

ВРТ как рынок: социально-психологические потребности пациенток ЭКО и критерии выбора клиники

С.н.с. О.Г. ИСУПОВА¹, с.н.с. Н.Е. РУСАНОВА²

¹Институт демографии ГУ Высшая школа экономики; ² Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, Москва

Настоящая работа является результатом анализа спонтанной дискуссии посетителей Интернет-сайта Probirka.ru* о проблемах пациентов ЭКО. Сайт объединяет пациентов ЭКО (бывших, настоящих и будущих), а также всех тех, кто в какой-либо момент рассматривал ЭКО как способ появления на свет своих детей в связи с наличием показаний.

Ключевые слова: ВРТ, ЭКО, рождаемость, клиника, критерии выбора.

Российская демографическая ситуация и ВРТ

В современных условиях сокращения численности и старения населения России, являющихся следствием, в частности, очень низкой рождаемости (среднее количество детей, рожденных одной женщиной за всю ее жизнь, с начала 90-х годов прошлого века и, по крайней мере, до 2007—2008 гг. в нашей стране не превышало 1,5), представляется целесообразным использование всех возможных ресурсов повышения числа рождений, в том числе путем уменьшения количества супружеских пар, бездетных вследствие бесплодия [1, 2, 6].

По данным разных исследований [12], процент бесплодных супружеских пар в разные эпохи и в разных регионах мира колеблется от 1 (Бенин, 1996) до 30 и более в некоторых районах Центрально-Африканской Республики в 1950—1960-е гг. прошлого столетия — по нашим сведениям, это исторический максимум. В нашей стране также проводились эпидемиологические обследования населения (сплошные и по рандомизированной случайной выборке) с целью выявления бесплодия (по определению ВОЗ, ненаступление беременности в течение 1 года при неприменении контрацепции, вне зависимости от того, были ли беременности и даже рождения детей у женщины в паре до этого) у женщин 18—45 лет, ведущих регулярную половую жизнь (не менее 4 раз в месяц) и не использующих методов предохранения. Как и в Африке, они дали совершенно разные цифры для разных регионов. А именно, 16,7% в Томской области в 1995 г. и 1999 г., 8,2% в Троицке Московской области в 1999 г., 18,95% в Иркутске и 21,3% в сельской местности (в Иркутской области) в 2006—2007 гг. [5, 7].

В преодолении проблемы недобровольной бездетности огромную роль играют ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) [8, 10, 13—16]. С демографической точки зрения использование ВРТ (см. схему):

— увеличивает численность населения, производящего потомство (репродуктивную базу населения);

— вызывает рост числа рождений;

— в том числе вторых и последующих детей.

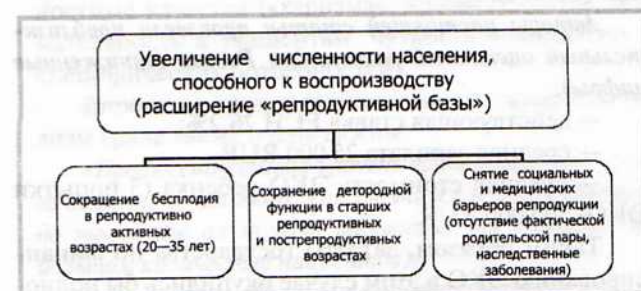
Таким образом, в них заложен потенциал по замедлению старения населения (это одна из самых острых современных демографических проблем).

Процент рождений с применением ВРТ в странах, проводящих активную демографическую политику, достигает 4 (Дания, Бельгия). В России частота рождения детей с помощью ВРТ составляет пока лишь доли процента в совокупности всех рождающихся детей.

Однако некоторые исследования [11] показывают, что широкое применение ВРТ дает эффект, сопоставимый с воздействием щедрых мер социальной политики по стимулированию рождаемости: исследование РАНД:

— увеличение доступности ВРТ для населения: заметный рост числа детей в среднем на одну женщину (на 0,04%).

Схема. Роль ВРТ в увеличении рождаемости.



*У сайта по состоянию на 29 октября 2009 г. 10 525 зарегистрированных пользователей, ежедневно его посещает не менее 500—1000 человек.

e-mail: olisupova@hse.ru

Таблица 1. Данные макроэкономических исследований эффективности капиталовложений в ЭКО

США	Налоги государству от ЭКО-ребенка за всю его жизнь 155.870 USD Прибыль государству от «создания» ЭКО-детей в 7 раз превышает инвестиции в них (Коннолли, 2008)
Швеция	Налоги государству от ЭКО-ребенка за всю его жизнь 254 000 SEK (Свенсон, 2008)
Великобритания	Налоги государству от ЭКО-ребенка за всю его жизнь 109 939 £. Прибыль государству от «создания» ЭКО-детей в 8,5 раза превышает инвестиции в них (Коннолли, 2009)

Таблица 2. Уровень образования российских женщин (данные 2002 г.)

Уровень образования	Количество женщин, %
Высшее и поствысшее образование	16,3
Незаконченное высшее	3,1
Среднее профессиональное	28,9
Начальное профессиональное (ПТУ)	10,1
Среднее общее	16,6
Основное общее	13,5

Демографическая социальная политика дает сопоставимый рост — на 0,07% [9]. Больших величин в современном мире в развитых странах, видимо, достичь невозможно. Но и такой прирост важен и даже, возможно, оптимален, так как с экологической точки зрения перенаселение мира опасно и следует стремиться не более чем к простому воспроизводству населения (около 2 детей на одну женщину). Если бы доступность ВРТ в России была аналогичной датской, при сохранении нынешних программ в области семейной политики суммарный коэффициент рождаемости мог бы увеличиться с нынешних примерно 1,5 до более чем 1,6, что существенно замедлило бы старение населения.

Макроэкономические исследования [цит. 11] показывают также, что «отдача» от ЭКО-детей государству в виде налогов, которые поступят от них в будущем, в значительной степени превышает нынешние «издержки» на финансирование их рождения (табл. 1).

Авторы настоящей статьи произвели приблизительный оценочный расчет для России (заниженные цифры):

- действующая ставка ЕСН 26,2%;
- средняя зарплата 25 000 RUR;
- средняя стоимость ЭКО-ребенка (3 попытки ЭКО) 300 000 RUR.

Таким образом, затраты государства по финансированию ЭКО в этом случае окупятся бы полностью (в виде налоговых поступлений) **за 10 лет** работы каждого ЭКО-ребенка во взрослом состоянии.

