

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

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

**ОПЛАТА ПАЦИЕНТАМИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Препринт WP8/2014/03

Серия WP8

Государственное  
и муниципальное управление

Москва  
2014

УДК 614.253.8  
ББК 65.495  
Ш65

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

Ш65 **Шишкин, С. В., Потапчик, Е. Г., Селезнева, Е. В.** Оплата пациентами медицинской помощи в российской системе здравоохранения [Текст] : препринт WP8/2014/03 / С. В. Шишкин, Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 48 с. – 150 экз.

В работе представлены характеристики практик оплаты населением медицинской помощи в российской постсемашковской системе здравоохранения. Источником информации являются данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения за 1994–2012 гг. и данные исследования «Георейтинг» во всех субъектах РФ в 2010 г.

Выявлены тенденции изменений в распространенности практик оплаты медицинской помощи, в том числе легальной и неформальной, показаны различия в их использовании в разных регионах. Проанализированы изменения в размерах расходов населения на разные виды медицинской помощи в 2005–2010 гг. Впервые получены оценки совокупных расходов государства и населения на разные виды медицинской помощи в России.

JEL Classification: I10, I11.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская помощь, медицинские услуги, неформальные платежи

УДК 614.253.8  
ББК 65.495

*Шишкин Сергей Владимирович* – д.э.н., директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ.

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

*Селезнева Елена Владимировна* – научный сотрудник Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ.

**Препринты Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики» размещаются по адресу: <http://www.hse.ru/org/hse/wp>**

© Шишкин С. В., 2014  
© Потапчик Е. Г., 2014  
© Селезнева Е. В., 2014  
© Оформление. Издательский дом  
Высшей школы экономики, 2014

# Содержание

<b>1. Введение</b> .....	4
<b>2. Распространенность практик оплаты гражданами медицинской помощи</b> .....	6
2.1. Динамика изменений доли пациентов, плативших за свое лечение в 1994–2012 гг. ....	6
2.2. Распространенность практик формальных платежей .....	9
2.3. Распространенность практик неформальных платежей .....	10
2.4. Региональные различия в распространенности практик оплаты гражданами медицинской помощи.....	11
2.5. Динамика доли домохозяйств, вынужденных отказаться от медицинской помощи по причине нехватки денег .....	17
<b>3. Факторы обращения пациентов к получению медицинской помощи за плату</b> .....	20
<b>4. Оценка величины расходов населения на здравоохранение</b> .....	26
4.1. Расходы населения в 2005–2010 гг. ....	26
4.2. Структура расходов населения на медицинскую помощь .....	32
<b>5. Расходы государства и населения по видам медицинской помощи</b> .....	36
<b>6. Заключение</b> .....	39
<b>Литература</b> .....	43

# 1. Введение

Характерной особенностью стран с постсемашковской моделью здравоохранения является сочетание широких, унаследованных от социального прошлого гарантий бесплатной медицинской помощи с большой распространенностью практик оплаты медицинских услуг – в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам [Gotsadze, Gaál, 2010]. В 1990-е годы в период трансформационного кризиса развитие частного финансирования здравоохранения в странах СНГ стало вынужденным замещением сокращения государственных расходов [Sheiman, Langenbrunner et al., 2010]. Доля расходов населения на оплату медицинской помощи в общих расходах на здравоохранение достигла в странах СНГ в 2000 г. 38,8%, в то время как в странах Западной Европы она составляла 15,4% (HFA-DB). Но и в 2000-е годы, в период экономического роста, когда государственные расходы на здравоохранение в странах СНГ увеличились в номинальном выражении в расчете на душу населения в 3,3 раза (с 143 долл. США по ППС в 2000 г. до 469 долл. в 2010 г.), расходы населения на оплату медицинских услуг и медикаментов росли даже быстрее – увеличение в номинальном выражении составило 3,5 раза (со 103 долл. до 345 долл.), и доля этих затрат в общих расходах на здравоохранение также несколько выросла – до 40,4% в 2010 г. (HFA-DB).

Какое место практики оплаты медицинской помощи занимают в постсемашковской системе здравоохранения? Для ответа на этот вопрос наиболее представительным объектом изучения является Россия. Ее особенностью по сравнению с другими постсоветскими странами является то, что, с одной стороны, в отличие от стран Закавказья и Средней Азии, сохранены широкие гарантии бесплатной медицинской помощи [Gotsadze, Gaál, 2010], и значительная часть населения получает ее действительно бесплатно [Потапчик, Селезнева, Шишкин, 2011]. С другой стороны, в отличие, например, от Украины, в России государственным учреждениям здравоохранения разрешено предоставлять платные медицинские услуги населению, и развитие получили практики легальной оплаты медицинской помощи [Lekhan, Rudi, Richardson, 2010; Popovich, Potapchik, Shishkin et al., 2011]. Кроме того, в России существуют значительные территориальные различия в финансировании здравоохранения и распространенности практик оплаты населением медицинской помощи [Шишкин, Бондаренко, Бурдяк и др., 2008].

Общие тенденции развития частного финансирования здравоохранения в России в 1990–2000-е годы рассматривались в работах [Шишкин, Шейман, 2009; Sabirianova, Zelenska, 2010; Popovich et al., 2011; OECD, 2012]. В ряде работ оценивались уровень распространенности формальной и неформальной оплаты<sup>1</sup> медицинской помощи, величины таких платежей, влияние их на бюджет домохозяйств [Шишкин, 2004; Бесстремьянная, Шишкин, 2005; Панова, Русинова, 2005; Алексунин, Митьков, 2006; Росздравнадзор РФ, 2009; Потапчик, Селезнева, Шишкин, 2011].

Особое внимание в исследованиях уделяется неформальным платежам. Предметом изучения выступали причины неформальной оплаты, распространенность ее разных институциональных моделей, влияние этих практик на доступность медицинской помощи и на мотивацию медицинского персонала [Накатис, Кадыров, 2002; Ensor, 2004; Шишкин, 2004, 2008; Gaal et al., 2010; С-медиа, 2011; OECD, 2012].

Целью данной работы является комплексная характеристика практик оплаты населением медицинской помощи в российском здравоохранении.

