

**ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ  
В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:  
ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ  
И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ**

**Т.Ю. Черкашина**

*ИЭОПП СО РАН,*

*Новосибирский национальный исследовательский  
государственный университет*

*Статья подготовлена по плану НИР ИЭОПП СО РАН в рамках  
приоритетного направления IX.93.1.3. (проект 01201352334)*

**Аннотация**

Расширенная трактовка понятия благосостояния населения подразумевает сравнение доступа к социальным услугам различных социальных групп. На материалах Комплексного наблюдения условий жизни населения России даны оценки доступности медицинских услуг. В качестве наиболее значимого фактора обращения в медицинские учреждения выступает потребность в получении медицинской услуги, а уже затем – другие характеристики индивидуального статуса. При этом территориальные различия в обращаемости за медицинской помощью обусловлены не столько дифференциацией регионов, сколько статусом населенного пункта. В статье показана дифференциация причин отказа от медицинской помощи у разных территориальных групп и категорий пациентов; основные причины связаны с функционированием системы здравоохранения. В расчетах использованы также данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ: выявлены динамика обращений

в медицинские учреждения за последнее десятилетие, изменения в составе пациентов разных сегментов здравоохранения.

**Ключевые слова:** благосостояние населения, социальное неравенство, неравенство в получении социальных услуг, медицинские услуги, доступность социальных услуг, оценка последствий институциональных преобразований

### **Abstract**

An extended definition of the term «national well-being» suggests comparing extents to which various social groups have access to social services. Basing on the Complex study on living conditions of the Russian population, this paper gives assessment on healthcare service accessibility. The need to obtain the service is the most important factor for addressing to a medical institution; other characteristics of an individual status are secondary ones. At the same time, territorial differences in the way people request medical assistance are defined rather by the status of a settlement than by regional differentiation. We show how reasons to reject healthcare vary for territorial groups and categories of patients, where the main ones are due to the way the health system functions. In our calculations we use data of Russian Longitudinal Monitoring Survey – HSE: it has identified the dynamics of addressing to medical institutions for the latest decade and changes in population of patients for various segments of the health system.

**Keywords:** national well-being, social inequality, inequality in social service access, healthcare service, social service accessibility, assessment of institutional reformation consequences

Одной из тенденций современных исследований социально-экономического неравенства является расширенная трактовка понятия благосостояния населения. Данное понятие, а также близкие к нему понятия качества жизни, уровня жизни, жизненного стандарта не имеют однозначных определений. Можно говорить лишь о концептуальной «конвенции» в их использовании. Все они в разной мере на основе статистических показателей и/или субъективного восприятия отражают степень и способы удовлетворения потребностей индивидов.

Комиссия по оценке экономической деятельности и социального прогресса<sup>1</sup> предлагает использовать многомерное определение благосостояния. Одновременно должны рассматриваться материальный стандарт жизни (доход, потребление и богатство), здравоохранение, образование, персональная активность, включая работу; политическое голосование и управление; общественные связи и отношения; окружающая среда (настоящие и будущие условия); безопасность как экономической, так и физической среды [1]. В принципе, социальные услуги (здравоохранение, образование) входят в число факторов, формирующих благосостояние людей, и есть несколько аргументов в пользу исследовательского фокуса на них. Во-первых, **потребление** данных услуг характеризует удовлетворение потребностей индивидов и домохозяйств адекватнее, чем ресурсная обеспеченность (оборудованием и кадрами) данных сфер. Во-вторых, только зная о реальных различиях в потреблении этих услуг социальными группами можно оценить, в какой мере институциональные условия компенсируют или усиливают ресурсную дифференциацию индивидов и домохозяйств, обуславливающую доступ к услугам. В-третьих, это усиливает социальный контекст формирования индивидуального благосостояния, подразумевающий условия не только для получения доходов, но и для их конвертации в конечную полезность.

## ОЦЕНКА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Получение медицинских услуг дифференцировано в первую очередь потребностью в них. Ситуация, когда люди с различными уровнями потребностей потребляют различное количество услуг здравоохранения, определяется как «вертикальная справедливость». «Гори-

---

<sup>1</sup> Комиссия создана в начале 2008 г. по инициативе президента Франции. Ее цель – определить степень ограниченности ВВП как показателя экономической активности и социального прогресса, в том числе выявить проблемы, связанные с его измерением, а также определить, какая дополнительная информация может потребоваться для разработки более релевантных показателей социального прогресса, оценить возможности альтернативных инструментов измерения.

горизонтальная несправедливость» наблюдается, когда использование медицинских услуг определяется переменными, не зависящими от потребностей, так что индивиды с одинаковыми потребностями потребляют различное количество услуг [2]. То есть с точки зрения социальной политики важно не столько устранить неравенство в получении услуг здравоохранения, сколько не допустить горизонтальной несправедливости.