Однако надо учитывать не только налоговые поступления, но и позитивное индивидуальное обновляющее воздействие каждого нового человека на экономический рост своей страны.

Методология исследования пациентов

Исследование проведено методом социологического смыслового анализа текстов, или дискурс-анализа [см. 21, 4], спонтанных высказываний посетительниц сайта в топике «Проблемы пациентов ЭКО»². Дискуссия имела место в период с 19 октября 2007 г. по февраль 2008 г.

Социальный портрет посетителей «Пробирки»

Для посетительниц сайта характерно следующее распределение по основным социально-демографическим показателям [3]:

Возраст (средний 31 год)

<25 лет	4%
25—29 лет	33%
30—34 года	42%
35+ лет	20%

Примерный доход семьи:

Ниже среднего (только необходимое)	18%
Средний (иногда сбережения)	64%
Выше среднего (существенные сбережения)	18%

Образование:

Среднее	3%
Среднее специальное	9%
Незаконченное высшее	7%
Высшее	67%
Высшее+	4%

Семейное положение:

Замужем	87%
Незарегистрированный брак	18%
Вне брака	4%

Если сравнить эти данные со значениями для населения России, то получается, что уровень образования пациенток ЭКО — посетительниц «Пробирки» существенно выше среднего уровня, характерного для женщин России в целом (по данным переписи населения 2002 г.³; табл. 2).

²[http://www.probirka.org/forum/viewtopic.php?f=92&ct=7630&hilit=Проблемы пациентов](http://www.probirka.org/forum/viewtopic.php?f=92&ct=7630&hilit=Проблемы%20пациентов)

³http://www.gks.ru/bgd/regl/B08_50/IssWWW.exe/Stg/03-01.htm

Проблемы пациентов ВРТ и критерии выбора репродуктивной клиники

Основные проблемы, с которыми, на их взгляд, в настоящее время сталкиваются пациенты ВРТ (в порядке убывания по степени важности для пациентов), следующие.

— Проблема выбора центра ВРТ и врача-репродуктолога — в особенности в тех регионах, где много центров:

«Действительно, сейчас много центров, но есть один подвох: КАК ВЫБРАТЬ СВОЙ!»

«Проблема ВЫБОРА в товарном (в нашем случае клиническом) многообразии — общая проблема в обществе потребления. Примеры: раньше — колбаса докторская и сервелат — и всем счастье. А теперь, выбираешь, выбираешь, и не всегда вкусно, что дорого! Раньше, «Жигули», ну или «Волга», а теперь.. Выбираешь машину и так и сяк... и в конце концов думаешь, что прогадал!»

— Эффективность процедуры ЭКО (ЭКО+ИКСИ, при необходимости)

— Доступность информации о ВРТ:

«Инстинктивно я чувствую, что, хотя разница между клиниками по эффективности вроде бы небольшая и проценты успеха почти одинаковые, но вот наполнение этих процентов и содержание — с какими диагнозами удачи, а с какими нет — может сильно отличаться. И вот основная проблема для меня — отсутствие именно этой информации».

— Дороговизна лечения

— Взаимоотношения в семье

«Для клиник это сухие цифры процентов удач, а для нас, иногда, разбитые семьи, разорванные души, погибшие надежды и подорванное здоровье».

Нехватка центров ЭКО в некоторых регионах:

«Большой выбор ЭКО-клиник для жителей многих регионов сводится к минимуму. Я делала 1-е ЭКО в клинике, находящейся в 200 км от дома, следующие попытки продолжаю делать за 1000 км».

Необходимость радикального изменения образа жизни, иногда даже жизненных стратегий и приоритетов:

«Другой образ жизни на неопределенное время. Тут и сложности с работой, и постоянное ограничение в средствах, и проблемы общения с друзьями и т.д.».

— Необходимость постоянного принятия решений — что делать на каждом шагу лечения, сколько попыток пройти, когда остановиться, если результат так и не достигнут, постоянно заново приспосабливаясь к меняющейся ситуации.

Центральным основополагающим противоречием, «стоящим за» вышеизложенными проблемами, является неоднозначность понимания сути ВРТ в их современном виде:

— С одной стороны, — это отрасль медицины, что генерирует у пациентов ожидания: эффективно, минимизации нежелательных для здоровья по-

бочных эффектов, доброты и участия врача, его нацеленности на результат.

— С другой стороны, репродуктология воспринимается как отрасль рынка («это — бизнес «с медицинским лицом»), что порождает у их потребителей чисто рыночные требования:

- адекватная отдача на вложенные деньги

«Для меня 1000 USD не катастрофа, и я могу себе позволить потратить и больше, и не жду чуда за такие «скромные» деньги, но для большинства в России 1000 USD — это просто прорва денег, и очень хотелось бы получить результат ЗА ТАКИЕ ДЕНЬЖИЩИ!»;

- качество сервиса и прежде всего доброжелательное и внимательное отношение врача:

«Я всегда, когда плачу деньги (тем более ТАКИЕ), считаю себя вправе получать наивысшее качество из возможного... потому что я пришла получать услугу за свои деньги, а не в подарок».

ВРТ как рынок генерирует ожидания высокой эффективности (чуть ли не 100% гарантия успеха):

«Вообще, надо с позитивной точки зрения смотреть на тот факт, что ЭКО — это теперь рынок».

«Да слава Богу, что врачи спасли много-много семей, которые чуть было не разрушились из-за невозможности родить своих детей, спасибо врачам за то, что способны подарить женщине далеко за 40 ребенка, спасибо, что они могут подарить ребенка одинокой женщине, здорового ребенка паре с ВИЧ!».

Однако некоторые пациенты считают существенным возможным недостатком рыночной организации отрасли вероятность, что их будут склонять к излишним тратам, которых им хотелось бы избежать.

ВРТ как отрасль медицины ассоциируется с такими позитивными ценностями, как спасение и забота, а основным негативным (для пациентов) моментом медицинского восприятия репродуктивных технологий является осознание негарантированности результата («медицина не всесильна»).

Можно видеть, что центральной фигурой и с той, и с другой точки зрения оказывается **ВРАЧ-репродуктолог**, причем необычайно важны его личностные качества («харизма», «позитивность», внимательность к пациентам, чуткость восприятия их специфических потребностей).

Впрочем, «результативность» и профессионализм врача также очень важны:

«Профессиональный уровень врача и все, что на него влияет, — от того, как он учился и стажировался, до того, как он может работать «на потоке» (при большом количестве пациентов)».

