

*Е.Г. Потанчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин*

**ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ**  
(по материалам мониторинга экономических  
процессов в здравоохранении)

Препринт WP8/2011/11  
Серия WP8  
Государственное  
и муниципальное управление

УДК 338:61  
ББК 65.495  
П64

Редакторы серии WP8  
«Государственное и муниципальное управление»  
*А.Г. Барабашев, А.В. Клименко*

**Потапчик, Е. Г.** Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) : препринт WP8/2011/11 [Текст] / Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 36 с. — 150 экз.

В работе представлены результаты анализа происходящих изменений в физической и экономической доступности медицинской помощи, выполненного по данным Российского мониторинга экономического положения и состояния здоровья населения за 2000–2009 гг. В рамках исследования рассматриваются такие аспекты доступности, как обращаемость за медицинской помощью среди различных групп населения, распространенность практик оплаты медицинской помощи и медикаментов и их форм, распространенность практик неформальной оплаты и частота использования различных моделей такой оплаты, охват населения добровольным медицинским страхованием.

УДК 338:61  
ББК 65.495

*Потапчик Елена Георгиевна* — к.э.н., ведущий научный сотрудник  
Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ.

*Селезнева Елена Владимировна* — аспирант кафедры управления  
и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ.

*Шишкин Сергей Владимирович* — д.э.н., научный руководитель  
Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ.

**Препринты Высшей школы экономики**  
размещаются по адресу: <http://new.hse.ru/org/hse/wp>

© Потапчик Е.Г., 2011  
© Селезнева Е.В., 2011  
© Шишкин С.В., 2011  
© Оформление. Издательский дом  
Высшей школы экономики, 2011

# Содержание

1. Введение .....	4
2. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью для разных групп населения .....	5
2.1. Динамика отказов от обращения за медицинской помощью из-за нехватки денег .....	5
2.2. Различия в обращаемости за медицинской помощью для разных социально-демографических групп населения .....	7
2.3. Различия в обращаемости за медицинской помощью для жителей населенных пунктов разных типов .....	11
2.4. Различия в обращаемости за медицинской помощью для групп населения с разными доходами .....	13
3. Участие населения в оплате медицинской помощи .....	15
3.1. Участие населения в добровольном медицинском страховании .....	15
3.2. Прямая оплата населением медицинской помощи .....	16
3.3. Распространенность практик неформальной оплаты медицинской помощи .....	19
3.4. Распространенность различных моделей неформальной оплаты медицинской помощи .....	20
4. Распространенность практик оплаты медицинской помощи среди разных групп населения .....	24
4.1. Различия в оплате медицинской помощи для разных социально-демографических групп населения .....	24
4.2. Различия в платности медицинской помощи для жителей разных типов поселений .....	26
4.3. Распространенность практик оплаты медицинской помощи среди разных групп с разным уровнем доходов .....	28
5. Заключение .....	30

# 1. Введение

По данным опросов населения, право на бесплатную медицинскую помощь в последние годы стало самым значимым в ряду других прав граждан (рис. 1). Это делает особо актуальным анализ происходящих изменений в доступности медицинской помощи. Такой анализ является важнейшим компонентом исследовательского проекта «Мониторинг экономических процессов в здравоохранении», выполняемого с 2009 г. в рамках программы фундаментальных исследований ВШЭ<sup>1</sup>. Задачами данного компонента выступают:

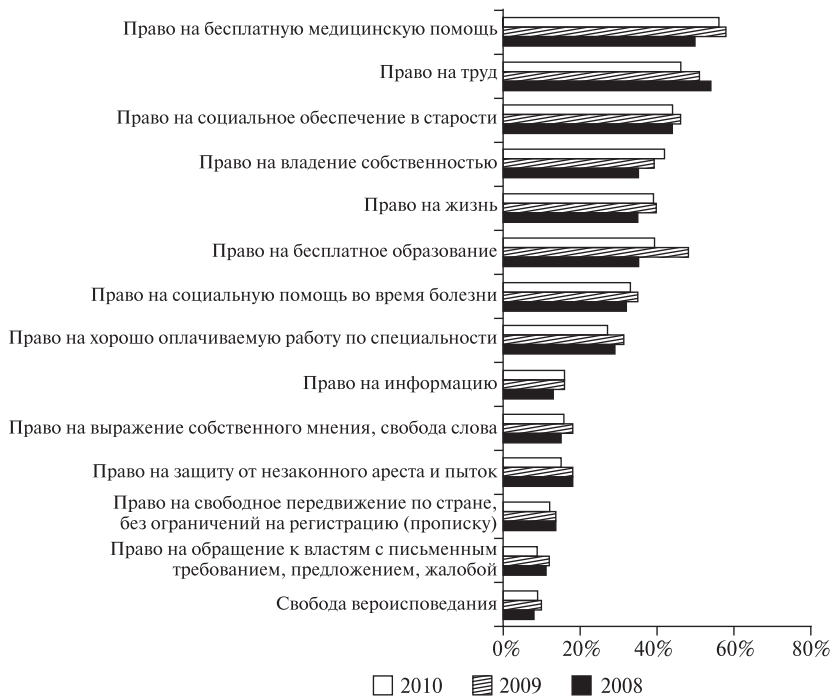
- анализ различий в обращаемости за медицинской помощью для групп населения, различающихся по социально-демографическим характеристикам, уровню доходов, месту жительства (типу населенного пункта);
- анализ распространенности практик оплаты пациентами медицинских услуг и лекарственных средств, их форм (официально/неофициально) по видам помощи (амбулаторная, стационарная);
- оценка распространенности практик неформальной оплаты медицинской помощи населением и выявление частоты использования различных моделей такой оплаты;
- анализ охвата населения добровольным медицинским страхованием и источников его финансирования.

В данной публикации представлены результаты исследования указанной проблематики, выполненного по данным Российского мониторинга экономического положения и состояния здоровья населения (РМЭЗ)<sup>2</sup> за период с 1994 по 2009 г. по разделу «Здравоохранение» и по дополнительному блоку вопросов о распространенности практик оплаты населением медицинской помощи, включенному в 18-й раунд РЭМЗ (2009 г.).

---

<sup>1</sup> URL: <http://www.hse.ru/org/hse/monitoring/med>.

<sup>2</sup> URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rfms-hse>.



**Рис. 1.** Оценка населением значимости права на бесплатную медицинскую помощь («Какие из перечисленных прав и свобод лично для Вас являются наиболее важными?», % опрошенных)

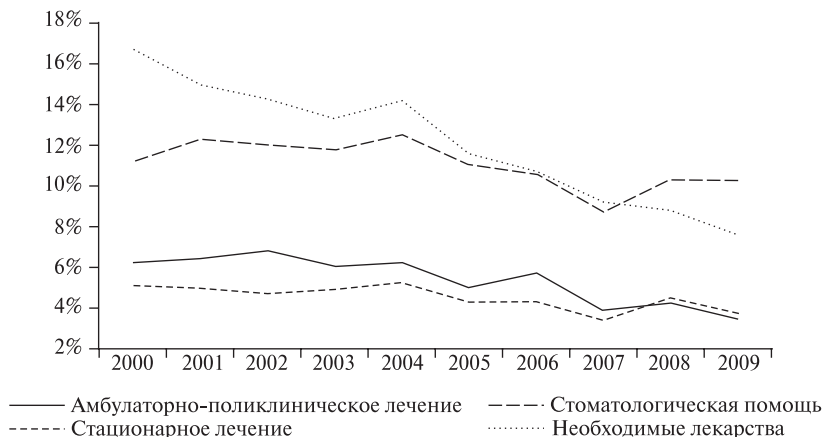
*Источник:* по данным Всероссийского репрезентативного опроса населения «Георейтинг» (34 тыс. респондентов в возрасте от 18 лет и старше), проводимого Фондом общественного мнения (ФОМ) по заказу НИУ ВШЭ.

## 2. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью для разных групп населения

### 2.1. Динамика отказов от обращения за медицинской помощью из-за нехватки денег

В последнее десятилетие наблюдается положительная тенденция снижения доли пациентов, отказывающихся от получения необхо-

димой медицинской и медикаментозной помощи в силу отсутствия денег, необходимых для оплаты того или иного вида помощи (рис. 2).



**Рис. 2.** Доля домохозяйств, члены которых в течение 12 месяцев до опроса отказались от получения необходимой медицинской и медикаментозной помощи только из-за нехватки денег, по видам помощи (% домохозяйств от всей выборки домохозяйств)

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

При этом наблюдалось снижение отказов в получении необходимой помощи практически по всем видам медицинской помощи, за исключением стоматологической помощи. Это единственный вид помощи, по которому в последние два года наблюдался рост отказов. Доля респондентов, отметивших, что им пришлось отказаться от лечения и протезирования зубов, сокращалась с 11,3% в 2000 г. до 8,7% в 2007 г. и возросла до 10,3% в 2008 г., сохранившись на том же уровне в 2009 г.