Достижение этой цели включает решение следующих задач:

- анализ тенденций изменений в распространенности практик легальной и неформальной оплаты амбулаторной и стационарной медицинской помощи среди пациентов) в 1990–2000-е годы;
- характеристика региональных различий в распространенности практик оплаты амбулаторной и стационарной помощи;
- анализ изменений в экономической доступности медицинской помощи для населения в 1990–2000-е годы;
- выявление факторов, влияющих на обращение пациентов к легальной и неформальной оплате амбулаторной и стационарной медицинской помощи;
- оценка происходящих изменений в расходах граждан на различные виды медицинской помощи;
- оценка вклада платежей населения в совокупные затраты на отдельные виды медицинской помощи.

Настоящая публикация базируется на результатах реализации исследовательского проекта «Мониторинг экономических процессов в здра-

---

<sup>1</sup> Под формальной (легальной, официальной) оплатой медицинской помощи понимаются платежи пациентов за медицинские услуги и лекарства, производимые в кассу медицинских учреждений и аптек. Под неформальной (неофициальной) оплатой понимаются платежи пациентов деньгами или подарками в руки медицинским работникам.

вохранении» Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2010–2013 гг.

В качестве эмпирической базы исследования выступали:

1) Данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, проводившегося с 1994 по 2012 г. (РМЭЗ). Выборка РМЭЗ является репрезентативной для населения России в целом. В исследовании принимают участие все члены домохозяйств, попавших в панельную выборку. В разные годы выборка РМЭЗ насчитывает от 3,2 до 6,4 тыс. домохозяйств и от 8,3 до 17 тыс. респондентов.

2) Данные всероссийского социологического опроса населения «Георейтинг», проведенного в 2008–2010 гг. Фондом «Общественное мнение» (ФОМ) по заказу НИУ ВШЭ (НИУ ВШЭ, 2010). Выборка «Георейтинга» включает в себя взрослое население в возрасте 18 лет и старше. Данные исследования репрезентативны для каждого субъекта РФ. Общая выборка «Георейтинга» насчитывает 41,5 тыс. человек. В каждом из 83 регионов опрашивается по 500 человек.

## **2. Распространенность практик оплаты гражданами медицинской помощи**

### ***2.1. Динамика изменений доли пациентов, плативших за свое лечение в 1994–2012 гг.***

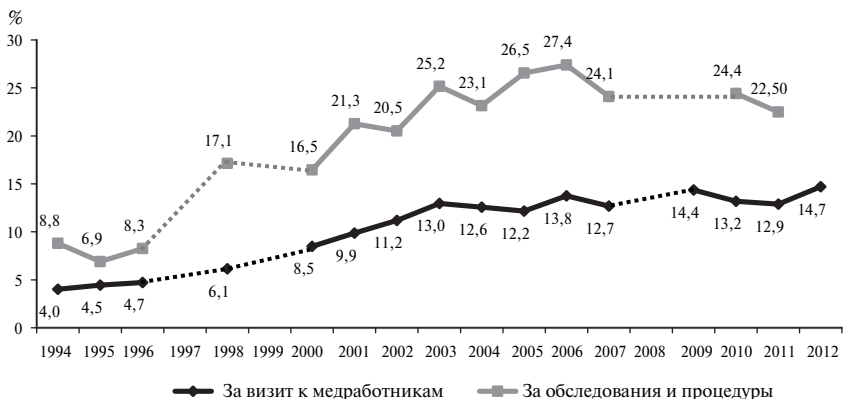
В начале 1990-х годов из-за трансформационного экономического кризиса и сокращения государственного финансирования здравоохранения медицинские учреждения были вынуждены предоставлять часть услуг за плату, и бремя финансирования здравоохранения было частично перенесено на пациентов. Большая часть населения продолжала получать медицинскую помощь бесплатно, но распространенность практик оплаты медицинской помощи в последующие годы нарастала (рис. 1 и 2)<sup>2</sup>. Динамику этого процесса позволяют оценить данные РМЭЗ начиная с 1994 г. Так, доля плативших за визит к медицинским работникам среди обратившихся за амбулаторной помощью в течение месяца, предшествующего времени проведения опроса<sup>3</sup>, возросла с 4% в 1994 г. до 14,7%

---

<sup>2</sup> Случаи оплаты включают в себя как формальную оплату, так и неформальную оплату.

<sup>3</sup> Опросы населения в РМЭЗ проводятся ежегодно в октябре – ноябре.

в 2012 г. Доля плативших за обследование и процедуры увеличилась с 8,8% в 1994 г. до максимального значения в 2006 г. – 27,4%, после чего стала снижаться. В 2011 г. среди обращающихся за амбулаторной помощью полностью или частично медицинские услуги оплачивали 17% пациентов. Это снижение, очевидно, отражало расширение возможностей граждан бесплатно пройти обследования, благодаря значительным государственным инвестициям в приобретение нового диагностического оборудования, которые производились в рамках Национального проекта «Здоровье» (2006–2013 гг.) [Popovich, Potapchik, Shishkin S. et al., 2011].



**Рис. 1.** Доля пациентов, плативших за амбулаторные услуги среди обращающихся за ними в 1994–2012 гг.<sup>4</sup>

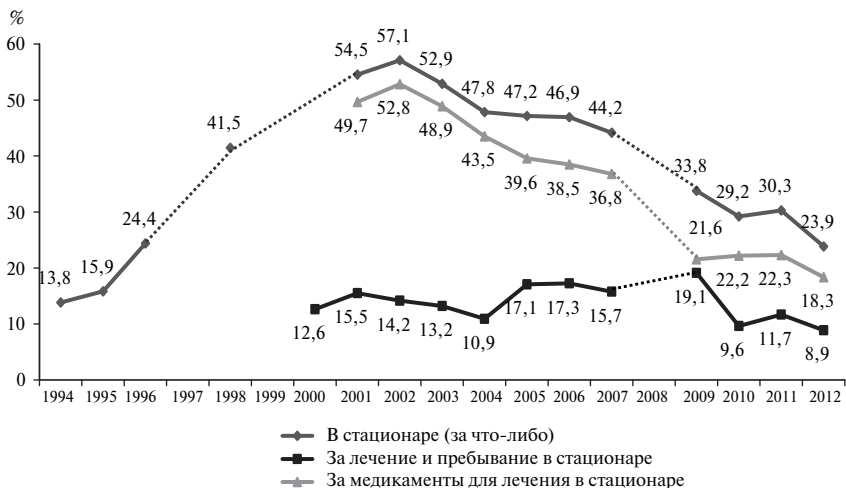
*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

Доля плативших среди обратившихся за стационарной помощью в течение трех месяцев, предшествующих опросу, возросла с 13,8% в 1994 г. до 57,1% в 2002 г., после чего сократилась до 23,9% в 2012 г.