Один из вариантов оценки неравенства в получении услуг здравоохранения – использование индексов концентрации, фиксирующих распределение переменной здравоохранения, характеризующей процессы и явления, связанные с медициной (к примеру, уровня смертности, дефицита рациона питания, частоты визитов к врачу, частоты госпитализаций, размера субсидий на получение медицинских услуг и др.), для групп, различающихся уровнем жизни, т.е. неравенство в получении медицинских услуг рассматривается как проявление социально-экономического неравенства [3–6]. Далее оценивается вклад различных факторов в связанное с уровнем жизни неравенство в получении медицинских услуг. Общее социально-экономическое неравенство в получении медицинской помощи разлагается на неравенство, обусловленное детерминантами, связанными с потребностями в медицинских услугах, и неравенство, обусловленное другими факторами, которые не связаны с такой потребностью. После того как вычислен вклад всех этих факторов, горизонтальная несправедливость оценивается как разница между общим социально-экономическим неравенством в доступе к медицинской помощи и вкладом в это общее неравенство дифференциации в потребности в медицинских услугах. В такой логике горизонтальная несправедливость в доступе к медицинской помощи – это часть общего социально-экономического неравенства, которое не оправдано социально-экономическим неравенством потребностей в услугах здравоохранения.

Наиболее используемый индикатор получения медицинских услуг – *обращаемость* к врачам, медицинским специалистам и в стационарные медицинские учреждения (госпитализация) за определенный период перед опросом [1, 7, 8]. Возможно дополнение индикаторов обращения индикаторами *качества* медицинского обслуживания (на-

пример, в сравнительном исследовании, проведенном в южно-американских городах, качество последнего визита к врачу фиксировалось через время ожидания между записью и посещением, через затраты времени на дорогу, время ожидания в офисе врача, а также через то, потребовалось ли дополнительное обследование и было ли назначено лечение) [3]. Как индикатором *потребности* в медицинской помощи стандартно оперируют самооценкой состояния здоровья и наличием заболеваний. «Переменные непотребностей» отражают, как правило, ресурсы, которыми располагает индивид, и включают данные о доходах, образовании индивида, его трудовом статусе (занятости), а в некоторых исследованиях – о национальности, миграционном статусе или гражданстве, что становится особо актуальным в условиях увеличения глобализационных людских потоков. Информация об институциональных и инфраструктурных условиях вводится в анализ через переменные, отражающие дифференциацию административных территорий по доступности медицинской помощи и ее предложению.

Примерно в половине стран – членов ОЭСР фиксируется горизонтальная несправедливость при измерении как вообще вероятности посещения врача, так и количества посещений, но степень этой несправедливости невысока. О ее статистической значимости можно говорить лишь в отношении США в первую очередь, а также Мексики, Финляндии, Португалии и Швеции. Но «разбиение» индикатора получения медицинских услуг на визит к врачу общей практики и на визит к специалисту дает более контрастную картину. В большинстве стран распределение посещений терапевта справедливо, а в Ирландии, Бельгии, Испании, Великобритании, Нидерландах, Греции и Италии оно складывается в пользу бедных. К такой ситуации приводят льготное софинансирование для бедных (как в Ирландии) или сокращенные платежи (как в Бельгии). Единственная страна с «пробогатым» распределением посещений терапевта – Финляндия, но и посещение врача в общественных поликлиниках также оказывается «пробедным». В отличие от первичной медицинской помощи в отношении визитов к медицинским специалистам во всех странах наблюдается существенная горизонтальная несправедливость. Она более сильная в странах с частным медицинским страхованием, особенно в США.

Не случайно масштабная реформа американского здравоохранения направлена не столько на повышение доступности медицинских услуг как таковых, сколько на повышение доступности медицинского страхования – основного механизма, обеспечивающего получение медицинских услуг в США [9].

Но еще раз подчеркнем, что оценка значимости различных факторов в отношении получения медицинских услуг дается в указанных выше исследованиях [1, 3, 7–9] с точки зрения того, как рассматриваемые факторы меняют вероятность получения этих услуг для экономических групп, расположенных на континууме «бедные – богатые». Расчеты индексов концентрации и оценка значимости различных факторов, выполненные на данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ, показали, что доступность медицинской помощи практически одинакова для разных доходных групп, но в отношении амбулаторно-поликлинических услуг намечается тенденция воспроизводства доходного неравенства в неравенстве доступа к услуге. Хотя в течение первого десятилетия 2000-х годов вероятность обращения за амбулаторной помощью статистически значимо связана прежде всего с потребностью в такой помощи. Анализ ситуации в динамике за последнее десятилетие показывает, что возможный риск эксклюзии связан не столько с платностью медицинских услуг, сколько с реструктуризацией сети медицинских учреждений, а фактически – с сокращением их числа в сельской местности.

