1;79-83>. (In Russ.)

5. Вялых Н. А., Беспалова А. А., Зарбалиев В. З. Доверие и недоверие российского общества к институту здравоохранения: социальные индикаторы и пост-пандемические эффекты // *НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право*. 2023. Т. 48. № 3. С. 458—470. <https://doi.org/10.52575/2712-746X-2023-48-3-458-470>.

Vyalykh N. A., Bepalova A. A., Zarbaliev V. Z. (2023) Russian Society's Trust and Distrust to the Institution of Healthcare: Social Indicators and Post-pandemic Effects. *NOMOTNETIKA: Philosophy. Sociology. Law*. Vol. 48. No. 3. P. 458—470. <https://doi.org/10.52575/2712-746X-2023-48-3-458-470>. (In Russ.)

6. Гехт И. А., Артемьева Г. Б. К вопросу об изучении удовлетворенности населения системой здравоохранения // *Менеджер здравоохранения*. 2014. № 4. С. 6—12.

Geht I. A., Artemieva G. B. (2014) On the Question of Study on Public's Satisfaction with Health Care System. *Health Care Manager*. No. 4. P. 6—12. (In Russ.)

7. Кобякова О. С., Деев И. А., Тюфилин Д. С., Куликов Е. С., Табакаев Н. А., Воробьева О. О. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016. № 3. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2016-49-3-5>.

Kobyakova O. S., Deev I. A., Tyufilin D. S., Kulikov E. S., Tabakaev N. A., Vorobyeva O. O. (2016) Satisfaction with Health Care: How to Measure and Compare? *Social Aspects of Population Health*. No. 3. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2016-49-3-5>. (In Russ.)

8. Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. Препринт WP8/2015/03; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Издательский дом Высшей школы экономики, 2015.

Kochkina N. N., Krasilnikova M. D., Shishkin S. V. (2015) Availability and Quality of Medical Care in Population Assessments. Preprint WP8/2015/03 (Series WP8 “State and Municipal Administration”); National Research University “Higher School of Economics”. Moscow: HSE Publishing House. (In Russ.)

9. Лопатина М. В. и др. Кросс-секционное исследование по оценке грамотности в вопросах здоровья населения старше 18 лет в отдельных регионах Российской Федерации: актуальность и дизайн // *Экология человека*. 2022. Т. 29. № 2. С. 89—98. <https://doi.org/10.17816/humeco65198>.

Lopatina M. V., Popovich M. V., Fomicheva M. L., Ziganshina Z. R., Prischepa N. N., Kontsevaya A. V., Drapkina O. M. (2022) Cross-Sectional Study to Measure Health Literacy among the Population over 18 Years Old in Selected Regions of the Rus-