В отсутствие объективной репрезентативной информации о процентах успеха протоколов у каждого конкретного врача пациенты пытаются собирать информацию «качественную», т.е. подсчитывают количество «удач» у того или иного врача среди лично им известных людей.

Тем не менее даже «результативный» врач не может позволить себе быть грубым, «циничным», очень многие высоко ценят умение и желание врача посочувствовать пациентке при неудаче, наиболее непопулярен такой врачебный подход (который часто приходится тем не менее встречать): что ЭКО — лотерея, при неудаче — никакие дополнительные обследования не нужны, просто «приходите еще раз». Хотя и другая крайность — назначение слишком большого числа обследований — также понимается как желание мотивировать пациента на излишнюю трату денег.

Связанная с центральной фигурой врача центральная проблема — вопрос доверия, врачу и клинике в целом. Доверия в том отношении, что делается действительно все необходимое для рождения у пары ребенка, с использованием последних достижений науки и практики, ничто не забывается и не упускается из виду.

Для подавляющего большинства целевой группы потребителей услуг ВРТ-клиник определяющей в формировании доверия к врачу является некая не поддающаяся детальному рациональному объяснению «харизма» репродуктолога:

«Женщины — существа мнительные и эмоциональные, поэтому при выборе србатывает фактор — нравится или не нравится доктор, а потом уже все остальное, рациональное — начинаем считать денежки и т.д.».

«Сильный позитив — зависит от харизмы врача. Помогает справиться со всеми страхами».

Однако существует достаточно узкая, но наиболее активная группа пациенток (это именно те из них, кто особенно сильно ориентирован на результат, целеустремленные и успешные в целом люди), которые не склонны базировать свое доверие только и исключительно на «харизме». Они стараются получить как можно более детальную информацию обо всех составляющих процедуры ЭКО, иметь доступ к информации о ходе лечения на всех этапах протокола, стремясь чуть ли не самостоятельно посчитать полученные у них клетки под микроскопом:

«Открытость информации и возможность доступа к реальному знанию о количестве полученных у тебя клеток и т.д. Все-таки это рынок, это платная услуга, поэтому хотелось бы иметь какие-то механизмы контроля, как в любых отношениях по поводу предоставления платных услуг».

Поэтому наибольшее доверие вызывают те клиники и врачи, где пациентам дается больше прав и возможностей в этом отношении (возможность посетить эмбриологическую лабораторию, непосредственно общаться с эмбриологом, и т.д.):

«И клиники могли бы давать развернутый отчет о том — не просто сколько процентов удач, но и с какими диагнозами были пары, какой по счету это у них был протокол и т.д.».

Сколько репродуктивные услуги при этом стоят — вопрос уже вторичный, поскольку даже те, у кого ограничены финансовые возможности, при достаточно сильном желании иметь ребенка найдут деньги, если они верят, что при этом максимизируются шансы на успешное решение задачи.

Тем не менее наиболее острый вопрос с финансовой точки зрения — одинаковая стоимость «услуги» и при удаче, и при неудаче. С точки зрения законов рынка это воспринимается как «вопиющая несправедливость»:

«В плане стоимости думаю, что надо бы сделать два тарифа (для тех, у кого получилось, и для тех, у кого пролет). Двойной тариф смягчит горечь неудачи, и ровно будет воспринят удачливыми».

«Отсутствие гарантии. Когда ты платишь деньги, то ожидаешь за это что-то получить... вот тут и возникает противоречие...».

Это перекликается с данными исследования Ферринг, согласно которому более 20% пациентов ожидают скидку в среднем на 22,5% в следующих протоколах, если первая попытка оказалась неудачной.

С другой стороны, «бесплатное» ЭКО тоже многих настораживает. Возникают ожидания:

1. Сниженного качества медицинских услуг

2. Ухудшения «сервиса» в клинике (прежде всего в смысле равнодушия медицинского персонала, отсутствия нацеленности на результат)

3. «Небесплатности», в связи с необходимостью терять рабочее (оплачиваемое) время и наличием платных анализов:

«Вопрос только в том, сколько стоять в очередях. Для бизнесвумен вопрос времени важен, за это и приходится платить. Я средний служащий, мой день стоит более 2000 руб., для того чтобы делать бесплатное ЭКО, мне надо отпрашиваться, как минимум, на полдня».

4. Для пациентов из провинции часто оказывается, что стоимость дороги и проживания в тех немногих городах, где предоставляется ЭКО по федеральной квоте, превышает стоимость платного ЭКО в каком-либо близлежащем центре:

«Я не хочу бесплатное ЭКО (если это будут, как сейчас, определенные клиники в определенных городах), для меня поездка в Москву или Ст-Петербург на бесплатное ЭКО обойдется не дешевле, чем ЭКО в своем регионе с учетом незаработанных денег».

В идеале большинству пациенток хотелось бы использовать полученную от государства квоту в том же центре и у того же врача, у которого они уже делали ЭКО на платной основе, и с кем смогли найти общий язык.

Кроме того, пациентки высказали следующие пожелания:

— расширить возрастные, диагностические рамки для тех, кто подходит для получения квоты;

— увеличить количество попыток, оплачиваемых государством одному человеку:

«Сейчас есть программы по бюджетированию попыток ЭКО, но их недостаточно... Знаю, что в Израиле 10 бесплатных попыток при любом бесплодии, мужском или женском»;

— увеличить количество федеральных квот в целом;

— как вариант, вместо квоты вычитать полную реальную стоимость лечения методами ВРТ из суммы налога НДФЛ:

«Я бы хотела льготу по НДФЛ, причем не (стоимость ЭКО) × 0,13, а НДФЛ — стоимость протокола».

Даже самые активные и «продвинутые» пациентки признают, что информированность в области своего лечения — «палка о двух концах»:

«Появился страх за собственное здоровье (поскольку теперь больше информации — больше знаю)».

Активные пациентки (см. выше данные об образовании) привыкли учиться и считать, что штудирование учебника является неотъемлемой предпосылкой правильного решения задачи. Такой «комплекс отличника». А тут оказывается, что этот алгоритм не срабатывает:

«Казалось бы, обладая информацией о сути программы лечения, о всех возможных последствиях, пациенту должно быть легче (а легче не становится)».

И у более информированных пациенток могут быть неудачи, в то время как ничего не знающие новички приходят и получают удачу с первого раза. Кроме того, в отличие от тех областей, в которых активные пациентки строят свою карьеру, и где очень многое зависит от них самих, от их работоспособности, целеустремленности, компетентности, вложенных усилий и вложенных денег, — здесь все оказывается совсем иначе: слишком многое от них не зависит. С такой непредсказуемостью очень трудно примириться:

«Проблема — не поражения как такового, а того, что получаемый результат — не соответствует нашим усилиям и затратам. А во всех остальных областях жизни это не так. И вот как раз это вот в голове не укладывается... Ведь мы привыкли — если все делать «по уму», плюс ОЧЕНЬ стараться, то все всегда получается».