## **ИНФОРМАЦИОННАЯ БАЗА ИССЛЕДОВАНИЯ**

В данной работе будут представлены результаты анализа, выполненного на материалах Комплексного наблюдения условий жизни населения (КОУЖ)<sup>2</sup> и Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ. План размещения выборочной совокупности домашних хозяйств для первой базы данных (КОУЖ) разработан с охватом всех субъектов Федерации и предпола-

---

<sup>2</sup> Всероссийский опрос членов частных домашних хозяйств в возрасте от 15 лет и старше проведен Росстатом в сентябре 2011 г. [10].

гает обеспечение представительности данных по населению страны в целом, по федеральным округам и по основным демографическим и социально-экономическим группам населения. Иными словами, обследование позволяет, в отличие от РМЭЗ, детализировать пространственно-территориальные факторы. Под территориальными факторами понимаются различия административных территорий по доступности медицинской помощи. Населенные пункты по данным о численности населения делятся на сельские и городские (малые, средние, крупные), различающиеся концентрацией мощностей медицинских учреждений. Для каждого субъекта Федерации на основе статистических данных определяется мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10 тыс. чел. (табл. 1).

Хотя обе базы данных фиксируют получение одних и тех же видов медицинских услуг, временной охват у них разный: в КОУЖ респондентов просят рассказать об обращении в медучреждения в текущем календарном году (фактически за первые восемь-девять месяцев, так как опрос проводился в сентябре), тогда как в РМЭЗ – за последние 30 дней перед опросом для амбулаторных услуг, за три месяца перед опросом для профилактических осмотров и госпитализации. Поэтому оценки численности обратившихся к медицинским специалистам, сделанные на основе двух баз данных, будут различаться. Однако в РМЭЗ фиксируется сегмент здравоохранения (государственный, частный, ведомственный), в учреждения которого обращаются россияне, и учитываются подробные сведения о материальном положении домохозяйств, тогда как в КОУЖ сведения о доходах представлены размещением домохозяйства на шкале совокупного дохода. Мониторинговый характер РМЭЗ позволяет выявить динамику различных аспектов обращения в медицинские учреждения.

### **ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: МАСШТАБЫ И ФАКТОРЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ**

Общая ситуация обращения за медицинской помощью следующая: в год опроса 45,9% взрослых россиян обращались за амбулаторно-поликлинической помощью, из них 97,7% такую помощь получили;

Таблица 1

**Индикаторы и показатели для анализа дифференциации в получении медицинских услуг (на материалах КОУЖ)**

Индикаторы	Показатели
<i>Индивидуальные детерминанты получения медицинских услуг</i>	
Потребность в медицинской помощи	Самооценка здоровья (1 – очень хорошее, ..., 5 – очень плохое); возраст (число исполнившихся лет)
Здоровьесберегательное поведение	Курение (1 – не курит в настоящее время; 2 – курит до 10 сигарет в день; 3 – курит более 10 сигарет в день)
Экономические	Совокупный доход домохозяйства, руб. (1 – до 5 тыс.; 2 – от 5,1 до 10 тыс.; 3 – от 10,1 до 20 тыс.; 4 – от 20,1 до 30 тыс.; 5 – от 30,1 до 50 тыс.; 6 – от 50,1 до 75 тыс.; 7 – от 75,1 до 100 тыс.; 8 – свыше 100,1 тыс.)
<i>Дифференциация территорий по доступности медицинской помощи</i>	
Размер населенного пункта	Численность населения в населенном пункте
Доступность амбулаторно-поликлинических медицинских услуг	Мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10 тыс. чел. населения (число посещений в смену)
<i>Получение медицинской помощи в текущем календарном году</i>	
Получение отдельных видов медицинской помощи	Получение амбулаторно-поликлинической помощи (1 – да; 2 – нет); получение медицинской помощи или консультаций врачей в рамках специальных акций – выездных бригад врачей, дней здоровья и т.п. (1 – да; 2 – нет); вызов скорой медицинской помощи (1 – да; 2 – нет); госпитализация (1 – да; 2 – нет)
Отказ от обращения в медицинское учреждение при недомоганиях	Наличие в течение года ситуаций, когда индивид нуждался в медицинской помощи, но не обращался за ней в медицинское учреждение (1 – да; 2 – нет); причины, по которым не обращались в медучреждения в таких ситуациях: 1 – не рассчитываю на эффективное лечение ( <i>нет нужных специалистов, необходимых медикаментов или оборудования</i> ); 2 – не удовлетворяет работа медучреждения ( <i>необходимость предварительной записи, большие очереди, невнимательное отношение, плохие условия приема или содержания больных</i> ); 3 – не могу добраться до медучреждения без посторонней помощи; 4 – было тяжело добраться до медучреждения; 5 – не располагал информацией о том, где можно получить необходимую медицинскую помощь; 6 – не было времени; 7 – необходимое лечение можно получить только на платной основе; 8 – лечился(лась) сам(а)