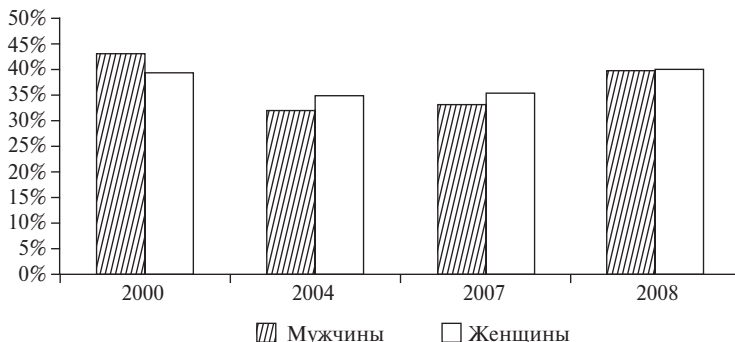
В 2000 г. чаще всего заболевшие люди отказывались от приобретения необходимых лекарств: доля респондентов, ответивших, что у них нет достаточных средств для приобретения медикаментов, составляла 16,7%. К концу десятилетия этот показатель упал до 7,6%.

Реже всего заболевшие отказывались от стационарного лечения. Если в 2000 г. 5,1% респондентов ответили, что не смогли лечь в больницу в силу отсутствия денег, то в 2009 г. число таких респондентов сократилось до 3,8%.

Относительно небольшая группа респондентов отмечала отказ от получения необходимого амбулаторного лечения. В 2000 г. 6,2% респондентов ответили, что им пришлось отказаться от получения амбулаторных услуг из-за отсутствия денег. В 2009 г. этот показатель сократился до 3,5%.

## 2.2. Различия в обращаемости за медицинской помощью для разных социально-демографических групп населения

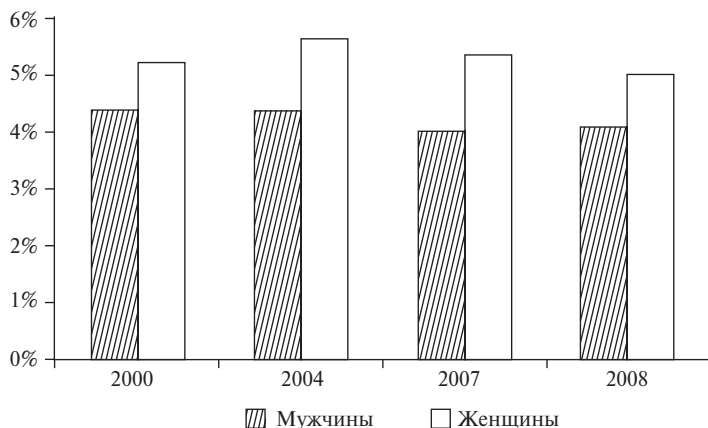
В 2000 г. при возникновении проблем со здоровьем мужчины чаще обращались к врачу, чем женщины (уровень обращаемости составлял соответственно 43% и 39%) (рис. 3). В 2007 г. наблюдалась противоположная картина — женщины стали обращаться к врачу чаще, чем мужчины (35% и 33% соответственно). В 2009 г. обращаемость среди мужчин и женщин стала почти одинаковой (39,7% и 40,0% соответственно).



**Рис. 3.** Доля обратившихся к медработникам (среди имевших проблемы со здоровьем) в течение 30 дней среди мужчин и женщин

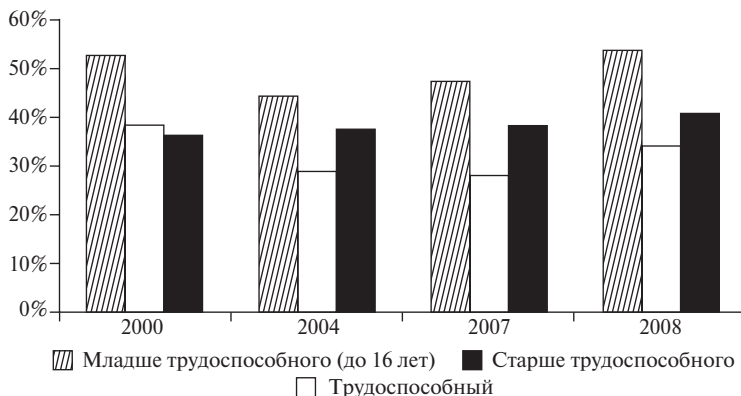
*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

На протяжении всего периода женщины чаще получали стационарное лечение, чем мужчины (рис. 4).



**Рис. 4.** Доля обращающихся за стационарной помощью в течение 3 месяцев среди мужчин и женщин

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).



**Рис. 5.** Доля обращающихся к медработникам (среди имевших проблемы со здоровьем) в различных возрастных группах

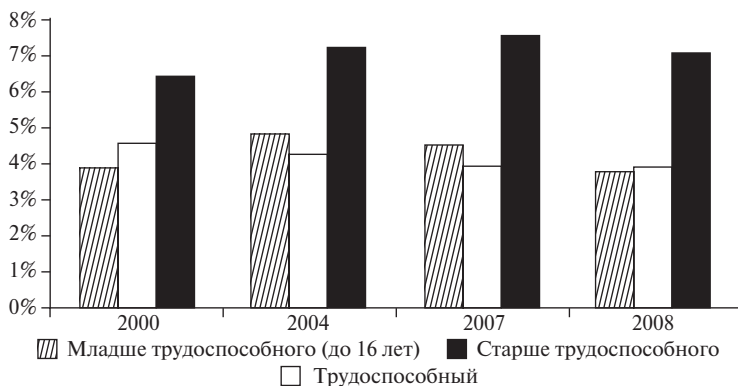
*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

За период 2000–2009 гг. изменилась структура обращаемости населения в зависимости от возраста (рис. 5). Если в начале периода чаще всего к врачу обращались дети (52,6%), а реже всех люди в воз-



расте старше трудоспособного (36,5%), то в 2009 г. чаще все еще обращались дети (53,9%), но реже всех стали обращаться люди в трудоспособном возрасте (34,0%). При этом за рассматриваемый период обращаемость населения в трудоспособном возрасте имела тенденцию к снижению (с 38,4% до 34,0%), а обращаемость населения старше трудоспособного возраста возрастала (36,5% и 40,9%).

За период 2000–2009 гг. несколько изменилась структура потребления стационарной помощи в зависимости от возраста (рис. 6). Если в начале периода прослеживался четкий тренд увеличения потребления стационарной помощи при увеличении возраста, то в конце периода доля лиц, получавших стационарную помощь, практически сравнялась для детей (3,8%) и для лиц трудоспособного возраста (3,9%).

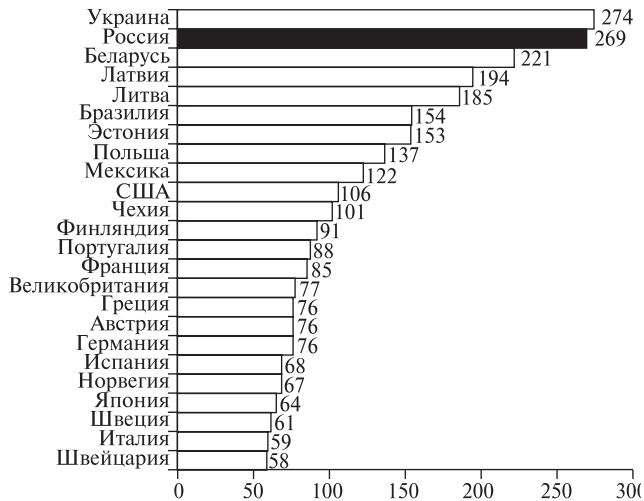


**Рис. 6.** Доля обращающихся за стационарной помощью в различных возрастных группах

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

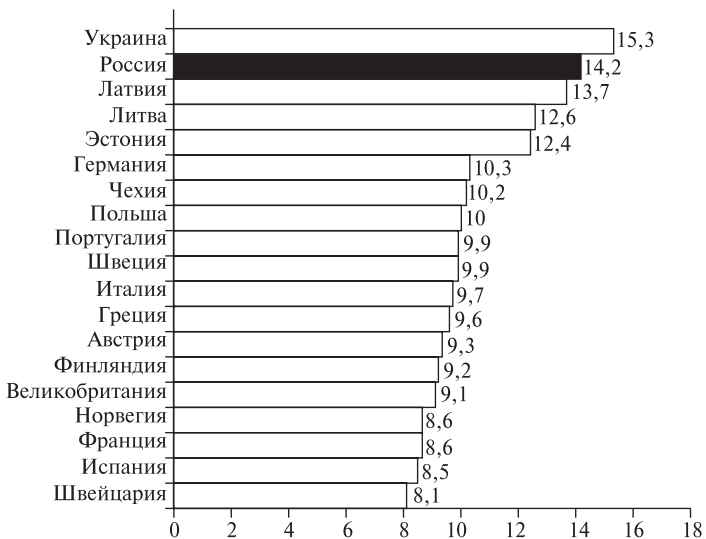
Ситуация с доступностью медицинской помощи для трудоспособного населения наиболее тревожна. Эти люди реже обращаются за медицинскими услугами, чаще получают их на условиях полной или частичной оплаты. При этом разрыв между нашей страной и странами Запада особенно велик именно по показателям смертности трудоспособного населения (рис. 7, 8).