Есть другие группы пациенток (ищущие более простых решений) вследствие воздействия одного или нескольких из следующей группы факторов:

— меньшей силы собственного желания иметь детей,

— уменьшающегося нормативного давления со стороны общества в отношении обязательности деторождения для всех женщин,

— ограниченности финансовых возможностей,

— общей жизненной стратегии, не связанной с обязательностью достижения успеха любой ценой.

Врачам легче с ними работать (легче «настоять на своем»). Однако они же легче и раньше отказываются

от идеи родить ребенка, в среднем проходя через меньшее число попыток ЭКО вне зависимости от того, родился ли у них в результате ребенок или нет.

Суммируя, можно следующим образом попытаться критерии выбора клиники пациентами ВРТ (в порядке убывания по степени важности):

• Рекомендации других пациенток:

«Мы предпочитаем собирать информацию у других пациенток о: подходе врача к пациенту; готовности в доступной форме делиться информацией; отношении к различным диагнозам...».

• Наличие в клинике «топ-врача» — «светила»:

— с устоявшейся репутацией (подчас созданной самими пациентками), рекомендуемого другими пациентами:

«Человек, увлеченный своим делом, буквально живущий этим, нацеленный на результат, с огромным опытом, накопленным годами, с индивидуальным подходом к пациенту»;

— с большим процентом удач:

«В тот момент среди нашего узкого круга пациенток-активисток (около 15 человек) у 9 человек наступила беременность «от этого врача»к, т.е. статистика была $9/15 \times 100 = 60\%$ удач»;

— умеющего создавать позитивный настрой:

«Мне, как и многим, хочется позитива. А вот этот вот сейчас популярный среди нас врач — безусловно, позитивный человек. С ним, по крайней мере, весело. И лично я за позитив — платить как раз вполне готова»;

— внимательного к самым разным потребностям пациентов (вплоть до желания улететь отдыхать на море или в командировку сразу после подсадки (или даже вместо протокола);

— готового все объяснять, подробно и на понятном языке:

«Если врач хорошо сыплет медицинскими терминами и сам по себе хорош как специалист, но я НИЧЕГО не смыслю в вопросе — я скорее всего его не выберу, а выберу того, кто будет мне доступно объяснять, пусть он даже и не супер спец.»;

— умеющего работать «на потоке», при большом наплыве пациентов, но при этом помнить каждого в лицо и сразу вспоминать все диагнозы.

• Наличие удач в этой клинике у известных пациентке людей, причем желательно:

— со сложными диагнозами,

— с диагнозами, похожими на ее собственные, или с большим числом неудачных попыток в прошлом.

• Поведение персонала клиники.

• Стоимость услуг.

• Обстановка и сервис (евроремонт, бесплатный чай с печеньем, отсутствие очередей, соответствующее теме оформление помещения для сдачи спермы, удачное размещение других помещений, и т.д.):

«До сих пор не могу забыть их помещение для сбора спермы, в котором дверь дергают через каждые 30 секунд! А узкий длинный коридор с толпой НЕ ЭКО-пациентов, по которому после пункции, как сквозь строй, плетешься, шатаясь».

- Возможность сдавать анализы, проходить дополнительные обследования, и покупать препараты не обязательно в этой клинике:

«Я не хочу, чтобы мне навязывали что-то: лекарства — только у нас, 150 анализов за огромные деньги — только у нас, бахилы на каждый прием — 5 рублей».

- Назначение среднего количества обследований:

- полное отсутствие дополнительных обследований вызывает подозрения в некомпетентности врача плюс психологически неприемлемо;

- слишком много обследований воспринимается как «стремление заставить потратить деньги сверх необходимого».

Видим, что, как и в исследовании Ферринг, наиболее важными критериями выбора являются поведение и профессионализм врача, а также успешность лечения в клинике. В отсутствие объективной информации об этих аспектах пациенты предпочитают собирать косвенную информацию «по крупинкам», ориентируясь на субъективное восприятие (свое или других пациентов), вместо того, чтобы менять критерии выбора (например, «переставить» на первое место сервис или удобство расположения клиники, раз уж о профессионализме врача немедик, в общем-то, обоснованно судить не может).

Общие выводы и рекомендации

В целях повышения конкурентоспособности клиник в условиях роста их количества особенно важно уделять повышенное внимание роли врача-репродуктолога, его или ее умению находить общий язык с самыми разными пациентками, без ущерба качеству медицинской составляющей его работы.

Поскольку человеческие возможности не безграничны («В одной из клиник доктор постоянно говорил мне: «Я здесь вам не психолог!!»»), не менее успешным конкурентоспособным вариантом могло бы стать разделение труда между врачом и штатным психологом, который должен в той же степени «вести» пациентку, что и врач, отвечая на ее психологические потребности как в процессе протокола, так и в случае удачи или неудачи лечения:

«Нужна психологическая подготовка к неудаче. Для тех, у кого не получилось... И некому поддержать».

«Ни из одной из клиник, где я делала ЭКО, мне не позвонили и не спросили после неудачи — «ну как ты, дружок? Может, какая наша помощь нужна?»»

По-прежнему важнейшей задачей остается необходимость просветительской работы по «популяризации» ВРТ среди населения в целом, и, в частности, среди врачей-гинекологов общего профиля, в целях решения проблемы слишком позднего обращения в ЭКО-клиники:

«НИ ОДИН амбулаторный врач на ЭКО меня не направлял и отношение у ВРАЧЕЙ весьма скептическое».



ИСКУССТВЕННОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Исследование проведено компанией ГФК для фармацевтической компании «Ферринг» (время проведения в России — март—апрель 2009 г.)

Методология исследования

Страна: Россия

Выборка (количество респондентов): 208

Метод: анкетирование (интервьюирование — количественный социологический опрос)

Время: март—апрель 2009 г.

Все участницы исследования в прошлом уже обращались к врачу по поводу лечения методом ЭКО.

Социально-демографический портрет участниц-пациенток ВРТ:

Возраст (в среднем 32 года)

>25 лет — 13%

25—30 лет — 32%

31—35 лет — 27%

36 лет и более — 29%

Примерный среднемесячный доход семьи (в рублях):

>20 000 — 34%

20 000—40 000 — 33%

40 001—70 000 — 24%

70 001 и выше — 10%.