Таблица 2

**Доля среди взрослого населения федеральных округов лиц, получивших  
в январе–сентябре 2011 г. медицинскую помощь, %**

Федеральный округ	Виды медицинской помощи			
	амбулаторно-поликлиническая	медицинская помощь или консультации в рамках специальных акций	вызов скорой медицинской помощи	госпитализация
Центральный	46,3	4,2	11,3	8,5
Северо-Западный	47,5	6,9	12,0	8,3
Южный	38,1	7,7	13,5	8,7
Северо-Кавказский	29,8	6,4	8,5	8,6
Приволжский	45,5	5,5	12,1	11,5
Уральский	50,7	6,5	12,2	10,6
Сибирский	44,2	5,0	12,3	12,1
Дальневосточный	49,3	6,6	13,8	10,4
Российская Федерация	44,8	5,7	11,9	9,9

5,7% получали медицинскую помощь в рамках специальных акций (выездных бригад врачей, дней здоровья и т.п.); вызывали скорую медицинскую помощь 11,9% взрослых россиян; у 9,9% в текущем (2011-м) году была госпитализация.

При несущественных различиях между большинством федеральных округов по долям тех, кто получал амбулаторно-поликлинические услуги и вызывал скорую помощь, выделяется Северо-Кавказский округ: в нем эти доли примерно на треть меньше, чем в целом по стране (табл. 2). Отчасти объясняется это лучшим состоянием здоровья жителей Северного Кавказа, что отражается как в статистических данных, так и в субъективных оценках здоровья: хорошим считают его 51,6% взрослых жителей региона, тогда как в среднем по стране – 34,9%. Бóльшим уровнем госпитализации характеризуются Уральский, Дальневосточный, Сибирский и Приволжский федеральные округа, причем в отношении двух последних можно говорить о статис-

Таблица 3

**Доля среди взрослого населения различных населенных пунктов лиц, получивших в январе–сентябре 2011 г. медицинскую помощь, %**

Населенные пункты с разной численностью населения	Виды медицинской помощи			
	амбулаторно-поликлиническая	медицинская помощь или консультации в рамках специальных акций	вызов скорой медицинской помощи	госпитализация
До 1 тыс. чел.	45,9	11,3	9,8	11,5
1–49,9 тыс. чел.	40,6	7,8	12,0	11,3
50–99,9 тыс. чел.	44,7	4,7	14,5	10,2
100–499,9 тыс. чел.	50,7	4,4	12,5	10,1
500–999,9 тыс. чел.	47,6	4,2	12,9	9,3
Более 1 млн чел.	41,8	3,4	7,7	6,6
Российская Федерация	44,8	5,7	11,9	9,9

тической значимости этих различий. Связано это с более высокой заболеваемостью жителей данных округов.

В отношении всех рассматриваемых видов медицинской помощи можно отметить, что наименьшая численность ее получателей среди жителей городов-миллионников – 41,8% (табл. 3), что отчасти связано с относительно лучшим состоянием здоровья (в данной территориальной группе хорошим его считают 43,6% опрошенных). Наибольшей величины численность получающих медицинскую помощь достигает среди жителей малых и средних городов (например, в городах с населением от 100 до 500 тыс. чел. она равна 50,7%).

Для оценки совокупности факторов (территориальных и индивидуальных), дифференцирующих потребление медицинских услуг, был использован аппарат логистической регрессии, позволяющий определить вероятность получения медицинской помощи в зависимости от заданного набора факторов. Зависимой переменной будет получение амбулаторно-поликлинических услуг с начала календарного года. Кроме обозначенных в табл. 1 индивидуальных характеристик в состав

Таблица 4

Параметры уравнений логистической регрессионной модели для события «получение амбулаторно-поликлинических услуг в течение календарного года», КОУЖ, 2011 г.

Предикторы	<i>B</i> -коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	exp ( <i>B</i> )
<b>Оценка состояния здоровья</b>		<b>858,911</b>	<b>0,000</b>	
Хорошее				
Среднее	0,936	550,338	0,000	2,549
Плохое	1,766	749,956	0,000	5,846
Пол		251,554	0,000	
<i>Мужской</i>				
Женский	0,572	251,554	0,000	1,772
<b>Численность населения в населенном пункте, тыс. чел.</b>		<b>86,516</b>	<b>0,000</b>	
<i>До 1</i>				
1–49,9	–0,251	17,935	0,000	0,778
50–99,9	–0,084	2,476	0,116	0,920
100–499,9	0,171	7,525	0,006	1,186
500–999,9	0,072	1,076	0,300	1,075
Более 1000	–0,273	17,005	0,000	0,761
<b>Мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10 тыс. чел. населения, число посещений в смену</b>		<b>74,567</b>	<b>0,000</b>	
<i>До 225</i>				
226–250	0,072	1,966	0,161	1,075
251–275	0,156	9,388	0,002	1,169
276–300	0,344	37,446	0,000	1,411
301 и более	0,404	44,611	0,000	1,498