Чаще всего в случае необходимости обращаются к врачу люди с наиболее низким уровнем образования, реже всего — люди со средним образованием (рис. 9). На протяжении десятилетия структура



**Рис. 7.** Смертность населения в трудоспособном возрасте на 1000 человек, 2009 г.

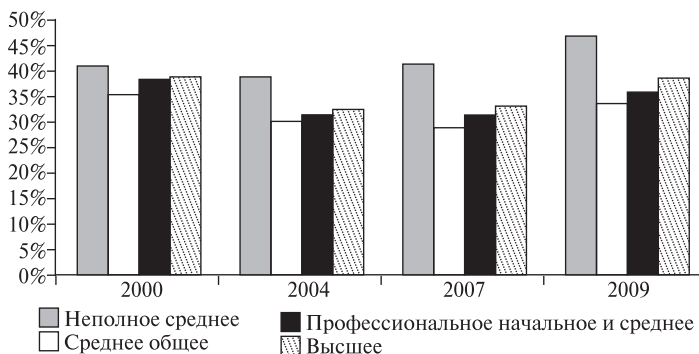
*Источник:* World Health Statistics 2011. WHO.



**Рис. 8.** Общий коэффициент смертности на 1000 человек населения, 2009 г.

*Источник:* WHO/Europe, European HFA Database, 2011.

обращаемости населения за амбулаторной помощью по различным образовательным группам сохраняется единообразной. При этом обращаемость среди представителей различных групп по уровню образования имеет разнонаправленные тенденции. В группе населения с самым низким уровнем образования (неполное среднее) обращаемость растет (в 2000 г. — 41,2% в 2000 г., а в 2009 г. — уже 46,8%). В группе населения с высшим образованием уровень обращаемости остается на одном и том же уровне (38,9% и 38,7% соответственно). По остальным группам обращаемость имеет тенденцию к сокращению. По группе населения с начальным и средним профессиональным образованием обращаемость упала на 2,5 процентных пункта, среди респондентов, имеющих среднее общее образование — на 2,1 процентного пункта.



**Рис. 9.** Доля обратившихся к медработникам (среди имевших проблемы со здоровьем) в группах населения с различным уровнем образования

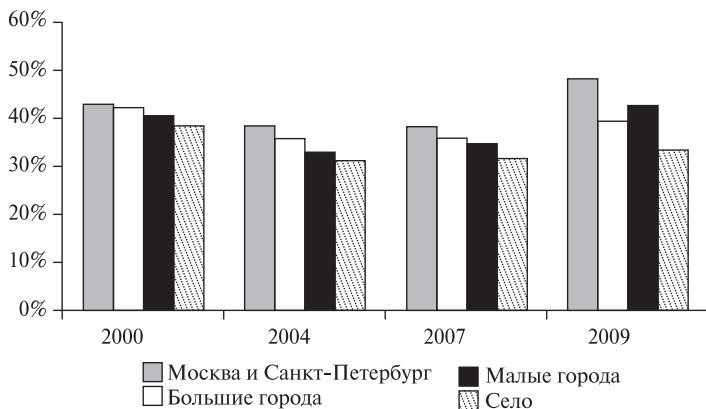
*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

### 2.3. Различия в обращаемости за медицинской помощью для жителей населенных пунктов разных типов

В период 2000–2007 гг. прослеживалась закономерность в различиях доступности амбулаторной помощи в зависимости от типа расселения — чем меньше населенный пункт, тем реже обращаемость за медицинской помощью (рис. 10). Соответствующие показатели в 2000 г. составляли 42,9% в мегаполисах, 42,2% в больших городах,

40,7% в малых городах и 38,2% на селе. В течение этого времени отмечалась положительная тенденция сокращения этих различий: в 2007 г. уровень обращаемости населения за амбулаторной помощью составил соответственно 38,0% в мегаполисах, 35,7% в больших городах, 34,6% в малых городах и 31,7% в сельских поселениях.

В 2009 г. эта тенденция была прервана. Обращаемость за амбулаторной помощью возросла во всех типах населенных пунктов. При этом темпы роста обращаемости значительно различались по размерам поселений. Больше всего обращаемость за амбулаторной помощью выросла в мегаполисах и малых городах, а в больших городах и сельских поселениях рост был намного меньше. В 2009 г. прослеживавшаяся ранее закономерность снижения уровня обращаемости по мере снижения размеров населенного пункта перестала быть столь четкой. Уровень обращаемости составил соответственно 48,2% в мегаполисах, 39,3% в больших городах, 42,4% в малых городах, и 33,2% в сельских поселениях.

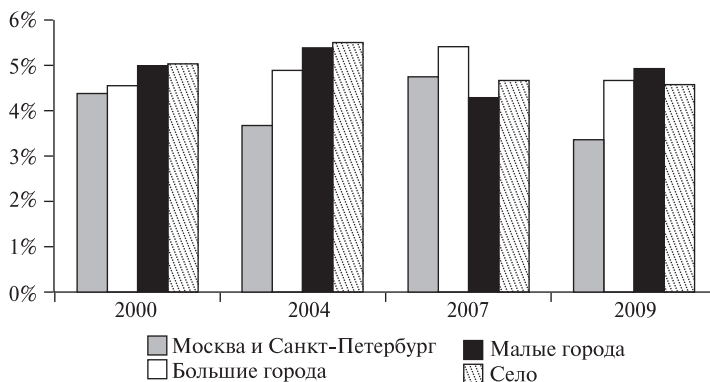


**Рис. 10.** Доля обратившихся к медработникам в течение 30 дней до момента опроса (среди имевших проблемы со здоровьем) в населенных пунктах различного типа

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

За рассматриваемый период произошли структурные сдвиги в потреблении стационарной помощи в зависимости от типа поселения (рис. 11). Если в начале периода прослеживалась четкая закономер-

ность возрастания уровня использования стационарной помощи по мере снижения размера населенного пункта, то начиная с 2007 г. эта закономерность уже не наблюдалась. В 2007 г. больше всего людей, получивших стационарную помощь, отмечалось в больших городах и мегаполисах, меньше всего — в малых городах. В 2009 г. самый высокий уровень использования стационарной помощи наблюдался в малых городах (4,9% респондентов), а самый низкий — в мегаполисах (3,3% респондентов).

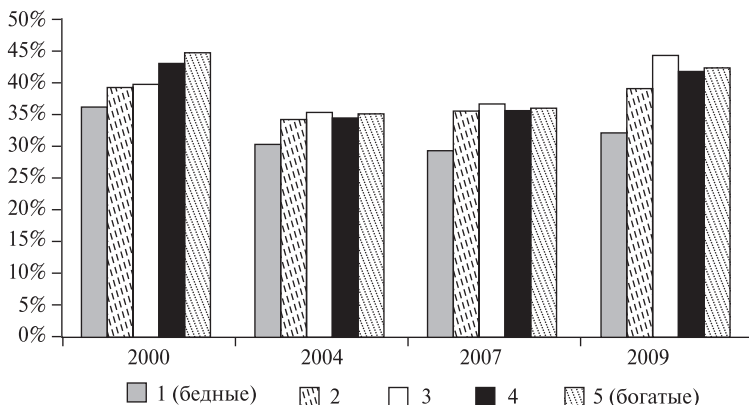


**Рис. 11.** Доля прошедших лечение в стационаре в течение 3 месяцев до момента опроса (в общем количестве опрошенных) в населенных пунктах различного типа

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

#### **2.4. Различия в обращаемости за медицинской помощью для групп населения с разными доходами**

Представители более состоятельных групп населения при наличии каких-либо проблем со здоровьем обращались и обращаются к врачу чаще, чем представители групп населения с низкими уровнями дохода (рис. 12). Такие тренды сохранялись на протяжении всего периода 2000–2009 г. Если в 2000 г. при наличии проблем со здоровьем 36,3% представителей группы населения с наименьшими доходами и 44,7% представителей группы с наибольшими доходами обращались за амбулаторной помощью, то в 2009 г. эти показатели составили 32,1% и 42,3% соответственно.