Уровень образования: среднее — 4%; среднее специальное — 23%; незаконченное высшее — 8%; высшее — 65%.

Семейное положение: замужем — 81%; незарегистрированный брак — 19%.

В целом для пациенток ЭКО характерен очень высокий средний уровень образования и более высокий уровень дохода, чем характерный для населения России в среднем.

Распределение участниц по регионам России: Москва — 67; Ст-Петербург — 34; Самара — 11; Екатеринбург — 11; Новосибирск — 11; Нижний Новгород — 11; Ростов-на-Дону — 11; Волгоград — 11; Челябинск — 11; Пермь — 11; Омск — 11.

Описание результатов

Давление ощущения своей «болезни» и снижения качества жизни в связи с бесплодием очень высоко:

- 85% женщин заявили, что в настоящее время их желание иметь ребенка «очень сильное» (балл 5),
- для 9% оно «довольно сильное» (балл 4),
- для 2% — «среднее» (балл 3),
- для 1% — «довольно слабое» (балл 2),
- для 3% — «слабое» (балл 1).

При этом, по мнению женщин, соответствующее желание их мужей/партнеров очень сильное — в 80%

случаев; довольно сильное — в 9%, среднее — в 5%, довольно слабое — в 2% и слабое — в 3% случаев.

В среднем женские репродуктивные желания (средний балл 4,7) несколько сильнее мужских (средний балл 4,6), но в целом очень сильны и те и другие (рис. 1). Для 49% опрошенных «очень важно» начать лечение как можно скорее и еще для 47% — это «довольно важно». С другой стороны, только 32% проголосовали за утверждение «Я хочу иметь ребенка как можно скорее, сколько бы это ни стоило». Видимо, вопрос цены для большинства очень важен.

Принятие решения об использовании ВРТ: нормы и альтернативы

Только 14% опрошенных когда-либо задумывались об усыновлении — пациентки ЭКО представляют собой группу людей, для которых изначально важна не бездетность как таковая, а стремление преодолеть собственное бесплодие или бесплодие мужа (рис. 2).

Незначительное большинство (55%) знают других женщин, которые тоже делают ЭКО (рис. 3) — распространенность и популярность в российском обществе методов ВРТ как средства решения про-

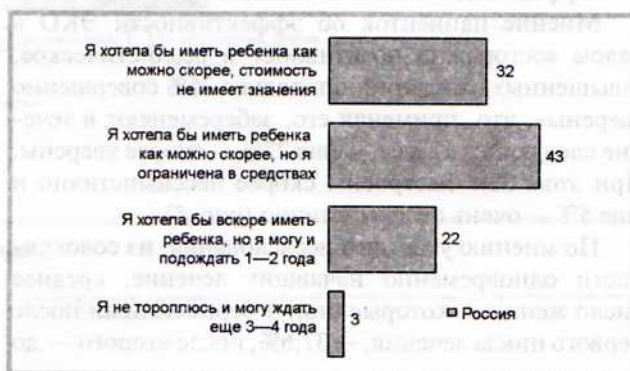


Рис. 1. Интенсивность репродуктивных желаний.

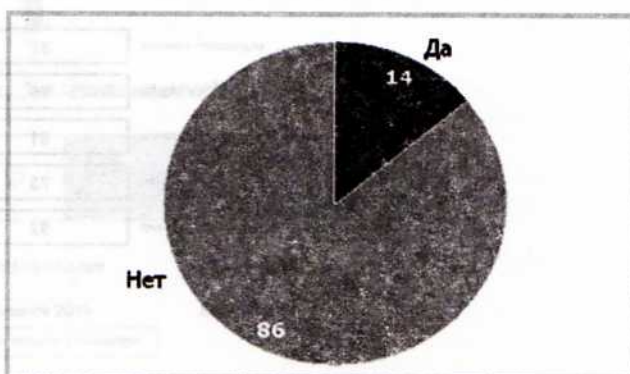


Рис. 2. Усыновление и ЭКО.

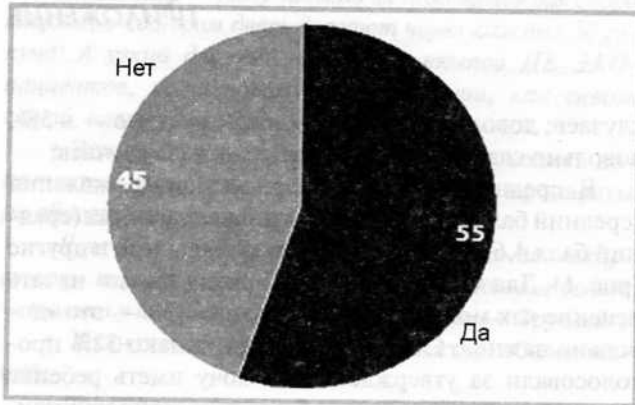


Рис. 3. Знакомство с другими пациентками ВРТ.

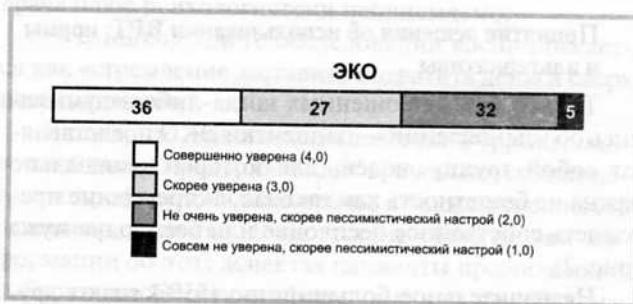


Рис. 4. Вероятность забеременеть в ближайшие 12 мес, используя ЭКО.

блемы бездетности растет, хотя она по-прежнему недостаточно высока.

Эффективность ВРТ: ожидания пациенток ЭКО

Мнение пациенток об эффективности ЭКО в целом «осторожно позитивное» и реалистическое, завышенных ожиданий нет: только 36% совершенно уверены, что, применяя его, забеременеют в течение следующих 12 мес, и еще 27% — скорее уверены. При этом 32% настроены скорее пессимистично и еще 5% — очень пессимистично (рис. 4).