При рассмотрении оплаты стационарной помощи важно разделять два компонента такой оплаты: 1) оплата за лечение и пребывание в стационаре;

<sup>4</sup> В 2009, 2011 и 2012 г. учитывалась оплата визита к медработникам при всех случаях обращения в течение 30 дней, в прочие годы – оплата при последнем случае обращения к медработникам в течение 30 дней.

наре и 2) отдельная оплата медикаментов и перевязочных материалов<sup>5</sup>. Несмотря на то, что предоставление медикаментов в стационаре должно осуществляться бесплатно для пациентов, в 1990-е годы из-за недостатка государственного финансирования пациентам стационаров зачастую приходилось оплачивать медикаменты из собственных средств. В 2001 г. доля пациентов, оплачивавших медикаменты при стационарном лечении, составляла 52,8%, но на протяжении последующего десятилетия эта доля постоянно сокращалась и достигла в 2012 г. 18,3% (рис. 1). Такая динамика, по всей видимости, обусловлена наблюдавшимся в этот период ростом государственного финансирования, благодаря которому лекарственное обеспечение стационаров было значительно улучшено, и необходимость привлекать средства пациентов для обеспечения их лекарствами при стационарном лечении ослабла. Доля пациентов стационаров, плативших за лечение и пребывание в стационаре, выросла с 12,6% в 1994 г. до 19,1% в 2009 г. В 2010 г. этот показатель резко уменьшился, но это, по-видимому, отражает изменения в выборке, которые произошли в 2010 г.



**Рис. 2.** Доля плативших среди обращающихся за стационарной помощью в 1994–2012 гг.

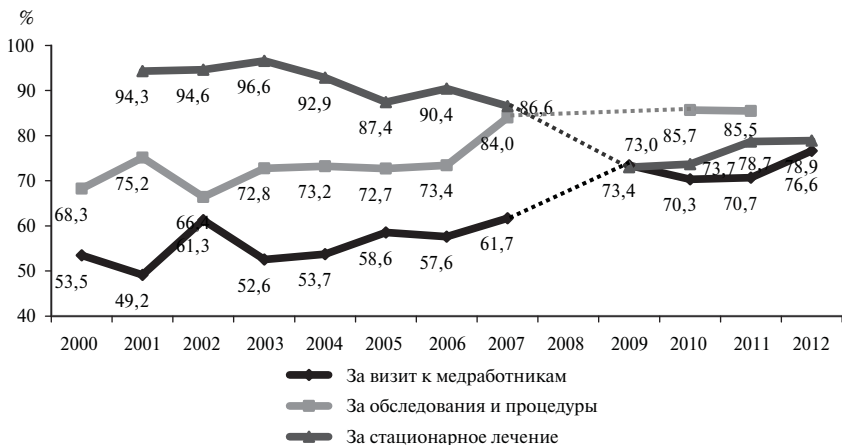
*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

<sup>5</sup> Подобное разделение по элементам оплаты стационарной помощи было введено в РМЭЗ в 2000 г.



## 2.2. Распространенность практик формальных платежей

Динамика распространенности разных форм оплаты медицинской помощи – легальной и неформальной – может быть прослежена начиная с 2000 г., когда соответствующие вопросы стали включаться в инструментарий РМЭЗ. На протяжении всего рассматриваемого периода оплата консультаций врачей и диагностических услуг все в большей степени производилась в легальной форме, то есть в кассу медицинских организаций (рис. 3). Доля респондентов, неформально (в руки медработникам) плативших за амбулаторную помощь, в общем числе плативших за ее получение возросла с 49,2% в 2001 г. до 76,6% в 2012 г. Распространенность практики официальной оплаты диагностических услуг возросла с 68,3% в 2000 г. до 85,5% в 2011 г. Напротив, доля пациентов, оплачивающих официально стационарную помощь (то есть в кассу больниц или аптек, в случае приобретения медикаментов) в общем числе плативших за этот вид помощи сокращалась и лишь в последние годы стала расти: – с 73,4% в 2009 г. до 78,9% в 2012 г.



**Рис. 3.** Динамика распространенности практик официальной оплаты медицинской помощи в 2000–2012 гг. (доля плативших официально в общем числе плативших, %)

*Примечание.* В 2008 г. вопросы о распространенности практик оплаты пациентами медицинской помощи не задавались, в 2009 г. не учитывалась оплата пациентами диагностических услуг.

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

Неформальная оплата редко выступает как дополнение формальной оплаты: большинство плативших делали это либо только «в кассу», либо только «в руки». Лишь незначительная часть респондентов указывала на то, что при оплате медицинской помощи они использовали и ту и другую формы оплаты. Доля таких респондентов в общем числе плативших колебалась от 3% при получении амбулаторной помощи до 8% при получении стационарной помощи.