**Рис. 12.** Доля обращающихся к медработникам в течение 30 дней до момента опроса (среди имевших проблемы со здоровьем) в группах населения с разными доходами

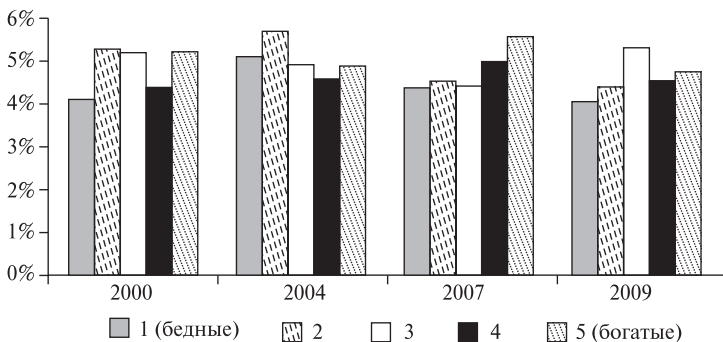
*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

За последнее десятилетие происходит сокращение обращаемости как в низкодоходных группах, так и в высокодоходных группах. Этот показатель возрастает лишь в группе со средним уровнем дохода.

Несмотря на эти тенденции, как в начале, так и в конце десятилетия бедные реже обращаются за амбулаторной помощью, чем более состоятельные граждане.

Если за период 2000–2007 гг. наблюдалась некоторая тенденция сглаживания различий в уровне обращаемости за амбулаторной помощью среди населения с разными уровнями дохода, то в 2009 г. возросло неравенство по этому показателю.

В прошедшем десятилетии уровень госпитализации, измеряемый долей респондентов, прошедших курс стационарного лечения, сократился как среди бедных, так и богатых слоев населения. Среди среднедоходных групп населения уровень госпитализации несколько возрос (рис. 13). На протяжении всего периода реже всего стационарную помощь получали беднейшие слои населения. В первой доходной группе уровень госпитализации составлял соответственно 4,1% и 4,0% случаев.



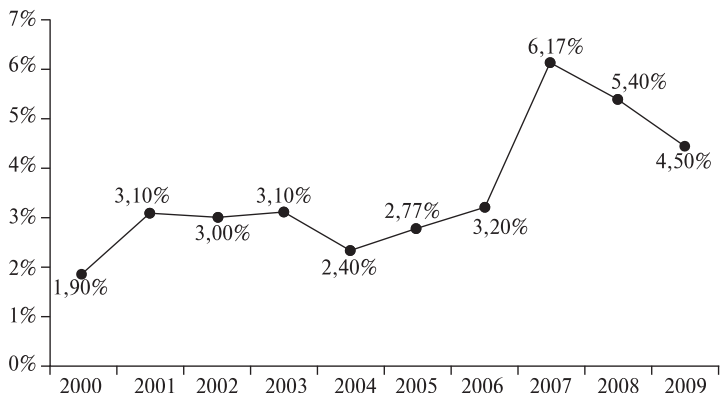
**Рис. 13.** Доля прошедших лечение в стационаре в течение 3 месяцев до момента опроса (в общем количестве опрошенных) в группах населения с разными доходами

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

### 3. Участие населения в оплате медицинской помощи

#### 3.1. Участие населения в добровольном медицинском страховании

За период с 2000 по 2007 г. охват населения добровольным медицинским страхованием вырос с 1,9% до 6,17% (рис. 14). В 2008–2009 гг. этот показатель стал снижаться. В 2009 г. только 4,5% респондентов отметили наличие у них полиса ДМС. Такое сокращение масштабов ДМС, очевидно, было обусловлено разразившимся кризисом и снижением возможностей работодателей направлять дополнительные средства на оплату медицинской помощи своих сотрудников. В целом, согласно данным РМЭЗ, этот вид участия населения в оплате медицинской помощи является пока еще маргинальным: лишь 14% владельцев полисов ДМС, или 0,6% населения, полностью или частично оплачивали его из своих собственных средств, остальные 3,9% пользовались ДМС за счет работодателей и иных организаций. Наши граждане предпочитают тратить средства не на страхование, а прямо оплачивать необходимую медицинскую помощь при заболеваниях.

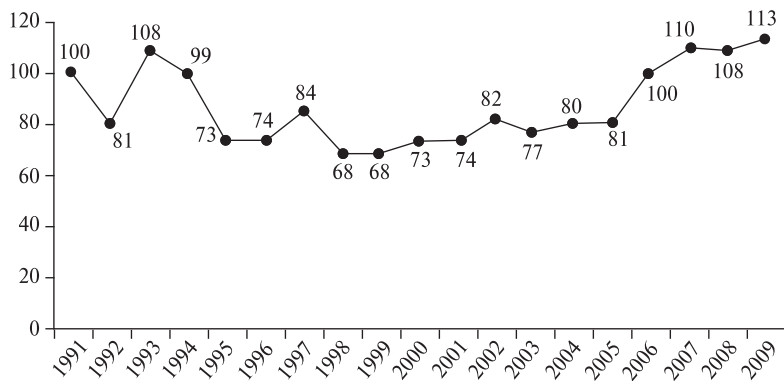


**Рис. 14.** Доля застрахованных по добровольному медицинскому страхованию (среди населения в возрасте 14 лет и старше)

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

### 3.2. Прямая оплата населением медицинской помощи

Несмотря на значительный рост государственных расходов на здравоохранение в прошедшее десятилетие (рис. 15), неуклонно росли расходы населения на приобретение медикаментов и оплату медицинских услуг (рис. 16).



**Рис. 15.** Динамика расходов государства на здравоохранение в реальном выражении (1991 г. = 100%)

*Источник:* расчет по данным Росстата с использованием индекса-дефлятора ВВП.



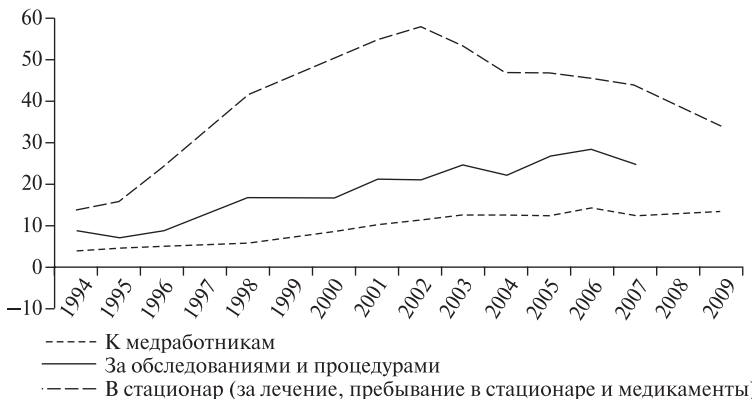


**Рис. 16.** Динамика расходов населения на лекарства и медицинские услуги (млрд руб., в ценах 1994 г.)

*Источник:* расчеты НИУ ВШЭ по данным Росстата.

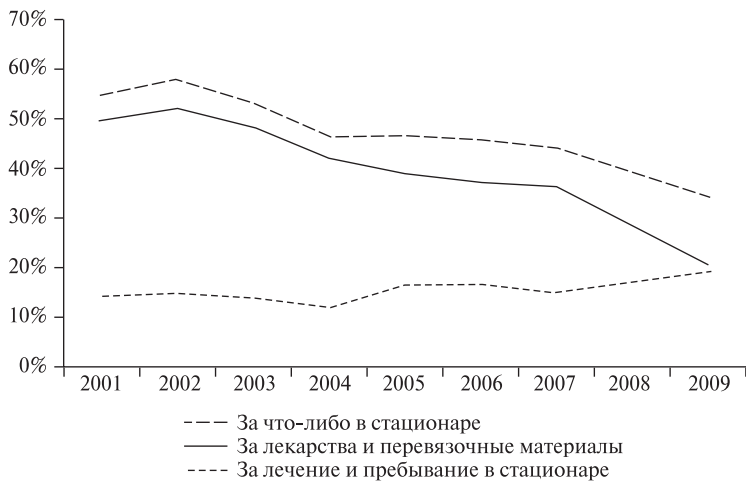
Среди различных видов медицинской помощи пациенты чаще всего оплачивают за собственный счет стационарную помощь (рис. 17). Темпы нарастания платности в этом секторе здравоохранения были самыми высокими. Если в 1994 г. только 13,9% пациентов в стационаре оплачивали полученную помощь, то в 2002 г. — их доля возросла до 58,0%, но затем начала снижаться и достигла 34,2% в 2009 г.