По мнению участниц исследования, из совокупности одновременно начавших лечение, среднее число женщин, которые станут беременными после первого цикла лечения, — 37,6%, после второго — до

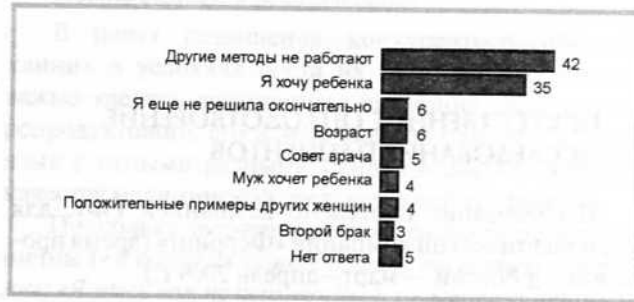


Рис. 5. Причины применения ВРТ.

49,2%. Как видно, цифры невысоки и очень близки к реальности.

Тем не менее они решили применять этот метод. Распределение причин для этого показывает следующая диаграмма (рис. 5, спонтанные ответы): как можно видеть, основная причина — сила репродуктивного желания и убежденность в том, что другие методы намного менее эффективны:

Большинство участниц (80%) пока не прошли еще ни одного полного цикла методами ВРТ, 13% прошли 1 цикл, 5% — 3 и 1% — более 3.

Среднее (и модальное — 45%) максимальное количество попыток, которое женщины (большинство, напомним, находится в самом начале лечения) готовы «пережить», — всего 2, хотя есть 1% тех, кто готов выдержать более 6 попыток, и 5% тех, кто рассматривает возможность пройти до 5 попыток. 21% считают максимально допустимыми 3 попытки, 24% — только одну.

Факторы успеха ЭКО/ИКСИ

По убеждению пациенток, главным фактором успеха является «человеческий»: опыт лечащего врача и «качество клиники», о котором пациенты судят, суммируя всю доступную им информацию. Также очень важен метод оплодотворения (ЭКО, ИКСИ, ИМСИ). Имеет довольно важное значение выбор препаратов, и наименее существенным индикатором (хотя все равно важным) является стоимость лечения (рис. 6).

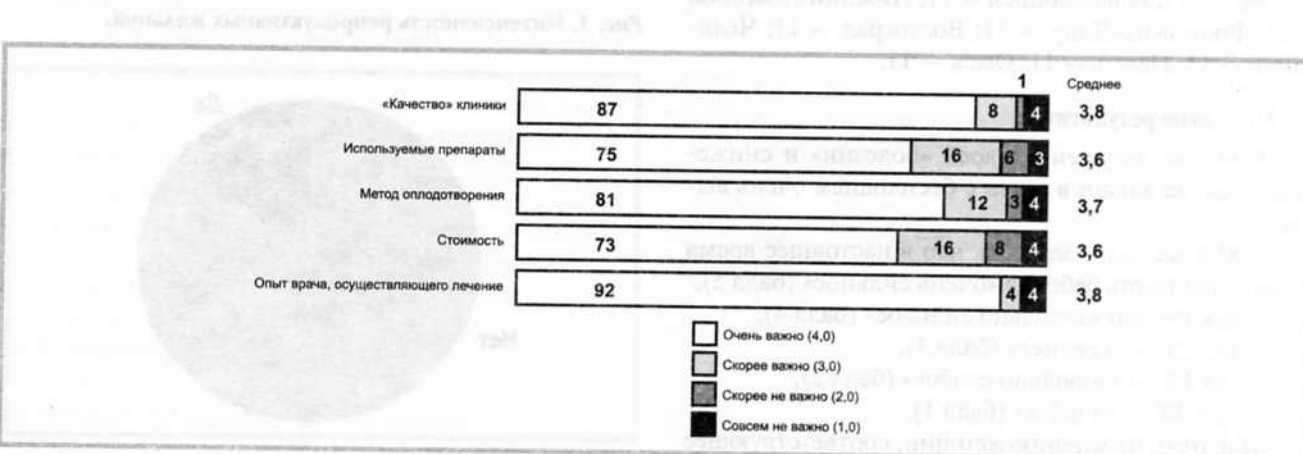


Рис. 6. Факторы успеха ЭКО/ИКСИ.

Главными критериями оценки различных методов лечения бесплодия для пациентов являются:

- высокий процент успеха (процент наступления беременности) (средний балл по 4-балльной шкале 3,7);
- благоприятное для потребителя соотношение цена-качество (средний балл 3,6).

Довольно важны также (взаимосвязанные) краткий срок лечения и уменьшение нагрузки на организм (по 3,2 балла). Менее важны рекомендации других женщин (2,8 балла, по вышеизложенным причинам). Наименьшее внимание пациенты обращают на сообщения прессы о различных методиках (2,4; вероятно, это тоже связано с недоверием, степень которого больше, чем степень недоверия конкретным людям).

Финансовые ограничения. Квоты. Кризис

Ценовые ожидания (в рублях со стоимостью препаратов) участниц исследования ГФК можно суммировать следующим образом:

- слишком низкая цена (вызывает сомнения относительно качества лечения) — <70 000
- средняя ожидаемая цена одной попытки — 72 000
- средняя разумная цена — 75 000

- высокая, но приемлемая цена (в среднем) — 100 000
- слишком высокая цена (в среднем) — 145 000—160 000
- средняя максимальная сумма (за все попытки), которую пациенты готовы потратить на лечение — 129 000 руб.

Лишь 50% готовы идти на разнообразные финансовые «жертвы» ради осуществления стремления к материнству.

В связи с экономическим кризисом 45% пациентов часто или редко, но задумывались о том, чтобы отложить лечение в связи с отсутствием стабильности и ростом цен. Характерно, что чаще такие мысли посещают тех, у кого уже есть один ребенок (в этом или предыдущем браке) (рис. 7).

18% пациенток считали бы справедливой (рис. 8) некоторую скидку на последующие циклы лечения, если исполнение их желания иметь детей потребует более одного цикла ЭКО (ИКСИ) (в среднем на 22,5%).

Только 26% участниц уже получили субсидии на лечение методами ВРТ от государства или планируют попытку их получения (рис. 9). Остальные либо считают, что могут самостоятельно оплатить лечение, или не слышали о такой возможности, или не верят, что квоты помогут решить проблему.