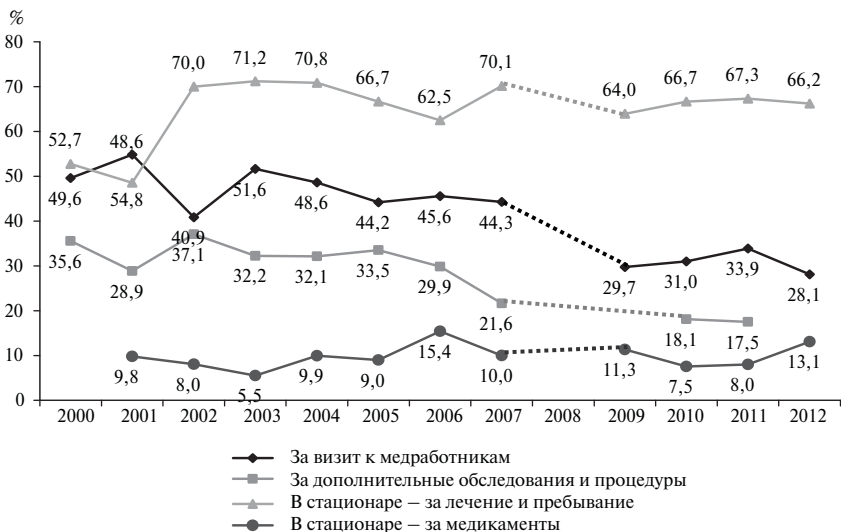
Официальная форма оплаты значительно чаще применяется при оплате медикаментов для стационарного лечения, чем при оплате этого лечения в целом или оплате услуг врачей и персонала больниц. Доля стационарных больных, плативших официально за медикаментозное лечение, составляла в 2012 г. 92,8% от всех оплачивавших в той или иной форме приобретение медикаментов для стационарного лечения, в то время как доля тех, кто официально платил за услуги персонала или за стационарное лечение в целом, составляла лишь 43,2% от числа плативших. При этом тенденции распространности практик официальной оплаты разных элементов стационарной помощи являются разнонаправленными. Доля плативших официально за услуги медицинского персонала снижается, в то время как доля официально плативших за приобретение медикаментов остается относительно стабильной, колеблясь по годам от 99,1% в 2003 г. до 91,7% в 2009 г.

### ***2.3. Распространенность практик неформальных платежей***

В 2000 г. около половины респондентов, оплачивающих за собственный счет услуги амбулаторного лечения, применяли неформальную форму оплаты, но распространенность этой формы оплаты амбулаторных услуг в последующие годы снижалась, и в 2012 г. этот показатель достиг 28,1% (рис. 4).

Аналогичная тенденция снижения распространенности неофициальной оплаты наблюдалась и применительно к диагностическим услугам. Доля респондентов, ответивших, что они оплачивали диагностические услуги неофициально, платя за них в руки медицинскому персоналу, снизилась с 35,6% в 2001 г. до 17,5% в 2011 г.

Распространенность неформальных платежей в стационаре, напротив, относительно постоянна в последние годы: примерно две трети тех, кто платил непосредственно за лечение в больнице, делали это неформально.

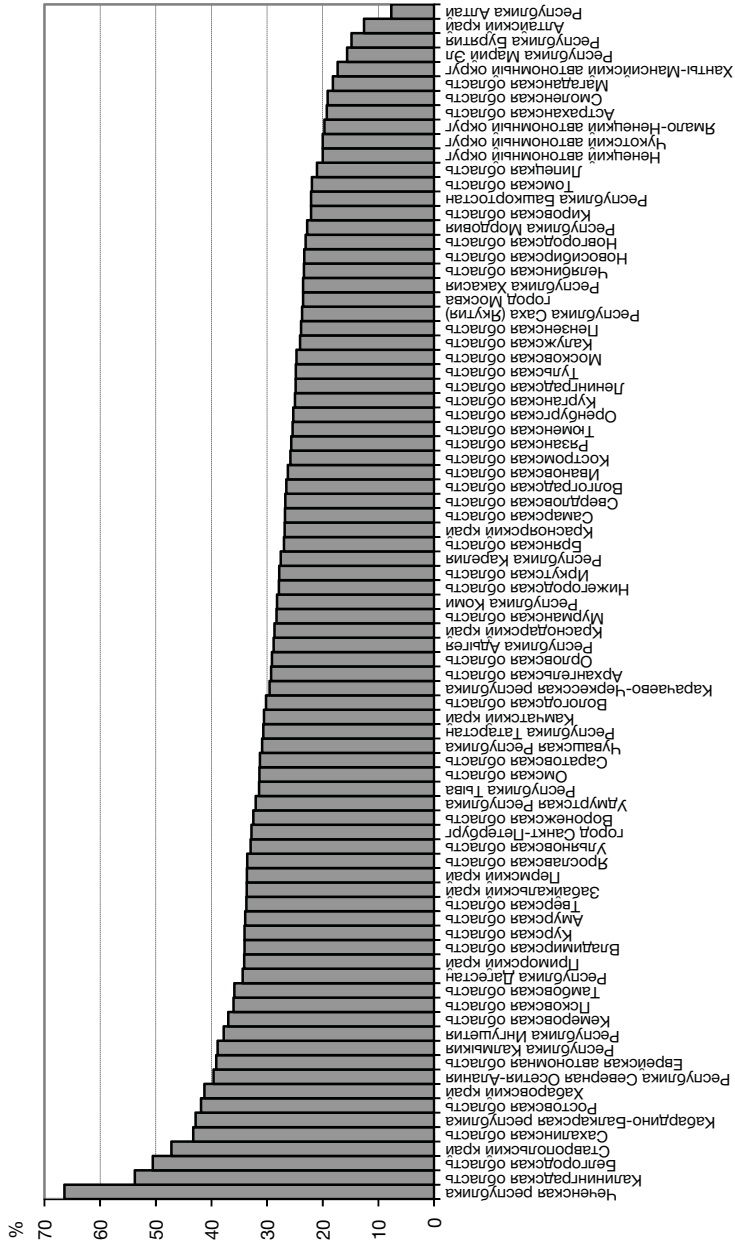


**Рис. 4.** Динамика распространенности практик неофициальной оплаты медицинской помощи в 2000–2012 гг. (доля плативших неофициально в общем числе плативших, %)

Источник: данные РМЭЗ ВШЭ.

## 2.4. Региональные различия в распространенности практик оплаты гражданами медицинской помощи

В ранее проведенных исследованиях отмечались различия между регионами в распространенности практик оплаты населением медицинской помощи [Шишкин, 2004; Шишкин, Бондаренко, Бурдяк и др. 2008]. Но эти исследования ограничивались сравнением нескольких регионов или больших групп регионов. Возможность анализа различий в уровне распространенности оплаты медицинской помощи для всей совокупности субъектов РФ впервые появилась в результате проведения в 2010 г. по заказу ВШЭ опроса «Георейтинг», в анкету которого специально для этих целей были введены соответствующие вопросы. Участники опроса «Георейтинг» указывали, обращались ли они за амбулаторной помощью (помимо стоматологической и зубопротезирования) в течение 3 месяцев до момента опроса и проходили ли они лечение в стационаре в течение 12 месяцев до опроса. Обращавшиеся отмечали, оплачивали ли они эти услуги и как (официально или неформально).