При получении стационарной помощи пациенты чаще вынуждены оплачивать необходимые медикаменты (рис. 18). В 2009 г. среди всех респондентов, прошедших курс стационарного лечения, 21,3% ответили, что приобретали необходимые медикаменты за свой счет и 19,5% — что оплачивали услуги медицинского персонала. В последние годы наблюдалась положительная тенденция снижения доли пациентов, оплачивающих необходимые при стационарном лечении медикаменты. Если в начале 2000-х годов почти половина пациентов была вынуждена платить за медикаменты (в то время как бесплатное лекарственное обеспечение при стационарном лечении входит в государственные гарантии), то к концу десятилетия эта доля уменьшилась в два с лишним раза — до 21,3%. На общем фоне снижения распространенности платности при стационарном лечении в целом, наблюдалась тенденция роста платности за само лечение и пребыва-



**Рис. 17.** Доля пациентов, плативших за оказание медицинской помощи (деньгами или подарками), среди обратившихся за разными видами помощи

Источник: данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).



**Рис. 18.** Доля пациентов, плативших деньгами или подарками за лечение в стационаре (среди проходивших лечение в течение 3 месяцев до момента опроса)

Источник: данные РМЭЗ (2001–2009 гг.).

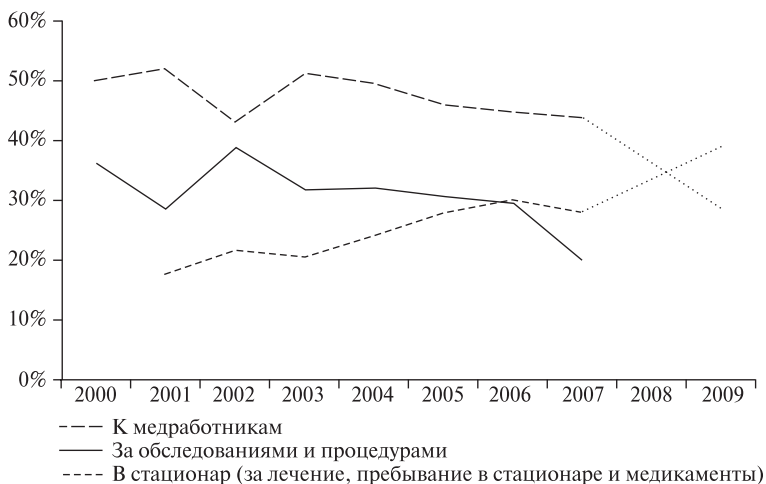
ние в стационаре. Если в 2001 г. 14,2% респондентов заявили о том, что они оплачивали лечение и пребывание в стационаре, то в 2009 г. этот показатель уже составил 19,5%.

Платность при обращении к медицинским работникам и при получении диагностических услуг нарастала в меньшей степени (рис. 17). Так, если в начале рассматриваемого периода удельный вес плативших в общем числе обратившихся за этими видами помощи составлял соответственно 4,0% и 8,8%, то к концу 2000-х годов эти показатели составили 13,6% и 25,0% соответственно. При этом в отличие от стационарной помощи платность обоих видов амбулаторной помощи имела однозначную тенденцию к росту на протяжении всего рассматриваемого периода.

### **3.3. Распространенность практик неформальной оплаты медицинской помощи**

За период 2001–2009 гг. оплата стационарной помощи все в большей степени смещалась в теневой сектор. На фоне снижения удельного веса плативших за получение стационарной помощи в общем числе обратившихся за ней (с 55% до 34,2%), наблюдалась тенденция увеличения среди плативших доли тех, кто делал это неформально (рис. 19). Если в начале 2000-х годов доля стационарных больных, оплачивающих получаемую помощь неофициально, в общей численности плативших за стационарное лечение составляла 18,0%, в 2009 г. этот показатель вырос до уровня 39,2%.

В противоположность этому, в секторах амбулаторной и диагностической помощи оплата все в большей степени начинает переходить в сферу официальных платных услуг. За 2001–2009 гг. удельный вес респондентов, ответивших, что они оплачивали как формально, так и неформально амбулаторную и диагностическую помощь соответственно возрос на 3,2 и 3,6 процентного пункта, при этом удельный вес пациентов, оплативших эти виды помощи неформально, сократился соответственно на 23,2 и 8,0 процентных пунктов.



**Рис. 19.** Динамика распространенности неформальных платежей за различные виды медицинской помощи (доля плативших неформально среди плативших при обращении за разными видами помощи)

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

### 3.4. Распространенность различных моделей неформальной оплаты медицинской помощи

В качестве моделей неформальной оплаты в данном исследовании рассматривались четыре типа правил такой оплаты<sup>1</sup>:

- оплата по тарифу;
- оплата по договоренности;
- оплата по просьбе;
- оплата-благодарность.

В качестве типологических признаков для выделения этих моделей использовались два критерия: 1) кто определяет размер оплаты, и 2) когда определяется размер оплаты.

<sup>1</sup> Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / С.В. Шишкин (рук. колл.), Г.Е. Бесстремьянная, М.Д. Красильникова и др. М.: Независимый институт социальной политики, 2004. С. 142–146.

При модели оплаты по тарифу размеры неформальной оплаты определяются без участия пациента до оказания ему услуг. Другими словами, в этом случае медицинский персонал или другие пациенты сообщают пациенту до начала оказания помощи цену услуги, и пациент принимает решение о согласии или несогласии получения необходимой помощи на предложенных ему условиях.

Модель оплаты по договоренности предусматривает установление размера неформальной оплаты в результате предварительных (до оказания услуг) переговоров между медицинским работником и пациентом. В данном случае цена может дифференцироваться за одни и те же услуги в зависимости от социального, статуса пациента, уровня его доходов, места его проживания (например, вне зоны обслуживания медицинского учреждения) и т.п.

При модели оплаты по просьбе размеры неформальной оплаты определяются путем переговоров медицинского работника и пациента уже в процессе или после оказания услуг. Отличительной особенностью этой модели является возможность пациента уклониться от предложения оплатить.

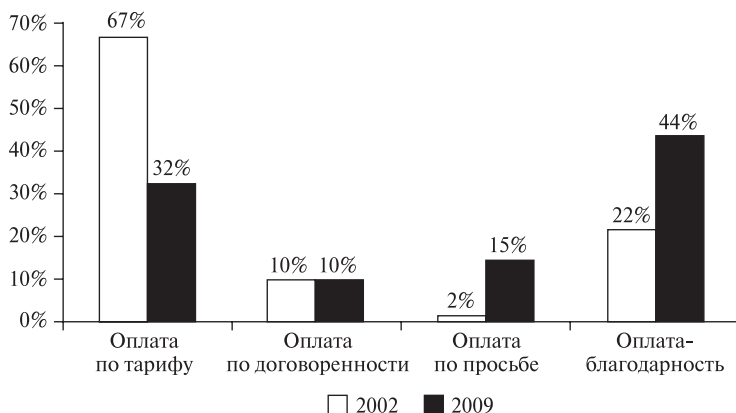
Модель оплата-благодарность подразумевает, что пациента никто не просит об оплате и не называет размера оплаты, пациент самостоятельно принимает решение о необходимости платить и сам определяет размер оплаты.

Отправной точкой для определения тенденций происшедших в течение последних лет изменений в распространенности правил неформальной оплаты являются данные, полученные в результате опроса домохозяйств в двух субъектах РФ, проведенного НИСП в 2002 г.

Как показывают данные сопоставительного анализа, в 2009 г. по сравнению с базовым годом (2002 г.) частота использования разных моделей неформальной оплаты при получении как амбулаторной, так и стационарной помощи претерпела значительные изменения.

Если семь лет назад самой распространенной формой неформальной оплаты при получении амбулаторной помощи была так называемая модель оплаты по тарифу (67% респондентов указывали на применение в отношении них этой формы), то в 2009 г. частота ее применения сократилась почти в 2 раза и составила 32% (рис. 20). К концу десятилетия на первое место по распространенности применения вышла такая модель оплаты, как оплата в форме благодарности (соответственно частота применения этой модели возросла с

22% до 44%). В последнее время значительно чаще стала применяться модель оплаты по просьбе. Если в 2002 г. эта форма неформальной оплаты была наименее распространенной (применялась в 2% случаев), то в 2009 г. эта форма стала опережать по частоте ее применимости (в 15% случаев) такую форму, как оплата по договоренности (в 10% случаев).