- sian Federation: Relevance and Study Design. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)*. Vol. 29. No. 2. P. 89—98. <https://doi.org/10.17816/humeco65198>. (In Russ.)
10. Решетников А. В., Айвазян Ш. Г., Присяжная Н. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 2. С. 331—346. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.2.764>.
Reshetnikov A. V., Aivazyan S. G., Prisyazhnaya N. V. (2020) Role of the District Physician in Shaping the Opinions of Young and Experienced Professionals. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 2. P. 331—346. (In Russ.)
 11. Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л. Пациенты о качестве стационарного обслуживания // Социологические исследования. 2010. № 7. С. 69—75.
Svetlitchnaya T. G., Tsyganova O. A., Borthcaninova E. L. (2010) Patients on the Medical Services Quality. *Sociological Studies*. No. 7. P. 69—75. (In Russ.)
 12. Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью (по данным иностранной литературы) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 4. С. 18—22.
Tsygankov B. D., Malygin Ya. V. (2014) The Approaches to Investigation of Factors Impacting Satisfaction of Patients with Medical Care (According International Publications" Data). *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. No. 4. P. 18—22. (In Russ.)
 13. Шилова Л. С. Оценка пациентами услуг первичной медицинской помощи (в Липецкой и Тюменской областях) // Журнал исследований социальной политики. 2008. Т. 6. № 3. С. 357—384. URL: <https://jsps.hse.ru/article/view/3624> (дата обращения: 28.06.2023).
Shilova L. S. (2008) Evaluation of Primary Health Care by the Patients (In Lipetsk and Tumen Oblasts). *Journal of Social Policy Studies*. Vol. 6. No. 3. P. 357—384. URL: <https://jsps.hse.ru/article/view/3624> (accessed: 28.06.2023). (In Russ.)
 14. Шнайдер Г. В., Деев И. А., Кобякова О. С., Бойков В. А., Барановская С. В., Протасова Л. В., Шибалков И. П. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. № 4. С. 1—5. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2020-66-4-4>.
Shnaider G. V., Deev I. A., Kobyakova O. S., Boykov V. A., Baranovskaya S. V., Protasova L. M., Shibalkov I. P. (2020) Assessment of Public Satisfaction with Health Care. *Social Aspects of Population Health*. Vol. 66. No. 4. P. 1—5. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2020-66-4-4>. (In Russ.)
 15. Anufriyeva V., Pavlova M., Stepurko T., Groot W. (2021) The Validity and Reliability of Self-Reported Satisfaction With Healthcare as a Measure of Quality: A Systematic Literature Review. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 33. No. 1. Art. mzaa152. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa152>.
 16. AlSaud A. M., Taddese H. B., Filippidis F. T. (2018) Trends and Correlates of the Public's Perception of Healthcare Systems in the European Union: A Multilevel Analysis

- of Eurobarometer Survey Data From 2009 to 2013. *BMJ Open*. Vol. 8. No. 1. Art. e018178. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018178>.
17. Batbaatar E. et al. (2017) Determinants of Patient Satisfaction: A Systematic Review. *Perspectives in Public Health*. Vol. 137. No. 2. P. 89—101. <https://doi.org/10.1177/17579139166341>.
 18. Borowska M., Religioni U., Augustynowicz A. (2022) Patients' Opinions on the Quality of Services in Hospital Wards in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 20. No. 1. Art. 412. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010412>.
 19. Bull C. (2021) Patient Satisfaction and Patient Experience Are Not Interchangeable Concepts. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 33. No. 1. Art. Mzab023. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab023>.
 20. Buller M. K., Buller D. B. (1987) Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 28. No. 4. P. 375—388. <https://doi.org/10.2307/2136791>.
 21. Cleary P. D., McNeil B. J. (1988) Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry*. Vol. 25. No. 1. P. 25—36.
 22. Dunsch F. et al. (2018) Bias in Patient Satisfaction Surveys: A Threat to Measuring Healthcare Quality. *BMJ Global Health*. Vol. 3. No. 2. Art. E000694. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000694>.
 23. Edwards C., Staniszewska S., Crichton N. (2004) Investigation of the Ways in Which Patients' Reports of Their Satisfaction with Healthcare Are Constructed. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 26. No. 2. P. 159—183. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00385.x>.
 24. Ferreira D. C., Vieira I., Pedro M. I., Caldas P., Varela M. (2023) Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for Its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare*. Vol. 11. No. 5. Art. 639. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>.
 25. Gill L., White L. (2009) A Critical Review of Patient Satisfaction. *Leadership in Health Services*. Vol. 22. No. 1. P. 8—19. <https://doi.org/10.1108/17511870910927994>.
 26. Gille F., Smith S., Mays N. (2017) Towards a Broader Conceptualisation of 'Public Trust' in the Health Care System. *Social Theory & Health*. Vol. 15. P. 25—43. <https://doi.org/10.1057/s41285-016-0017-y>.
 27. Gille F., Smith S., Mays N. (2021) What Is Public Trust in the Healthcare System? A New Conceptual Framework Developed from Qualitative Data in England. *Social Theory & Health*. Vol. 19. P. 1—20. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00129-x>.
 28. Hekkert K. D., Cihangir S., Kleefstra S. M., van den Berg B., Kool R. B. (2009) Patient Satisfaction Revisited: A Multilevel Approach. *Social Science & Medicine*. Vol. 69. No. 1. P. 68—75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.016>.