**Рис. 5.** Доля плативших за амбулаторную помощь (среди обращающихся за амбулаторной помощью в течение 3 месяцев) в субъектах РФ в 2010 г.

Источники: данные Всероссийского опроса населения «Георейтинг», проведенного в 2010 г. ФОМ по заказу НИУ ВШЭ.

Анализ данных «Георейтинга» свидетельствует о наличии значительных региональных различий практически по всем рассматриваемым показателям. При среднем уровне распространенности практик оплаты амбулаторной помощи в целом по выборке, равном 29%<sup>6</sup>, распространенность этих практик колебалась по регионам страны от 66% в Чеченской Республике до 8% в Республике Алтай (рис. 5).

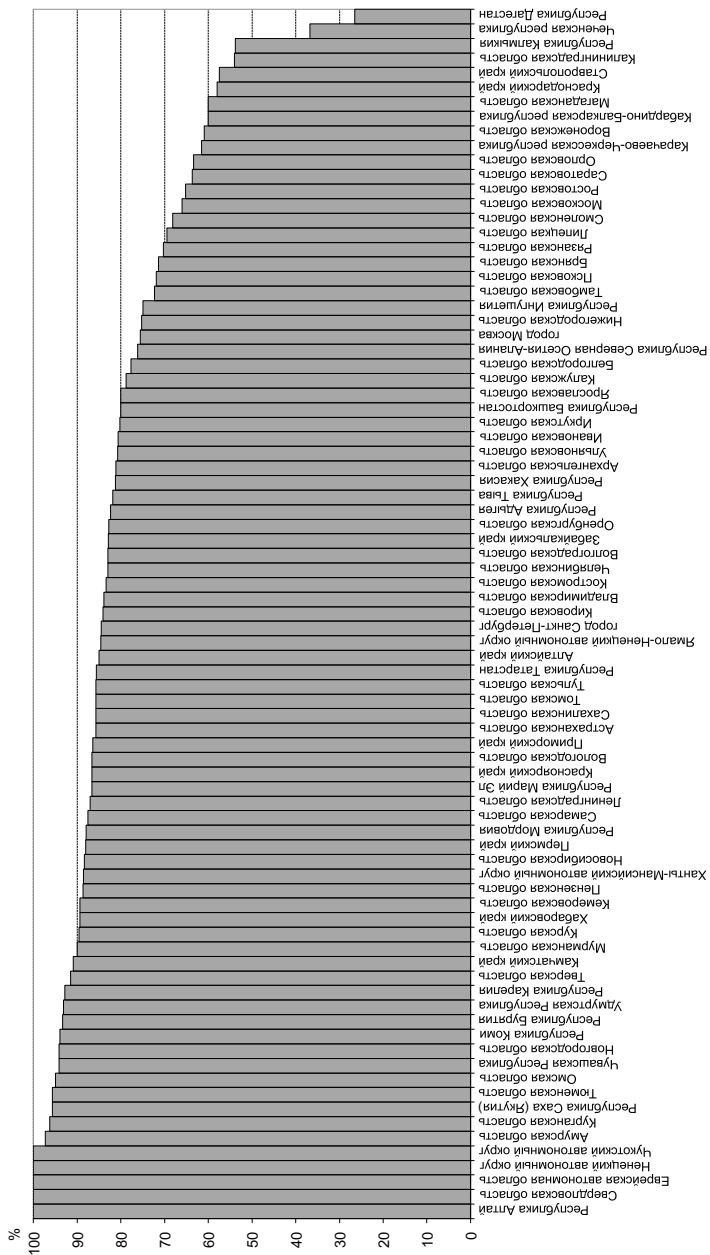
Показатель доли плативших официально за получение амбулаторной помощи в общем числе плативших за ее получение значительно варьировал по регионам – от 100% до 27%. Практически во всех регионах (в 81 регионе из 83) официальная форма оплаты амбулаторной помощи применяется чаще, чем неофициальная. Только в двух регионах (Чеченской Республике и Республике Дагестан) респонденты указали, что эта форма оплаты применялась значительно реже, чем в половине случаев (37% и 27% соответственно) (рис. 6).

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить связь между распространенностью официальных платежей при получении амбулаторной помощи и уровнем экономического развития региона: чем выше подушевой валовой региональный продукт, тем чаще население региона платит за получение амбулаторной помощи официально, в кассу медицинских учреждений (коэффициент корреляции составляет 0,305).

Показатель распространенности практик неофициальной оплаты амбулаторной помощи имеет еще более выраженную региональную дифференциацию (рис. 7). При этом в 15 регионах доля плативших неофициально за получение амбулаторной помощи превышает 50% от общего числа плативших за нее, достигая максимума 84% в Республике Ингушетия.