**Рис. 20.** Распространенность моделей неформальной оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (%)

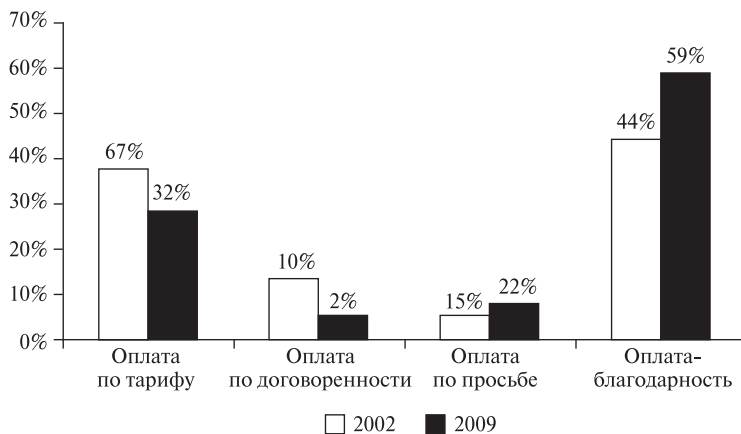
*Источник:* данные опроса домохозяйств о неформальных платежах (2002, НИСП) и 18-го раунда РМЭЗ (2009 г.).

При получении стационарной помощи как в начале рассматриваемого периода, так и в его конце преобладала оплата в виде благодарности (рис. 21). Однако в 2009 г. уровень распространенности ее применения значительно вырос. Если в 2002 г. 44% респондентов отметили, что оплачивали полученную в стационаре помощь, применяя эту модель, то в 2009 г. уже 59% респондентов указали на это.

Значительно сократилось применение такой формы неформальной оплаты, как оплата по тарифу. Если в начале 2000-х годов эта модель применялась в 38% случаев, то к концу десятилетия уровень ее распространенности сократился до 28%.

При получении стационарной помощи из рассматриваемых моделей неформальной оплаты оставшиеся две модели (оплата по до-

говоренности и оплата по просьбе) не получили широкого распространения. В 2002 г. оплата по договоренности применялась в 13% случаев, к 2009 г. она стала применяться еще реже (5% случаев). В противоположность этому, оплата по просьбе в конце десятилетия стала применяться чуть чаще, однако уровень распространенности был и остается достаточно низким (5% и 8% соответственно).



**Рис. 21.** Распространенность моделей неформальной оплаты стационарной помощи, %

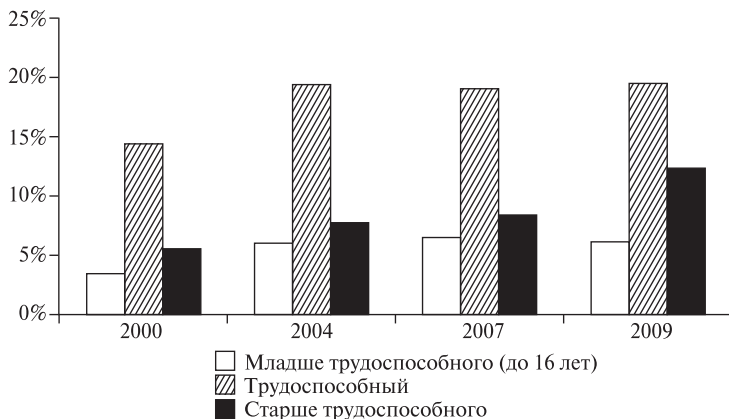
*Источник:* данные опроса домохозяйств о неформальных платежах (2002, НИСП) и 18 раунда РМЭЗ (2009 г.).

Как показывает сравнительный анализ данных двух опросов, за последние годы неформальная оплата стала смещаться от форм нажима на пациентов и жесткого принуждения их к оплате необходимых услуг к более мягким практикам — в виде просьбы о финансовом участии и добровольного вознаграждения врачей по инициативе пациентов. При этом такая тенденция наблюдалась в обоих секторах предоставления медицинской помощи: стационарном и амбулаторном. Эта тенденция проявилась сильнее в амбулаторном секторе, где оплата по тарифу была распространена больше, чем в стационарном секторе.

## 4. Распространенность практик оплаты медицинской помощи среди разных групп населения

### 4.1. Различия в оплате медицинской помощи для разных социально-демографических групп населения

На протяжении всего рассматриваемого периода оплата амбулаторной помощи чаще всего происходила при оказании ее людям в трудоспособном возрасте, а реже всего — при оказании помощи детям (рис. 22). Но при этом за рассматриваемый период доля платящих увеличилась во всех возрастных группах. В 2009 г. произошел существенный рост числа платящих среди респондентов пенсионного возраста при незначительном сокращении доли случаев оплаты при лечении детей.



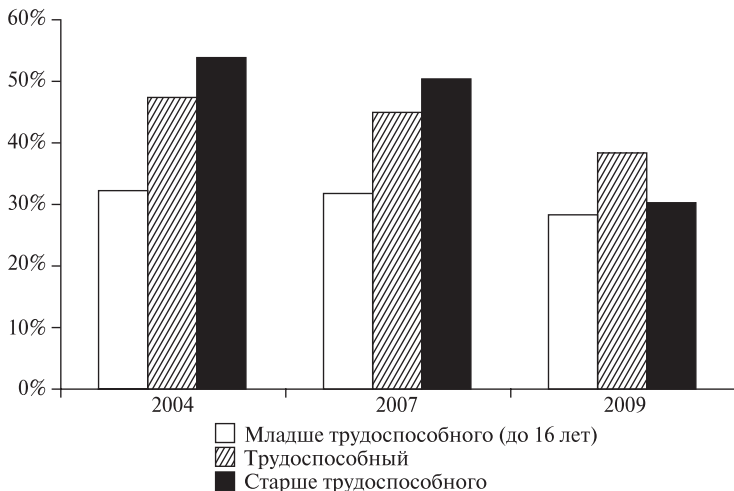
**Рис. 22.** Доля плативших за визит к медработникам (в обратившихся) в различных возрастных группах

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

В период 2004–2009 гг. структура платности при стационарном лечении в разрезе возрастных групп претерпела определенные изменения (рис. 23). Если в начале периода наблюдалась четкая зависимость: рост числа плативших при увеличении возраста пациентов, то в 2009 г. чаще всего платили пациенты трудоспособного возраста и реже стали платить при оказании медицинской помощи детям и лицам в пенсионном возрасте. Уровень распространенности практик

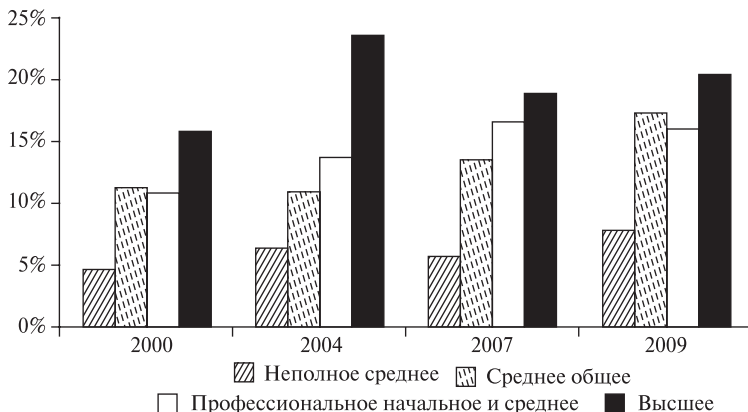


оплаты медицинской помощи составил в 2009 г. соответственно 28,4% среди детей, 38,5% среди пациентов трудоспособного возраста и 30,3% среди пациентов пенсионного возраста.



**Рис. 23.** Доля плативших за лечение и медикаменты в стационаре (среди проходивших лечение) в различных возрастных группах

Источник: данные РМЭЗ (2004–2009 гг.).



**Рис. 24.** Доля плативших за визит к медработникам (среди обращавшихся) в группах населения с различным уровнем образования

Источник: данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

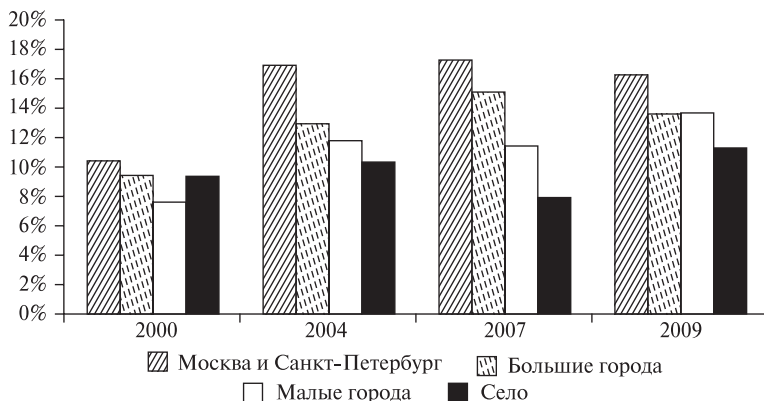
За период 2000—2009 гг. структура платности в разрезе групп по уровню образования претерпела некоторые изменения (рис. 24). В середине периода наблюдалась четкая закономерность увеличения доли плативших за получение амбулаторных услуг по мере возрастания уровня образования респондентов. При этом в начале и конце рассматриваемого периода эта закономерность имела менее отчетливый характер. В 2009 г. чаще всего платили пациенты, имеющие высшее образование (20,4% респондентов соответствующей группы). Респонденты со средним общим и начальным и средним профессиональным образованием платили соответственно в 17,4 и 16,1% случаев. Реже всего оплачивали получаемые амбулаторные услуги респонденты с неполным средним образованием (7,8% респондентов соответствующей группы).