29. Lochman J. E. (1983) Factors Related to Patients' Satisfaction with Their Medical Care. *Journal of Community Health*. Vol. 9. No. 2. P. 91—109. <https://doi.org/10.1007/BF01349873>.
30. Locker D., Dunt D. (1978) Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*. Vol. 12. P. 283—292. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(78\)90067-6](https://doi.org/10.1016/0271-7123(78)90067-6).
31. Mossialos E. (1997) Citizens' Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union. *Health Economics*. Vol. 6. No. 2. P. 109—116. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199703\)6:2<109::AID-HEC251>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199703)6:2<109::AID-HEC251>3.0.CO;2-L).
32. Naidu A. (2009) Factors Affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 22. No. 4. P. 366—381. <https://doi.org/10.1108/09526860910964834>.
33. Pelikan J. M., Link T., Straßmayr C., Waldherr K., Alferts T., Bøggild H., Griebler R., Lopatina M., Mikšová D., Nielsen M. G., et al. (2022) Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS 19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 19. No. 21. Art. 14129. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>.
34. Sari M. I., Prabandari Y. S., Claramita M. (2016) Physicians' Professionalism at Primary Care Facilities from Patients' Perspective: The Importance of Doctors' Communication Skills. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Vol. 5. No. 1. P. 56—60. <https://doi.org/10.4103%2F2249-4863.184624>.
35. Sitzia J., Wood N. (1997) Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Social Science & Medicine*. Vol. 45. No. 12. P. 1829—1843. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00128-7).
36. Van Der Schee E., Braun B., Calnan M., Schnee M., Groenewegen P.P. (2007) Public Trust in Health Care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. *Health Policy*. Vol. 81. No. 1. P. 56—67. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.04.004>.
37. Ware Jr. J. E., Snyder M. K., Wright W. R., & Davies A. R. (1983) Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning*. No. 6. Vol. 3—4. P. 247—263. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90005-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90005-8).
38. Weinhold I., Gurtner S. (2018). Rural-Urban Differences in Determinants of Patient Satisfaction with Primary Care. *Social Science & Medicine*. Vol. 212. P. 76—85. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.019>.
39. Weiss G. (1988) Patient Satisfaction with Primary Medical Care Evaluation of Socio-demographic and Predispositional Factors. *Medical Care*. Vol. 26. No. 4. P. 383—392. <https://doi.org/10.1093/hsw/16.4.281>.

40. Williams S., Weinman J., Dale J. (1998) Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: A Review. *Family Practice*. Vol. 5. No. 15. P. 480—492. <https://doi.org/10.1093/fampra/15.5.480>.
41. Xesfingi S., Vozikis A. (2016) Patient Satisfaction with the Healthcare System: Assessing the Impact of Socio-Economic and Healthcare Provision Factors. *BMC Health Services Research*. Vol. 16. Art. 94. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>.

Приложение. Список расшифровок полуструктурированных интервью и неформальных бесед, использованных для анализа