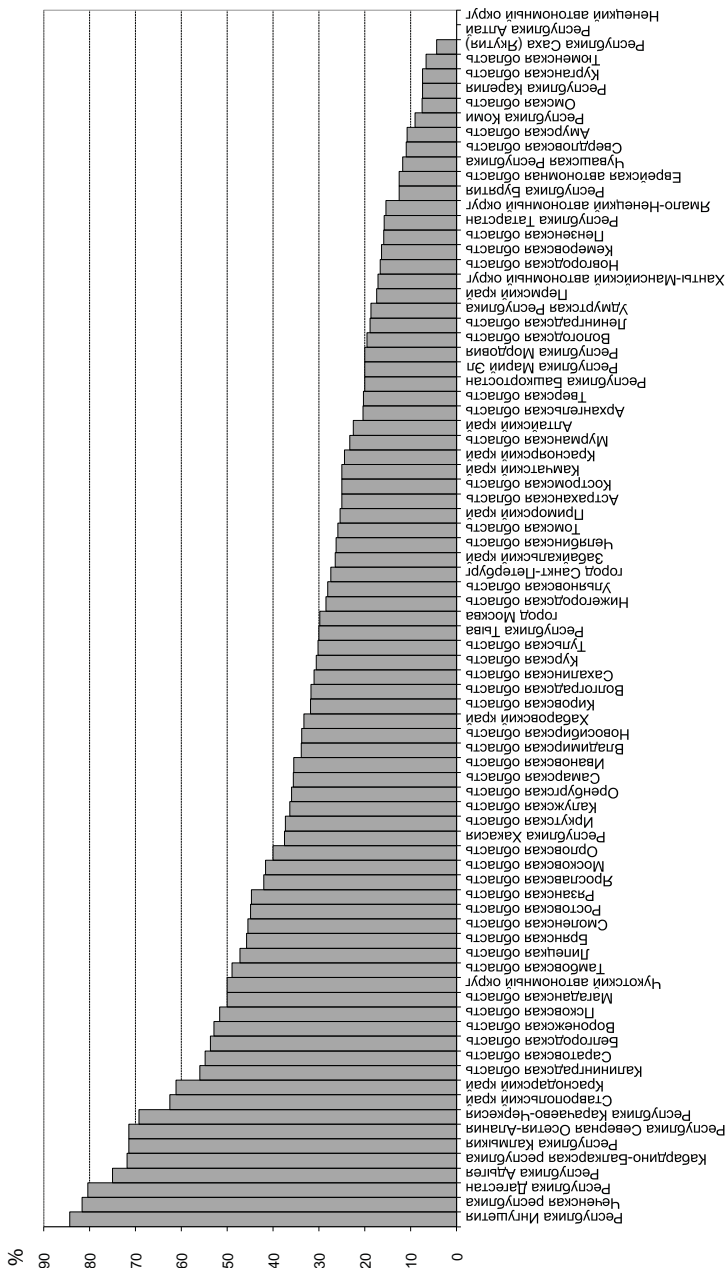
---

<sup>6</sup> Два анализируемых в данной работе социологических опроса, измеряющих уровень распространенности практик оплаты пациентами медицинской помощи по ее видам – РМЭЗ и «Георейтинг» – указывают на различные уровни измеряемых явлений. Данные, полученные в результате проведения опроса «Георейтинг», показывают значительно более высокие уровни распространенности практик оплаты получаемой медицинской помощи по ее видам. Подобные значительные расхождения в оценке уровня участия населения в частном финансировании здравоохранения объясняются в основном различиями в выборке в обоих исследованиях. Уровень распространенности участия населения в частном финансировании здравоохранения значительно колеблется в зависимости от социально-экономических характеристик респондентов: пол и возраст, место проживания, уровень образования и др. Между тем структура выборок в этих исследовательских проектах значительно различается по основным социально-демографическим характеристикам респондентов. В данном случае данные «Георейтинга» приводятся не для сравнения полученных для всей страны показателей, а для анализа региональных различий (чего не позволяют делать данные РМЭЗ).



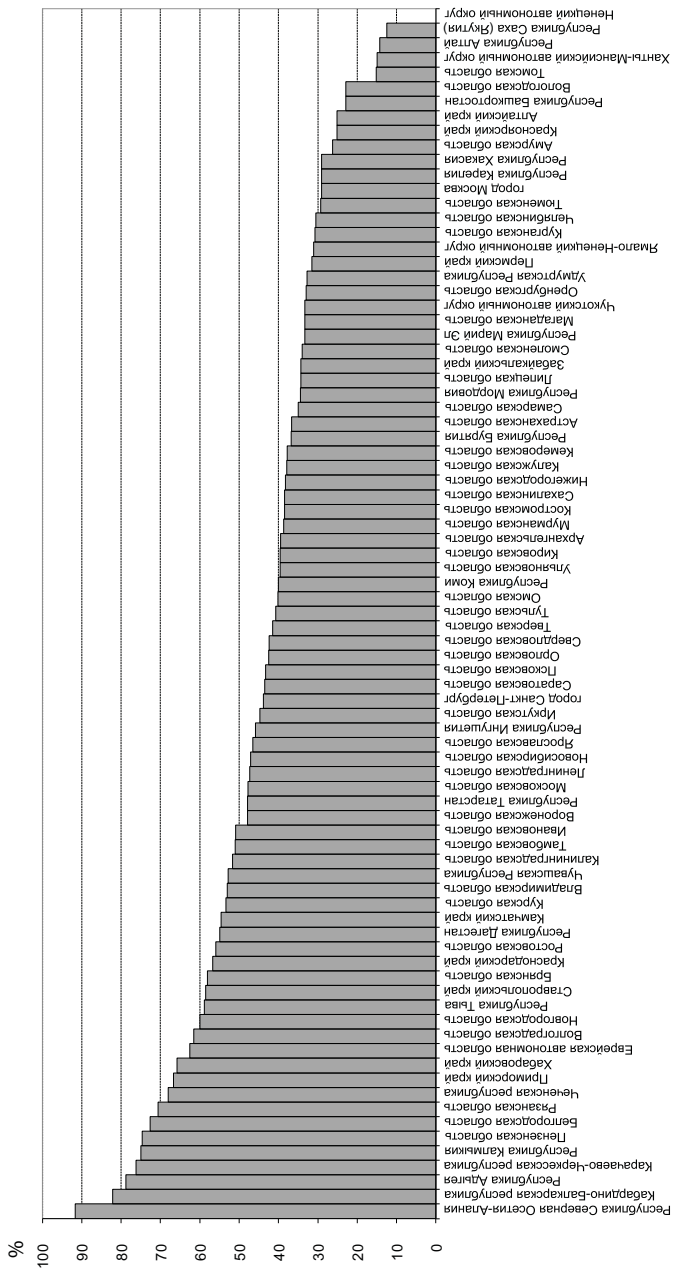
**Рис. 6.** Доля плативших официально (среди всех плативших за амбулаторную помощь в течение 3 месяцев) в субъектах РФ в 2010 г.

*Источник:* данные Всероссийского опроса населения «Георейтинг», проведенного в 2010 г. ФОМ по заказу НИУ ВШЭ.



**Рис. 7.** Доля плативших неофициально (среди всех плативших за амбулаторную помощь в течение 3 месяцев) в субъектах РФ в 2010 г.

*Источник:* данные Всероссийского опроса населения «Георейтинг», проведенного в 2010 г. ФОМ по заказу НИУ ВШЭ.