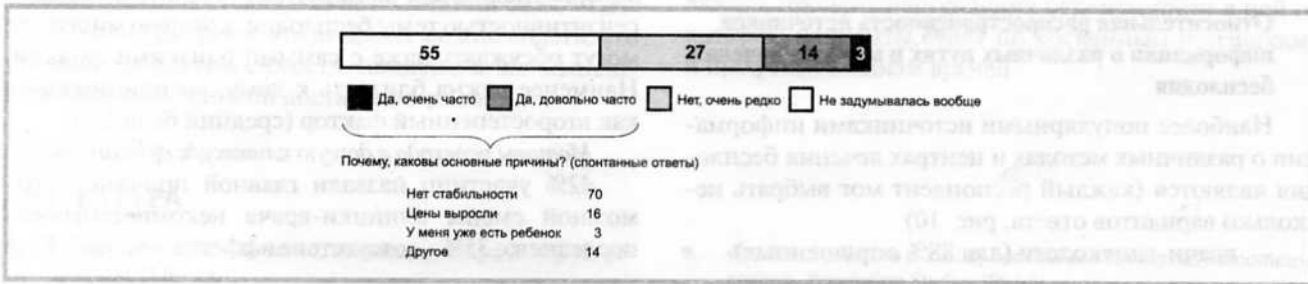


Рис. 7. Кризис и рассмотрение возможности отложить лечение.

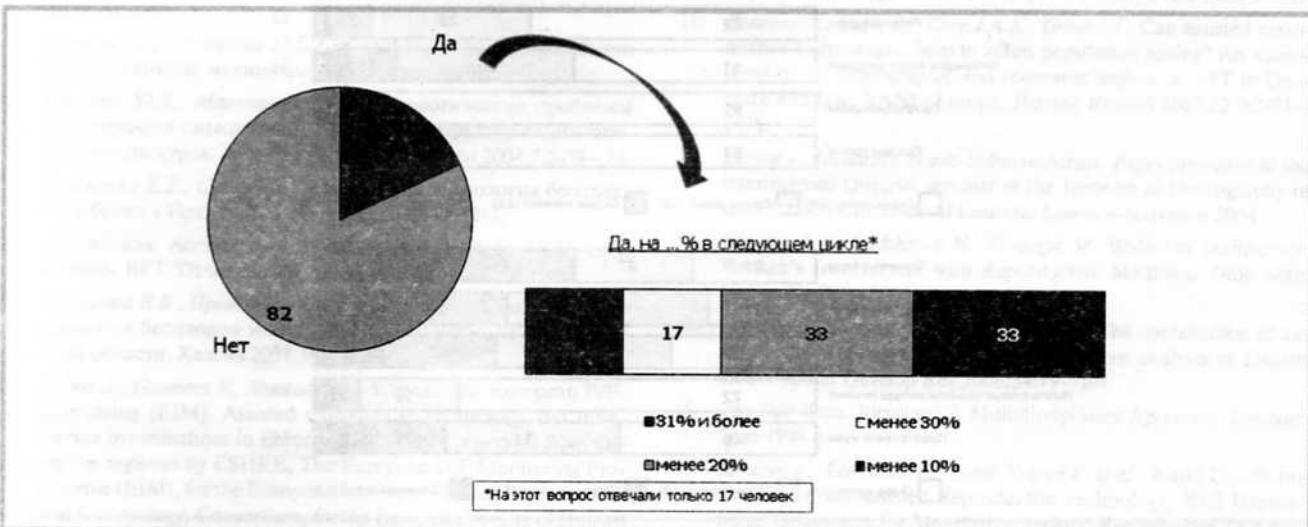


Рис. 8. Ожидаемая скидка на последующие циклы лечения.



Рис. 9. Квоты на лечение методами ВРТ.



Рис. 10. Источники информации.

Относительная распространенность источников информации о различных путях и методах лечения бесплодия

Наиболее популярными источниками информации о различных методах и центрах лечения бесплодия являются (каждый респондент мог выбрать несколько вариантов ответа, рис. 10):

- врачи-гинекологи (для 88% опрошенных)

- родственники, друзья, знакомые (для 42%)
- интернет (для 40%)
- группы взаимопомощи (для 34%)
- популярные медицинские журналы (для 30%).

При этом когда речь идет именно о центрах лечения бесплодия, важными источниками информации остаются только врач-гинеколог (55%), друзья, родственники, знакомые (23%) и интернет (14%).

Факторы выбора клиники

При выборе клиники пациенты прежде всего обращают внимание на (рис. 11):

- профессионализм врачей (очень важно для 92% и довольно важно еще для 4%);

- процент успеха (о котором, в отсутствие информации, судят по косвенным признакам) — очень важно для 91% и довольно важно для 4%;

- применяемые клиникой методы ВРТ (есть ли не только ЭКО, но и ИКСИ, криоконсервация эмбрионов) — это «очень важно» для 72% и «скорее важно» еще для 19%, и разумные цены — очень важно для 62% и довольно важно еще для 28%.

- короткое время ожидания (средний балл по 4-балльной шкале 3,3).

Среднее значение имеют мнение мужа (средний балл 3,0), рекомендации друзей, родственников и других женщин (средние баллы 2,8 и 2,6 соответственно) — видимо, это связано с соображениями доверия/недоверия конкретным людям, а также с сензитивностью темы бесплодия, которую многие не могут обсуждать даже с самыми близкими людьми. Наименее важна близость к дому, воспринимаемая как второстепенный фактор (средний балл 2,3).

Мотивы перехода в другую клинику/к другому врачу:

42% участниц назвали главной причиной возможной смены клиники-врача некомпетентность последнего; 35% — отсутствие эффекта лечения. Еще