#### **4.2. Различия в платности медицинской помощи для жителей разных типов поселений**

В середине рассматриваемого периода наблюдалась явная взаимосвязь между долей плативших за амбулаторные услуги и размером поселения — при продвижении от более крупных типов поселений к мелким снижалась и доля плативших (рис. 25). В 2007 г. доля плативших за амбулаторную помощь составляла соответственно 17,3% в мегаполисах, 15,0% в крупных городах, 11,3% в малых и 7,8% в сельских поселениях. В 2009 г. на фоне сокращения доли платящих в мегаполисах и крупных городах происходит рост платности в малых городах и сельских поселениях. Несмотря на разнонаправленность в изменении долей плативших в разных типах поселений ранее отмеченная связь между размером поселения и долей плативших все еще сохраняется, но зависимость становится менее четкой.

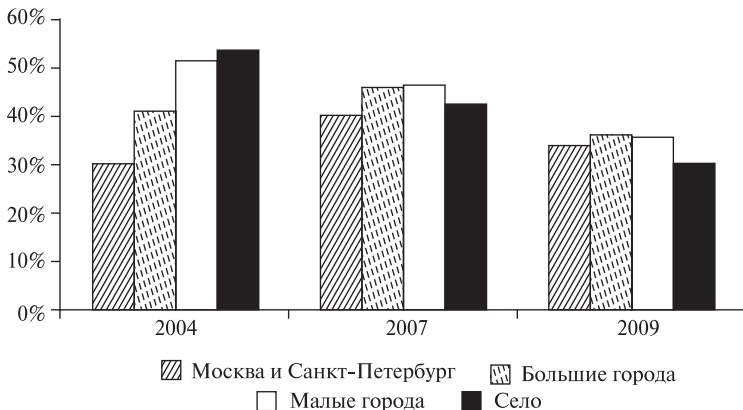
За рассматриваемый период произошло существенное изменение структуры платности в стационарном секторе в разрезе типов населенных пунктов (рис. 26). В 2004 г. наблюдалась ярко выраженная закономерность роста доли плативших по мере уменьшения размера поселения. В начале рассматриваемого периода распространенность платности при стационарном лечении в сельских поселениях была значительно выше, чем в мегаполисах. Соответствующие показатели составляли 53,6% и 30,2% опрошенных. В 2009 г. доля плативших сократилась во всех типах поселений, кроме мегаполисов, где распространенность практик оплаты несколько возросла. По всей видимости, это стало отражением экономического кризиса и сокращения платежеспособного спро-

са населения, живущего вне мегаполисов. В результате этих разнонаправленных тенденций распространенность платности при стационарном лечении стала наивысшей в больших городах (36,2%) и наименьшей — в сельских населенных пунктах (30,4%).



**Рис. 25.** Доля плативших за визит к медработникам деньгами или подарками (среди обратившихся к медработникам) в населенных пунктах различного типа

Источник: данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

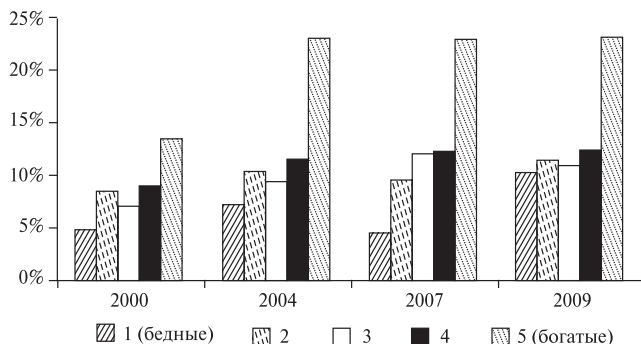


**Рис. 26.** Доля плативших за лечение и пребывание в стационаре, включая оплату лекарств и перевязочных материалов, деньгами или подарками (в общем числе обратившихся) в населенных пунктах различного типа

Источник: данные РМЭЗ (2004–2009 гг.).

### 4.3. Распространенность практик оплаты медицинской помощи среди разных групп с разным уровнем доходов

В последнее десятилетие не наблюдалось изменения структуры распространенности практик оплаты медицинской помощи среди разных доходных групп населения, сохранялась закономерность увеличения числа людей, оплачивающих амбулаторную помощь за счет личных средств, по мере возрастания доходов. Однако в конце рассматриваемого периода эта закономерность стала менее явной (рис. 27). Изменения уровня распространения платности наблюдались во всех доходных группах. Если в начале рассматриваемого периода наблюдалось увеличение разрыва между долей оплачивающих амбулаторные услуги в группах с наименьшими и наибольшими доходами за счет незначительного снижения первых и существенного роста вторых, то в 2009 кризисном году происходит резкое увеличение числа платящих среди самой бедной группы населения при сохранении числа платящих в других доходных группах.



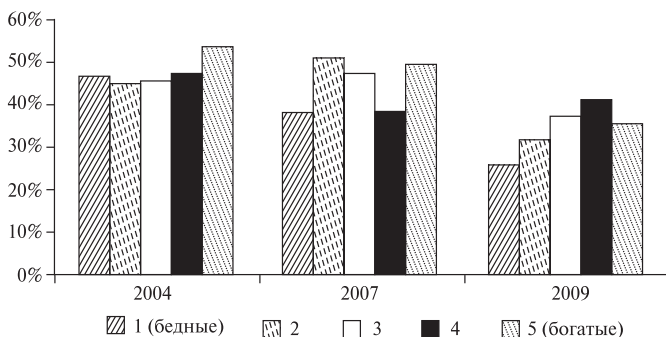
**Рис. 27.** Доля плативших за визит к медработникам деньгами или подарками (в общем числе обращающихся) в группах населения с разными доходами<sup>1</sup>

*Источник:* данные РМЭЗ (2000–2009 гг.).

<sup>1</sup> В 2000 и 2004 г. группы населения выделялись по размерам подушевых семейных расходов, рассчитанных по данным РМЭЗ в Независимом институте социальной политики (НИСП). Эти результаты были опубликованы в работе: Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Бурдяк А.Я. и др. Доступность медицинской помощи для населения России // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. С. 14–68. В 2007 и 2009 г. была применена собственная методика расчета доходов (максимума доходов и расходов). При использовании этой методики для выделения

В 2000 г. среди самых состоятельных респондентов (пятый квинтиль) 13,5% ответили, что они оплачивали получаемые ими амбулаторные услуги. Среди самых бедных респондентов (первый квинтиль) этот показатель составлял 4,9%. В 2009 г. уже 10,3% респондентов самой бедной группы оплачивали амбулаторные услуги и 23,1% — из группы самых богатых.

В 2004 г. чаще других за стационарное лечение платили респонденты, относящиеся к первому и пятому квинтилям (рис. 28). В 2009 г. практики оплаты стационарного лечения оказались более распространенными среди респондентов среднего уровня достатка (третьего и четвертого квинтилей).



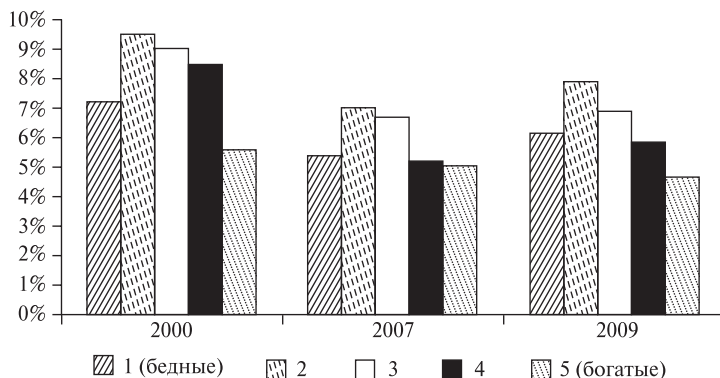
**Рис. 28.** Доля плативших за стационарное лечение, включая оплату лекарств и перевязочных материалов, деньгами или подарками (в общем числе обращающихся) в группах населения с разными доходами

*Источник:* данные РМЭЗ (2004–2009 гг.).

В течение 2000–2009 гг. доля расходов на оплату медицинской помощи и приобретение медикаментов в бюджетах домохозяйств, располагаемых для затрат на непродовольственные нужды, уменьшилась с 8,0% до 6,3%. Сокращение наблюдалось для каждой доходной группы населения, но наиболее сильно — для третьего и четвертого квинтилей. Это сокращение не было обусловлено последствиями экономического кризиса, так как уменьшение указанной доли произошло до 2008 г. (рис. 29). Поэтому выявленную тенденцию можно расценивать как еще одно свидетельство (вслед за уменьшением отказов от обращения за медицинской помощью из-за нехватки денег) по-

доходных групп по данным 2004 г. совпадение квинтильных групп с группами, выделенными по методике НИСП, наблюдается для 75% домохозяйств.