**Рис. 8.** Распространенность практик оплаты гражданами стационарной медицинской помощи по регионам страны, % респондентов от общего числа получивших стационарную помощь, 2010 г.

*Источник:* данные Всероссийского опроса населения «Георейтинг», проведенного в 2010 г. ФОМ по заказу НИУ ВШЭ.



Распространенность платности при получении стационарной помощи, как и в случае амбулаторной помощи, значительно колеблется по регионам страны (рис. 8).

Доля плативших официально через кассу учреждения за получение стационарной помощи составляет в целом по выборке 72,6% от всех оплативших лечение пациентов. Но при этом в 38 регионах более половины пациентов, плативших за лечение в стационаре, делали это неформально (рис. 9).

Проведенный корреляционный анализ показывает, что между уровнем экономического развития регионов и распространенностью платности при стационарной помощи наблюдается обратная зависимость: чем выше уровень подушевого валового регионального продукта, тем ниже уровень распространенности практик оплаты стационарной помощи пациентами (коэффициент корреляции равен  $-0,352$ ), в том числе уровень распространенности практик оплаты медикаментов для стационарного лечения (коэффициент корреляции равен  $-0,339$ ), и тем ниже доля плативших неофициально среди всех плативших за лечение в стационаре (коэффициент корреляции равен  $-0,282$ ).

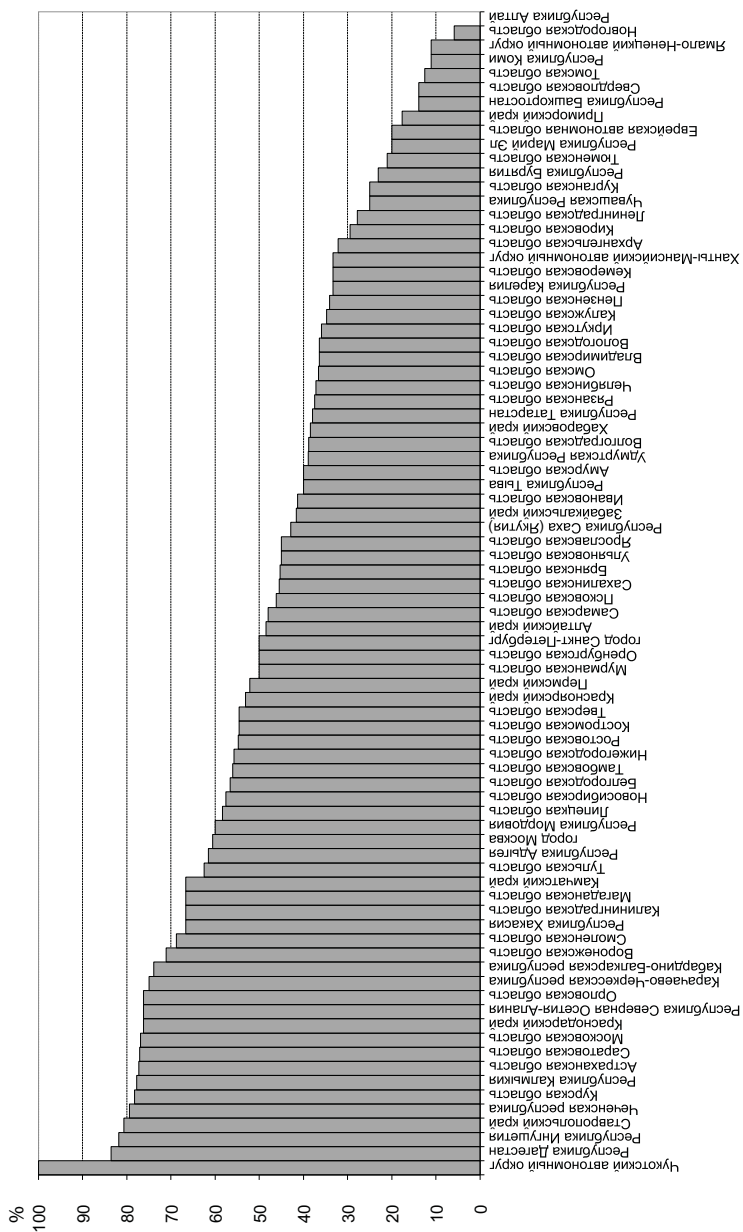
## ***2.5. Динамика доли домохозяйств, вынужденных отказаться от медицинской помощи по причине нехватки денег***

В результате распространения в 1990-е годы практик оказания медицинской помощи за плату экономическая доступность медицинских услуг уменьшилась. По данным РМЭЗ, в 2000 г. доля домохозяйств, вынужденных отказаться от медицинской помощи по причине нехватки денег, составляла для стационарной помощи 5,5%, для амбулаторной помощи – 6,7%, стоматологической – 11,7% и медикаментозной – 17,3%<sup>7</sup>. Как видно из этих данных, чаще всего люди были вынуждены отказываться от видов медицинской помощи, не включаемых в базовый пакет бесплатных медицинских услуг<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Вопрос об экономической доступности медицинской помощи по основным ее видам был внесен в анкету РМЭЗ только с 2000 г.

<sup>8</sup> В базовый пакет бесплатных медицинских услуг включаются практически все виды медицинской помощи, за исключением приобретения медикаментов при амбулаторном лечении (за исключением отдельных групп населения, которым медикаменты предоставляются либо бесплатно, либо со скидкой). Медикаменты при стационарном лечении предоставляются пациентам бесплатно. Стоматологическая помощь включена в крайне ограниченном объеме.



**Рис. 9.** Распространенность практик неофициальной оплаты пациентами стационарной помощи, % респондентов, плативших неофициально в общем числе плативших за этот вид помощи, 2010 г.

*Источник:* данные Всероссийского опроса населения «Георейтинг», проведенного в 2010 г. ФОМ по заказу НИУ ВШЭ.