Дифференциация населения России в получении медицинских услуг:  
значение индивидуальных и территориальных факторов

Окончание табл. 4

Предикторы	<i>B</i> -коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	exp ( <i>B</i> )
<b>Курение</b>		<b>39,613</b>	<b>0,000</b>	
<i>Не курит</i>				
Курит до 10 сигарет в день	-0,212	20,784	0,000	0,809
Курит более 10 сигарет в день	-0,278	29,806	0,000	0,757
<b>Возраст, лет</b>		<b>44,282</b>	<b>0,000</b>	
<i>До 29</i>				
30–39	-0,126	5,660	0,017	0,881
40–49	-0,094	3,017	0,082	0,910
50–59	0,007	0,018	0,893	1,007
60–69	0,210	11,591	0,001	1,233
70 и более	0,168	6,664	0,010	1,183
<b>Совокупный доход домохозяйства, тыс. руб.</b>		<b>43,217</b>	<b>0,000</b>	
<i>До 5</i>				
5,1–10	0,152	1,702	0,192	1,164
10,1–20	0,340	9,196	0,002	1,405
20,1–30	0,458	16,069	0,000	1,580
30,1–50	0,368	9,941	0,002	1,445
50,1–75	0,452	12,587	0,000	1,571
75,1–100	0,450	9,023	0,003	1,568
Более 100,1	0,436	6,606	0,010	1,547
Константа	-1,669	175,590	0,000	0,188

*Примечание:* курсивом выделены значения переменных, объявленные контрастными (референтными).

детерминант включим пол респондента. В результате пошагового включения независимых переменных в модель получено уравнение, параметры которого можно представить в виде табл. 4. С помощью уравнений вероятность наступления события (получение амбулаторно-поликлинической помощи) верно предсказана для 66,8% случаев. Доля дисперсии зависимой переменной, объясненная логистической регрессией, составляет 16,5%. То есть мы не можем в полной мере полагаться на эти уравнения для предсказания вероятности наступления оцениваемого события, но можем оценить влияние выбранных факторов.

Переменной, обладающей наибольшей дифференцирующей силой и включенной в модель на первом шаге, является самооценка здоровья: те, кто считает его плохим, обратятся в медицинское учреждение (в течение рассматриваемого периода) с вероятностью почти в 6 раз большей, чем при субъективно хорошем здоровье. В целом данная переменная объясняет 11,8% дисперсии зависимой переменной. Еще 2,9% объясняются различиями в здоровьесберегательном поведении мужчин и женщин: вероятность встретить последних в амбулаторно-поликлинических учреждениях в 1,8 раза выше по сравнению с мужчинами.

Следующие по значимости переменные отражают территориальную дифференциацию в получении медицинской помощи. В отношении сельских/городских населенных пунктов разного размера с использованием иных аналитических средств подтверждены ранее зафиксированные различия: вероятность получения амбулаторно-поликлинических услуг максимальна для жителей городов с численностью населения от 100 тыс. до 1 млн чел. (в 1,2 раза выше, чем для жителей малых сел). Вероятность оцениваемого события линейно возрастает по мере увеличения мощности амбулаторно-поликлинических организаций в субъекте Федерации, в котором проживают респонденты: если средняя мощность в данном регионе превышает 300 посещений в смену на 10 тыс. чел. населения, то вероятность получения амбулаторно-поликлинических услуг здесь больше в 1,5 раза по сравнению с регионами, в которых мощность учреждений не выше 225 посещений в смену.

Три оставшихся предиктора также связаны со статусом респондента и его индивидуальными характеристиками. Так, курение интерпретируется как индикатор здоровьесберегательного/нездоровьесберегательного поведения, и курильщики с вероятностью примерно на 25% меньше обратятся за амбулаторно-поликлиническими услугами, чем некурящие. Если в качестве индикатора получения медицинской помощи брать, как в данной модели, лишь факт обращения в медицинское учреждение, то различия в вероятности оцениваемого события в разных возрастных группах хотя и есть, но невелики. То же самое можно сказать о дифференцирующем влиянии экономического статуса домохозяйства: респонденты из домохозяйств с совокупным доходом свыше 10 тыс. руб. с вероятностью примерно в 1,5 раза выше получают амбулаторно-поликлиническую помощь в течение рассматриваемого периода, чем респонденты из самых низкообеспеченных домохозяйств.