№	Характеристики населенного пункта (статус/ численность населения / расстояние от райцентра / медицинское учреждение)	Пол информ-манта	Примерный возраст
ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННЫЕ ИНТЕРВЬЮ			
1	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км / сельская врачебная амбулатория	Ж	50—60
2	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	М	50—60
3	село /ок. 400 чел. / ок. 20 км / сельская врачебная амбулатория	Ж	50—60
4	село / ок. 600 чел. / 7 км / ФАП	Ж	50—60
5	село / ок. 5 тыс. чел. / районная больница	Ж	50—60
6	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	М	20—30
7	село / ок. 1 тыс. чел. / ок. 60 км / сельская врачебная амбулатория	Ж	20—30
8	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	Ж	30—40
9	село / ок. 700 чел. / ок. 30 км / ФАП	Ж	50—60
10	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	Ж	50—60
11	село / ок. 5 тыс. чел. / районная больница	Ж	60—70
12	город / ок. 20 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	30—40
13	поселок / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
14	город / ок. 20 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	30—40
15	поселок / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	30—40
16	поселок / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	30—40
17	город / ок. 20 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
18	город / ок. 20 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	50—60
19	село / ок. 3 тыс. чел. / ок. 20 км / поликлиника	М	50—60
20	село / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
21	город / ок. 30 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
22	город / ок. 30 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	50—60
23	село / ок. 3 тыс. чел. / ок. 20 км / поликлиника	Ж	50—60
24	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	60—70
25	поселок / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	60—70
26	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
27	город / ок. 20 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	60—70
28	село /ок. 600 чел. / ок. 15 км / ФАП	Ж	30—40
НЕФОРМАЛЬНЫЕ БЕСЕДЫ			
1	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	Ж	30—40
2	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	Ж	50—60
3	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	Ж	50—60
4	село / ок. 300 чел. / ок. 20 км / ФАП	Ж	70—80
5	село / ок. 300 чел. / ок. 20 км / ФАП	Ж	70—80
6	село / ок. 5 тыс. чел. / районная больница	Ж	30—40
7	село / ок. 600 чел. / ок.7 км / ФАП	М	60—70
8	поселок / ок. 250 чел. / ок. 10 км /ФАП	Ж	70—80
9	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	Ж	60—70
10	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	Ж	70—80

N	Характеристики населенного пункта (статус/ численность населения / расстояние от райцентра / медицинское учреждение)	Пол информанта	Примерный возраст
11	село / ок. 300 чел. / ок. 40 км / ФАП	Ж	50—60
12	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	М	60—70
13	село / ок. 6 тыс. чел. / районная больница	М	50—60
14	село / ок. 5 тыс. чел. / районная больница	М	40—50
15	село / ок. 700 чел. / ок. 60 км / ФП	М	20—30
16	село / ок. 700 чел. / ок. 60 км / ФП	Ж	60—70
17	село / ок. 500 чел. / ок. 20 км / ФАП	Ж	50—60
18	село / ок. 5,5 тыс. чел. / районная больница	Ж	60—70
19	село / ок. 5 тыс. чел. / районная больница	Ж	30—40
20	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
21	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	50—60
22	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
23	город / ок. 20 тыс. чел. / центральная районная больница	М	40—50
24	поселок / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	50—60
25	город / ок. 30 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	30—40
26	село / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
27	деревня / ок. 400 чел. / 7 км / ФАП	Ж	40—50
28	город / ок. 20 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
29	село / ок. 3 тыс. чел. / ок. 20 км / поликлиника	Ж	40—50
30	село / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
31	село / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
32	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	50—60
33	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	30—40
34	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км / ФАП	Ж	60—70
35	село / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	30—40
36	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	М	60—70
37	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	М	40—50
38	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	Ж	60—70
39	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	М	60—70
40	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	Ж	70—80
41	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	М	20—30
42	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	М	60—70
43	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	М	40—50
44	село / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
45	село / ок. 10 тыс. чел. / центральная районная больница	Ж	40—50
46	село / ок. 5 тыс. чел. / центральная районная больница	М	80—90
47	село / ок. 400 чел. / ок. 20 км./ ФАП	Ж	60—70
48	село / ок. 500 чел. / ок. 30 км./ ФАП	Ж	30—40
49	село / ок. 800 чел. / ок. 50 км./ сельская врачебная амбулатория	Ж	50—60
50	поселок / ок. 250 чел. / ок. 10 км./ ФАП	Ж	40—50
51	село / ок. 300 чел. / ок. 20 км./ ФАП	Ж	40—50
52	село / ок. 300 чел. / ок. 20 км./ ФАП	Ж	60—70