вышения экономической доступности медицинской и медикаментозной помощи для населения.



**Рис. 29.** Доля расходов домохозяйств на лечение (включая оплату медицинской помощи и медикаментов) в доходах за вычетом расходов на питание для групп с разными доходами

*Источник:* данные РМЭЗ (2004–2009 гг.).

Дифференциация в распределении бремени расходов на лечение по группам с разным уровнем доходов уменьшилась, но ее характер почти не изменился. Самые бедные тратили в 2000 г. на лечение меньшую долю своих доходов за вычетом расходов на питание, чем три последующие доходные группы, и лишь самая обеспеченная группа расходовала меньшую долю своих средств на эти цели. В 2009 г. еще и четвертая доходная группа стала тратить в относительном выражении меньше, чем самые бедные. Более выраженными стали различия в этом отношении между средними доходными группами — второй, третьей и четвертой.

## 5. Заключение

В период экономического роста доступность медицинской помощи для населения выросла. Об этом свидетельствует снижение доли пациентов, отказывающихся от получения необходимой медицинской и медикаментозной помощи в силу отсутствия денег, необходимых для оплаты нужного лечения. В кризисный 2008 г. доля таких

отказов увеличилась, но незначительно, за исключением случаев, связанных со стоматологической помощью.

Еще одним свидетельством повышения экономической доступности медицинской и медикаментозной помощи для населения является сокращение доли расходов на оплату медицинской помощи и приобретение медикаментов в бюджетах домохозяйств, за вычетом затрат на продовольственные нужды, которое произошло в период экономического роста (2000 г. — 8,0%; 2007 г. — 5,8%; 2009 г. — 6,3%).

В последнее десятилетие мало изменились различия в обращаемости за медицинской помощью для групп населения, различающихся по социально-демографическим характеристикам, месту жительства, уровню доходов:

- дети и лица старшего трудоспособного возраста чаще обращаются за медицинской помощью, чем трудоспособное население;
- чаще всего в случае необходимости обращаются к врачу люди с наиболее низким уровнем образования, реже всего — люди со средним образованием;
- чем меньше населенный пункт, тем ниже уровень обращаемости за амбулаторной помощью и выше — за стационарной;
- представители более состоятельных групп населения при наличии каких-либо проблем со здоровьем обращаются к врачу чаще, чем представители групп населения с низкими уровнями дохода; в стационарном секторе, как и в амбулаторном, реже всего помощь получают беднейшие слои населения.

Наиболее тревожна ситуация с доступностью и результативностью медицинской помощи для трудоспособного населения. Эти люди реже обращаются за медицинскими услугами, чаще получают их на условиях полной или частичной оплаты. При этом разрыв между нашей страной и странами Запада особенно велик именно по показателям смертности трудоспособного населения.

Добровольное медицинское страхование, судя по данным РМЭЗ, пока еще достаточно редкая форма финансирования здравоохранения: в 2009 г. только 4,5% населения имели полисы ДМС. Население предпочитает прямо оплачивать необходимую медицинскую помощь при заболеваниях.

Растет распространенность практик оплаты амбулаторной медицинской помощи, причем эти практики все больше легализуются: оплата все чаще производится в кассу медицинских учреждений.

Распространенность практик оплаты стационарной медицинской помощи, наоборот, уменьшилась в последние годы, но исключительно за счет сокращения расходов на лекарства для стационарного лечения. Это очевидный позитивный результат роста государственного финансирования здравоохранения.

Вместе с тем платность собственно услуг по лечению в стационарах растет и все более явственно перемещается в теневой сектор.

Правила неформальной оплаты медицинской помощи заметно меняются. Распространенность практик оплаты амбулаторного лечения «по теневым тарифам» значительно уменьшилась. Это, очевидно, коррелирует с увеличением доли легальной оплаты амбулаторного лечения. В случаях оплаты стационарного лечения частота применения «теневых тарифов» также уменьшилась, но не столь сильно, как в случаях оплаты амбулаторной помощи.

Растет частота неформальной оплаты медицинской помощи как оплаты-благодарности — по инициативе пациента в определяемых им самим размерах. Эти изменения могут быть отражением двух процессов.

Во-первых, развития практик неформальной оплаты по «конспируемому тарифу», когда цена услуг врачом заранее не объявляется, но достигается договоренность, что доктора отблагодарят; при этом пациент узнает о размере необходимой благодарности от других пациентов или медработников<sup>1</sup>. Такая форма оплаты, по всей видимости, идентифицируется в восприятии респондентов с платой — благодарностью.

Во-вторых, увеличение доли оплаты в форме «благодарности» может свидетельствовать об индивидуализации оценки оказываемых услуг и соответственно размера вознаграждения врачу. Инициатива в оплате переходит к пациенту.

Проверка этих гипотез потребует проведения дополнительных исследований.

В последнее десятилетие не наблюдалось изменений в сравнительной частоте оплаты медицинской помощи группами населения с разным уровнем доходов. Сохраняется закономерность увеличения

---

<sup>1</sup> Появление такой формы оплаты было отмечено в работе: Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинских услуг: тенденции институциональных изменений // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008. С. 229–283.



числа людей, оплачивающих амбулаторную помощь за счет личных средств, по мере возрастания доходов. При этом в 2009 г. наблюдался значительный рост показателя доли плативших за амбулаторное лечение среди населения с наименьшими доходами. Это свидетельствует о значительном ухудшении экономической доступности медицинской помощи для бедных граждан.

Практики оплаты стационарного лечения в 2009 г. наиболее сильно сократились среди самых бедных слоев населения. А наиболее распространенными они оказались уже не среди самых богатых, а среди групп среднего уровня достатка (четвертый и третий квинтили).

В период экономического роста наблюдалась явная взаимосвязь между долей пациентов, плативших за амбулаторную медицинскую помощь, и размером поселения: при продвижении от более крупных типов поселений к мелким снижалась и доля плативших. В случае стационарной помощи тенденция была противоположной: распространенность платности при стационарном лечении в сельских поселениях была значительно выше, чем в мегаполисах. Разнонаправленность этих тенденций, очевидно, корреспондирует с отмеченными выше различиями в обращаемости за этими видами помощи, за которыми скрываются различия в их доступности. Жители малых городов и сельской местности реже обращаются за менее доступными для них амбулаторными услугами (консультациями специалистов, диагностическими исследованиями) и реже платят за них. Но при возникновении серьезных заболеваний они вынуждены чаще прибегать к стационарному лечению и чаще платить за него, поскольку на пути к госпитализации в медицинские учреждения, расположенные вне их места жительства, у них больше барьеров, чем у жителей больших городов и мегаполисов.

В 2009 г. на фоне сокращения доли платящих за амбулаторную помощь в мегаполисах и крупных городах происходит рост платности в малых городах и сельских поселениях. Несмотря на разнонаправленность в изменении долей платящих в разных типах поселений, ранее отмеченная связь между размером поселения и долей платящих все еще сохраняется, но зависимость стала менее четкой.

Выявленные характеристики доступности медицинской помощи для населения свидетельствуют о нарастании необходимости реформирования государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и повышения результативности политики обеспечения таких гарантий.

**Potapchik, E. G.** Accessibility of medical care for the population (based on monitoring of economic developments in health system) : Working paper WP8/2011/11 [Text] / E. G. Potapchik, E. V. Selezneva, S. V. Shishkin ; National Research University “Higher School of Economics”. — Moscow : Publishing House of the Higher School of Economics, 2011. — 36 p. — 150 copies (in Russian).

This paper presents an analysis of the changes in access to health care, carried out according to the Russian Longitudinal Monitoring Survey data for 2000–2009. The analysis covers such aspects of accessibility, as health-care seeking among different groups, the incidence of payment for medical services and medicines, and their forms, the prevalence of informal payments and frequency of use of different models of such payment, and voluntary health insurance coverage.

*Препринт WP8/2011/11*

*Серия WP8*

Государственное и муниципальное управление

Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, С.В. Шишкин

**Доступность медицинской помощи для населения  
(по материалам мониторинга экономических процессов  
в здравоохранении)**

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*  
Технический редактор *Н.Е. Пузанова*

Отпечатано в типографии Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики» с представленного оригинал-макета.  
Формат 60×84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная. Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 2,1.  
Усл. печ. 2,1. Заказ № . Изд. № 1381.

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»  
125319, Москва, Кочновский проезд, 3

Типография Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики»  
Тел.: (499) 611-24-15