### **ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРИЧИНЫ**

Событие, обратное рассматриваемому в описанной модели, – не получение медицинской помощи, вызванное как отсутствием недомоганий, так и ситуациями, когда индивиды лечатся сами или на пути пациента к врачу возникают различные барьеры. Данные КОУЖ позволяют оценить распространенность отказа от медицинских услуг. На вопрос: «Были ли у вас в этом году случаи, когда вы нуждались в медицинской помощи, но не обращались за ней в медицинское учреждение?» – 44,5% респондентов ответили утвердительно. Во всей же совокупности тех, кто нуждался в медицинской помощи, но вообще не обращался ни в какое медицинское учреждение в текущем году, оказалось 16,9%. У 27,6% были ситуации, когда они не обращались к медицинским специалистам, но с начала года все-таки получали какие-либо медицинские услуги. В целом наибольшая доля (58–60%) не обращавшихся к медикам в ситуации, когда нуждались в медицинской помощи, среди тех, кто бывает на приемах у врачей три раза и более за рассматриваемый период.

Альтернатива для большинства отказывающихся от посещения врача в случае необходимости медицинской помощи – самолечение; к нему прибегают 74,3% респондентов из данной категории. Причем те, кто так и не был на приеме у врача за рассматриваемый период или был один-два раза, чаще называют данную причину (76%), тогда как те, у кого в текущем году было три визита к врачу и более, указывают ее реже (66–67%). Следующие причины, по которым респонденты отказываются от медицинской помощи, связаны с работой медицинских учреждений: вариант ответа «не рассчитываю на эффективное лечение (нет нужных специалистов, необходимых медикаментов или оборудования)» выбрали 14,1% респондентов; 19,5% не удовлетворены работой медучреждения (необходимостью предварительной записи, большими очередями, невнимательным отношением, плохими условиями приема или содержания больных). В отношении данных причин фиксируется закономерность: более критично настроены к системе здравоохранения те, кто чаще обращается к врачам. Среди посетивших врачей с начала года три раза и более данные причины указали 17–20 и 24–28% соответственно, а среди тех, кто не был у врачей или посетил их один-два раза, – 12–14 и 17–19% соответственно. Третью причину: «необходимое лечение можно получить только на платной основе» – назвали 5,6%. Доля выбравших ее среди постоянных пациентов в 2 раза выше, чем среди эпизодически обращающихся к медицинским специалистам.

Другая форма эксклюзии, также более актуальная для часто обращающихся к врачам, проявляется в труднодоступности учреждений. В целом причины «не могу добраться до медучреждения без посторонней помощи» и «было тяжело добраться до медучреждения» указали 2,3 и 3,9% соответственно, но среди тех, кто был у врачей более пяти раз с начала года, – 5,2 и 8,8% соответственно.

Лишь одна причина отмечается чаще респондентами, которые были в ситуациях отказа от медицинской помощи и так и не обратились к врачам или делали это один-два раза в текущем году, – «не было времени»: 12–14% в данных категориях респондентов при 12,3% в среднем и 9% среди постоянных пациентов.

Если говорить про пространственную сегментацию причин отказа от медицинской помощи, то отметим несколько моментов. Во-первых, не рассчитывают на эффективное лечение или не удовлетворены работой медицинских учреждений чаще жители небольших городов (с численностью населения от 50 до 500 тыс. чел.). Из них называют эти причины 18 и 22–29% соответственно, тогда как среди жителей небольших сел (с численностью населения до 1 тыс. чел.) – 11,3 и 11,4% соответственно, а среди жителей городов-миллионников – 9,8 и 18,5%. На то, что «тяжело добираться до медучреждений», чаще указывают респонденты из сел и небольших населенных пунктов (с численностью жителей до 50 тыс. чел.) – 6–6,5%, тогда как нехватка времени становится причиной отказа от обращения к врачам преимущественно для горожан (из городов с численностью населения свыше 100 тыс. чел.) – ее называют 16–17,5% из них.

Статистически значимые различия в выборе в качестве причины отказа от медицинских услуг их платности фиксируются для крайних доходных групп: из членов домохозяйств с совокупным доходом ниже 10 тыс. руб. ее указали 7,3%, из домохозяйств с доходом свыше 50 тыс. руб. – 3,6%. В поселенческом разрезе эта причина выбирается чаще жителями небольших городов (10,7%), что отражает «конфликт» предложения платных услуг и относительно низкого уровня жизни в малых городах по сравнению с крупными, в которых возможность оплаты медицинских услуг обусловлена более высокими доходами жителей. Отчасти возможность воспользоваться в крупных городах услугами частного сектора здравоохранения сокращает численность тех, кто прибегает к самолечению в ситуациях необходимости медицинской помощи, до 69–70%, тогда как в селах с населением до 1 тыс. чел. так решают проблемы со здоровьем 82,7% респондентов, имеющих недавний опыт отказа от обращения в медицинские учреждения.