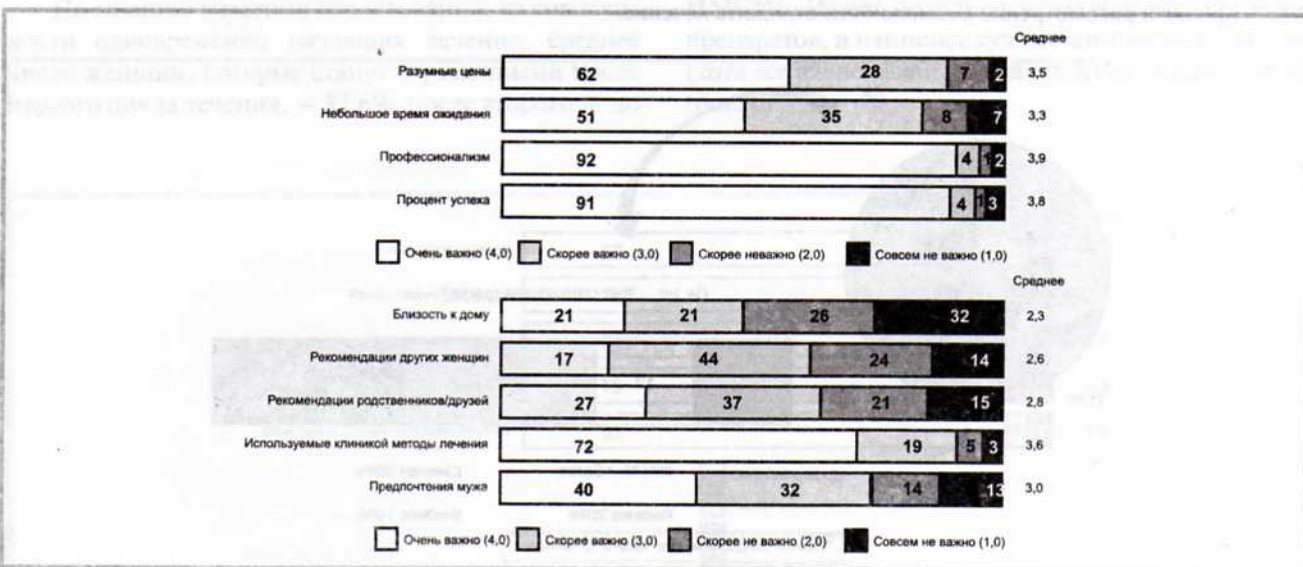


Рис. 11. Факторы выбора клиники.

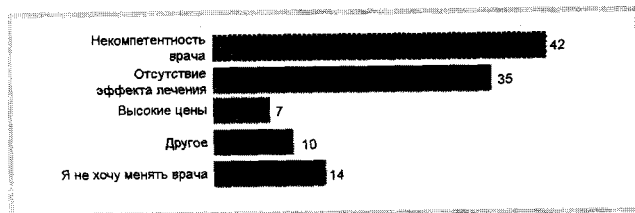


Рис. 12. Причины перехода к другому врачу/в другую клинику.

для 7% существенным фактором может стать высокая цена. 14% заявили, что не могут представить себе причин, по которым они захотели бы поменять их нынешнего врача и клинику (рис. 12).

Аналогично, 18% пациенток, уже менявших в прошлом клинику/врача, назвали следующие причины этого:

- нет эффекта лечения (39%);
- некомпетентный врач (34%);
- изменение места жительства (переезд в другой город) (13%);
- высокие цены (3%);
- другое (16%).

41% участниц исследования «вполне удовлетворены» (балл +2) своей нынешней клиникой/врачом, 50% — «скорее удовлетворены» (балл +1), только у 7% «нейтральное отношение» (балл 0), только 1% «скорее неудовлетворен» (балл -1). Совершенно неудовлетворенных (балл -2) нет. Средний балл +1,3.

По ответам на все эти вопросы можно видеть, что уровень удовлетворенности пациенток их нынешним врачом/клиникой достаточно высок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анишина М.Б. ВРТ: Прошлое, настоящее, будущее. Пробл репрод 2002;3:6—15.
2. Гаспаров А.С., Назаренко Т.А. Репродуктивное здоровье. Бесплодие как медико-социальная проблема (клиническая лекция). М 2000.
3. Исупова О.Г., Русанова Н.Е. Социальный портрет пациентов репродуктивной медицины. Соц исслед 2010;2.
4. Качанов Ю.Л., Маркова Ю.В. Методологические проблемы исследования смысловой и социальной структур социологического дискурса. Журн соц и соци антропол 2004;7:5:59—74.
5. Кузьменко Е.Т., Сутурина Л.В. и др. Эпидемиология бесплодного брака в Иркутске. Кемерово 2007;245—247.
6. Российская Ассоциация Репродукции Человека. Регистр центров ВРТ, Отчет за 2007 г. Ст-Петербург 2009.
7. Сутурина Л.В., Протопопова Н.В., Кузьменко Е.Т. и др. Эпидемиология бесплодия и перспективы развития ВРТ в Иркутской области. Казань 2007;10—11.
8. Nyboe A., Goossens V., Bhattacharya S. et al. The European IVF-monitoring (EIM). Assisted reproductive technology and intra-uterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE, The European IVF Monitoring Programme (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology, Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology. Hum Reprod 2009;18.
9. Gauthier A., Hatzjus J. Family benefits and fertility: an econometric analysis. Population Studies 1997;51.
10. Greenhalgh S. Situating fertility: Anthropology and demographic inquiry. Cambridge UK: Cambridge University Press 1995;3—28.
11. Hoorens S., Gallo F., Cave J.A.K., Grant J.C. Can assisted reproductive technologies help to offset population ageing? An assessment of the demographic and economic impact of ART in Denmark and UK, RAND Europe. Human Reprod 2007;22:9:2471—2475.
12. Larsen U. Infertility in sub-Saharan Africa, Paper presented at the international Quetelet seminar at the Institute of Demography of the Catholic University of Louvain. Louvain-la-Neuve 2004.
13. Saetnan A.R., Oudshoorn N., Kirejczyk M. Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine. Ohio State University Press 2000.
14. Sobotka T., Hansen M.A., Kold J.T. et al. The contribution of assisted reproduction to completed fertility: an analysis of Danish data. Populat Develop Rev 2008;34:79—101.
15. Van Dijk Teun. Ideology: A Multidisciplinary Approach. London: Sage 1998.
16. Mouzon J., Lancaster P., Gosta Nygren K. et al. World Collaborative Report on Assisted Reproductive Technology, 2002 International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART). Human Reprod 2009;24:9:2310—2320.

Причины позитивного отношения (спонтанные ответы) следующие: равнодушие врача к проблеме пациента (38%); высокий профессионализм врача (34%); все в клинике нравится (9%); рано делать выводы, лечение только началось (7%); лечение только началось, и пока все было хорошо (6%); уверенность в эффективности лечения (5%).

Лечение методами ВРТ в другой стране

Подавляющее большинство (92%) не интересовалось возможностями делать ЭКО в другой стране. Тщательно собирал информацию об этом только 1% опрошенных. Собираются это делать только 4%, 9% рассматривают такую возможность, 31% почти наверняка не будут это делать, и 56% уверены в том, что будут лечиться только в России. В целом мнение пациенток о российской репродуктивной медицине и доверие к ее возможностям, судя по этим данным, очень высоко.

Краткие выводы

- Уровень образования и дохода пациентов ВРТ существенно выше среднего по стране.
- Ощущение своей «болезни» и ухудшение качества жизни в связи с бесплодием очень интенсивны.
- Врачи-гинекологи являются главным источником информации о методах и клиниках ВРТ.
- Основными критериями выбора клиники являются процент наступления беременности в ней (о котором пациенты судят по косвенным признакам) и профессионализм врачей.