## **СЕГМЕНТАЦИЯ ОБРАЩЕНИЙ ЗА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

Дополним полученные результаты данными РМЭЗ. В отношении амбулаторной медицинской помощи инструментарий РМЭЗ предполагает два критерия дифференциации поведенческих паттернов: факт ее



получения при наличии проблем со здоровьем или недомоганий и сегмент здравоохранения, в учреждения которого обращались респонденты (государственный, в том числе специализированные диагностические учреждения, ведомственный, частный). Изменения, вносимые в инструментарий, не позволяют однозначно оценить динамику паттернов поведения в ситуации проблем со здоровьем и недомоганий, но можно отметить, что частота их проявлений совпадает с динамикой субъективных показателей здоровья населения за последнее десятилетие: увеличивается доля тех, кто отметил отсутствие проблем со здоровьем; обращение в частный сектор в течение всего времени наблюдений остается маргинальным способом решения таких проблем; сокращение численности тех, кто не обращается к врачам при проблемах со здоровьем и недомоганиях, происходит скорее за счет увеличения тех, кто не испытывает таких проблем (табл. 5). Ожидается, что те, кто не испытывал в ближайшей ретроспективе проблем со здоровьем, оказались по субъективным характеристикам самыми здоровыми: 71,5% отмечают отсутствие у них хронических заболеваний, половина считает, что обладают очень хорошим или хорошим здоровьем.

Отметим, что из тех, кто за последний перед опросом месяц обращался как в государственные, так и в частные учреждения, 72,4% проходили дополнительные (к визиту к врачу) обследования или процедуры (из обратившихся только в государственные учреждения таких 54,3%, только в частные – 51,8%). Фактически такая «диверсификация» обращений при «лечении случая» отражает наиболее распространенную модель взаимодействия частного и государственного секторов, когда диагностика или отдельные процедуры «отдаются на аутсорсинг» частному сектору.

Если в 2002 г. среди обратившихся в частные учреждения или к частным врачам с большей вероятностью оказывались молодые пациенты, то в течение почти десятилетия распределение представителей разных возрастных групп в данной категории пациентов стало воспроизводить в целом возрастную структуру взрослого населения. Однако в это же время все отчетливее проявляется «специализация» государственных и ведомственных поликлиник на пожилых пациентах: среди обратившихся в них в 2002 г. индивидов старше 66 лет

Таблица 5

**Распространенность поведенческих паттернов в случае проблем со здоровьем и недомоганий (индивиды 18 лет и старше), РМЭЗ, %**

Поведенческие образцы	Годы наблюдений				Поведенческие образцы
	2002	2006	2009	2011	
Проблем со здоровьем и недомоганий не было, к врачам не обращался	41,1	45,1	54,9	48,6	Проблем со здоровьем и недомоганий не было, к врачам не обращался
Не обращался к медицинским работникам при проблемах со здоровьем и недомоганиях	41,0	36,5	28,7	35,4	Не обращался к медицинским работникам при проблемах со здоровьем и недомоганиях
			1,6	1,6	Обращался только за стоматологической помощью
Обращался в государственные, ведомственные учреждения	13,8	13,6	13,7	13,1	Обращался в государственные, ведомственные учреждения
Обращался в частную клинику, к частному врачу	1,0	1,4	0,5	0,6	Обращался в частную клинику, к частному врачу
			0,5	0,8	Обращался в государственные или ведомственные и платные, частные учреждения
Вызывал врача на дом	3,1	3,3			
<b>В с е г о</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>В с е г о</b>

было 24,7% (18,3% во всей совокупности), а в 2011 г. – 35,5% (16,6% во всей выборке).

Второй тенденцией в изменении социальных портретов носителей разных поведенческих образцов является снижение среди пациентов частных учреждений и врачей доли жителей областных центров – с 70,3% в 2002 г. до 62,7% в 2011 г. (при примерно 40% во всей совокупности лиц старше 18 лет); доля жителей сельских населенных пунктов среди данной категории пациентов выросла с 5,4 до 13,3%. Две пятых амбулаторных пациентов частных учреждений – из высшего до-

ходного квинтиля, но и в отношении обращающихся в государственные учреждения проявляется такая же закономерность, хотя не столь сильно: представители низкодоходных групп в целом реже оказываются получателями амбулаторных услуг.

\* \* \*

В последние 20 лет российская система здравоохранения находится в режиме постоянного реформирования. Одним из способов реализации реформ был приоритетный национальный проект «Здоровье», в отношении которого, наряду с другими национальными проектами, потребовалась оценка социальных последствий предусматриваемых им преобразований. Методология оценочных исследований, фиксирующих результативность и последствия институциональных изменений на макро- и микроуровне лишь формируется не только в отечественной, но и в зарубежной исследовательской практике. Если говорить о здравоохранении, то макроуровневые последствия изменений заключаются в динамике медико-демографических показателей (смертности, заболеваемости населения), микроуровневые – в трансформации здоровьесберегательного поведения населения и в изменении доступа к услугам здравоохранения для различных социальных групп. Эти оценки изменений тем надежнее, чем на больших информационных источниках они базируются.

В этом плане использование двух баз данных – Комплексного наблюдения условий жизни (Росстат) и Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (НИУ ВШЭ) дает возможность проверить и дополнить выводы. Так, на данных обеих баз выявлено, что основным фактором, дифференцирующим получение медицинской помощи (на примере амбулаторно-поликлинических услуг), является потребность в ней. По данному критерию ситуацию в российском здравоохранении можно определить скорее как вертикальную справедливость: индивиды с различными уровнями потребностей потребляют различное количество услуг здравоохранения. Но дальше «в игру вступают» пространственные факторы дифференциации, и для России наиболее значимыми оказываются разные условия доступа к медицинским услугам для жителей сел, малых и крупных

городов. Различия в обращаемости к медицинским специалистам у жителей большинства российских регионов оказываются не столь значимыми, что можно трактовать как формирование однородной институциональной среды здравоохранения на всей территории страны. Более низкую обращаемость к медикам в южных регионах (Северо-Кавказском, и отчасти, Южном федеральных округах) можно объяснить более благополучной ситуацией по регистрируемой заболеваемости, но также можно искать культурные детерминанты и нюансы в понимании здоровьесберегательного поведения: насколько последнее предполагает постоянное общение с врачами.

Данные КОУЖ позволяют приоткрыть «серый ящик» для системы здравоохранения – выявить особенности тех, кто отказывается от медицинских услуг. Во-первых, эпизодический отказ от медицинской помощи больше практикуется теми, кто часто обращается к врачам, и именно эта категория пациентов относится критически к работе медицинских учреждений. Фактически, сама система здравоохранения провоцирует большую часть отказов обращаться за медицинской помощью. Во-вторых, сопутствующие факторы: платность услуг, плохая физическая доступность учреждений – усиливают эксклюзивность тех, кто часто обращается к врачам (и трудно представить, что они делают это без необходимости). В-третьих, часть отказов от медицинской помощи в течение продолжительного периода – это проявление ухода от возможных проблем, и такое поведение наиболее типично для мужчин, слабо ориентированных на сохранение здоровья (что проявляется в активном курении).

Возвращаясь к оценке реформ здравоохранения, отметим, что сегодня эти реформы касаются преимущественно выстраивания отношений между государством и медицинскими учреждениями и медицинским сообществом (через стандартизацию работы врачей и регулирование финансовых потоков) при попытке сделать высокотехнологичную медицинскую помощь «локомотивом» развития медицинских технологий. Формирование нового статуса пациента через надевание его *правом выбора* (участкового врача, поликлиники, страховой компании) трактуется как попытка создать дополнительное давление со стороны пациентов на систему государственного здравоохранения через стимулирование конкуренции учреждений за пациен-

тов и, как следствие, повысить качество медицинского обслуживания. Но есть риск, что если пациенты в массе своей остаются на втором плане, так как реформы слабо ориентированы на формирование и распространение здоровьесберегательного поведения, компетентного потребительского выбора, то вариантом дальнейшего изменения ситуации станет распространение отказов от медицинских услуг.

### Литература

1. **Stiglitz J.E., Sen A., Fitoussi J.P.** Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. 2009. – URL: [www.stiglitz-sen-fitoussi.fr](http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr) (дата обращения 27.11.2010).
2. **Morris S., Sutton M., Gravelle H.** Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation // *Social Science & Medicine*. – 2005. – V. 60. – P. 1251–1266.
3. **Balsa A. I., Rossi M., Triunfo P.** Horizontal inequity in access to health care in four South American cities / ECINEQ WP 2009-131. September 2009. – URL: [www.ecineq.org](http://www.ecineq.org) (дата обращения: 18.12.2011).
4. **Wagstaff A., Doorslaer E., van, Paci P.** On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care // *Journal of Health Economics*. – 1991. – V. 10, No. 2. – P. 169–205.
5. **Wagstaff A., Doorslaer E., van.** Measuring and testing for inequity in the delivery of health care // *Journal of Human Resources*. – 2000. – V. 35, No. 4. – P. 716–733.
6. **Черкашина Т.Ю.** Дифференциации населения России по потреблению медицинских услуг: масштабы и факторы // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. – 2012. – № 17. – С. 121–133.
7. **Lu J.R., Leung G.M., Soonman K. et al.** Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies // *Social Science & Medicine*. – 2007. – V. 64. – P. 199–212.
8. **Doorslaer E., van, Masseria C.** Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries / OECD Health Working Paper No. 14. 2004.
9. **Попов А.А.** Проблемы американского здравоохранения и реформа Б. Обамы // США – Канада: экономика, политика, культура. – 2010. – № 10. – С. 3–20.
10. **Комплексное** наблюдение условий жизни населения. – URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/KOUZ/survey0/index.html](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ/survey0/index.html) (дата обращения 24.09.2013).

*Рукопись статьи поступила в редколлегию 19.05.2014 г.*

© Черкашина Т.Ю., 2014