В последнее десятилетие в условиях экономического роста наблюдалась положительная тенденция повышения экономической доступности медицинской помощи. За период 2000–2011 гг. значительно сократилась доля пациентов, отказывающихся от получения необходимой медицинской и медикаментозной помощи в силу отсутствия денег. При этом наблюдалось 2–3-кратное снижение отказов в получении необходимой помощи практически по всем видам медицинской помощи (рис. 10). В 2011 г. за амбулаторной и стационарной помощью в связи с отсутствием денег не обратились по 2,2% семей, участвовавших в опросе, не получили стоматологическую помощь 6,4% опрошенных семей, не купили необходимые лекарства 6% домохозяйств.



**Рис. 10.** Доля домохозяйств, члены которых в течение 12 месяцев до опроса только из-за нехватки денег не смогли получить лечение или необходимые лекарства

Источник: данные РМЭЗ ВШЭ.

### 3. Факторы обращения пациентов к получению медицинской помощи за плату

На данных РМЭЗ была проведена оценка регрессионных моделей риска оплаты визитов к медработникам и лечения в стационаре при обращении за данными видами помощи, а также риска неформальной оплаты при оплате услуг медицинских работников и стационарного лечения. Оценка производилась с помощью бинарной логистической регрессии. В каждом случае оценивалась модель вида

$$\text{Ln}\left(\frac{P}{1-P}\right) = b_0 + b_1 * X_1 + \dots + b_i * X_i + \varepsilon,$$

где  $\frac{P}{1-P}$  – риск оплаты медицинской помощи: отношение шансов, равное вероятности наступления события к вероятности ненаступления события;

$b_0$  – константа модели;

$b_i$  – коэффициенты при независимых переменных модели;

$\varepsilon$  – ошибка модели, вариация зависимой переменной, не объясняемая моделью.

В качестве независимых переменных, влияние которых тестировалось в ходе регрессионного анализа, выступали: показатели состояния здоровья индивида (самооценка здоровья, наличие хронических заболеваний, наличие инвалидности), показатели потребления медицинской помощи (наличие полиса добровольного медицинского страхования), показатели доходов респондента (душевые доходы домохозяйства индивида), социально-демографические характеристики респондента (пол, возраст, образование, наличие партнера, тип населенного пункта, в котором проживает респондент), характеристики региональной системы здравоохранения (объем коечного фонда, размер подушевого финансирования здравоохранения<sup>9</sup>, количество впервые выявленных заболеваний).

Поскольку количество респондентов, оплачивающих визиты к медработникам и стационарную помощь, в выборке опроса невелико, использовались данные двух волн РМЭЗ: 2010 г. и 2011 г. Доходы респондентов

---

<sup>9</sup> Использовались данные Докладов о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 и 2011 г. [Минздрав России, 2011, 2012].

в 2010 г. были приведены к ценам 2011 г. с помощью индекса потребительских цен на товары и услуги, а государственные расходы на здравоохранение в 2010 г. представлены в ценах 2011 г. с использованием индекса – дефлятора ВВП. Чтобы устранить различия в вероятности оплаты при обращении и неформальные платежи при оплате помощи в 2010 г. и 2011 гг., в регрессионную модель была включена переменная «раунд».

### *Модели оплаты*

Модель риска оплаты услуг медработников была протестирована на респондентах РМЭЗ, обращавшихся к врачам или другим медработникам в течение 30 дней до момента опроса. Число таковых составило 5535 человек. Из них 10,8% респондентов (599 человек) сообщили, что вносили оплату во время последнего визита к медработникам. Самым сильным предиктором оплаты данного вида услуг является тип населенного пункта (табл. 1). С увеличением размера населенного пункта увеличивается риск оплаты услуг медработников, при этом в Москве и Санкт-Петербурге он значительно выше, чем в прочих городах и на селе. Вторым по значимости фактором оплаты является величина душевых доходов в семье пациента: с переходом в квинтильную группу с более высокими доходами вероятность оплаты услуг медработников увеличивается. Следующим по силе влияния фактором является состояние здоровья: те, кто оценивает свое здоровье как «очень плохое», в 2,3 раза чаще оплачивают услуги медработников, чем граждане со «средним» здоровьем, а люди, страдающие от хронических заболеваний – в 1,3 раза чаще тех, кто полностью здоров. По причине существования льгот инвалиды, напротив, пользуются платными услугами почти в 2 раза реже прочего населения. По результатам регрессионного анализа с увеличением уровня образования растет и готовность платить за услуги медработников. За визит к медработникам несколько чаще платят женщины, а также респонденты, состоящие в браке, официальном или неофициальном. При прочих равных люди старшего возраста менее склонны платить за лечение, чем более молодые, что может быть связано с привычкой получать медицинскую помощь бесплатно в советскую эпоху. Согласно результатам анализа, характеристики региональной системы здравоохранения оказывают относительно слабое влияние на вероятность оплаты услуг медработников. Так, в регионах с высоким уровнем выявляемости заболеваний, где результативность системы здравоохранения, очевидно, выше,

население чуть реже обращается за платными услугами. Зависимость риска оплаты услуг от размеров финансирования здравоохранения является статистически значимой, однако полученный в модели коэффициент равен единице; следовательно, при устранении влияния прочих факторов финансовая обеспеченность не влияет на распространенность платежей за услуги медработников.

Значимые факторы оплаты лечения в стационаре лишь отчасти совпадают с факторами оплаты услуг медработников. В обоих случаях большая вероятность оплаты отличает людей, оценивающих свое здоровье как «очень плохое», имеющих хронические заболевания и высшее образование. Однако в отличие от платежей за услуги медработников, оплата стационарного лечения не зависит от типа населенного пункта, в котором проживает пациент, и его доходов. Меньший риск оплаты лечения в стационаре характерен для людей, имеющих полис добровольного медицинского страхования. В незначительной мере риск оплаты лечения в стационаре снижает большой коечный фонд. Данные заключения были получены при тестировании регрессионной модели на подвыборке 1517 респондентов, обращавшихся за стационарной помощью в течение 3 месяцев до момента опроса. Из них 29,8% (452 человека) оплачивали в стационаре медицинские услуги, пребывание или медикаменты.

Факторы оплаты услуг медработников оценивались ранее с помощью регрессионного анализа на данных волны РМЭЗ 2004 г. [Шишкин, Бондаренко, Бурдяк и др., 2008]. Результаты проведенного нами регрессионного анализа данных РМЭЗ 2010–2011 гг. свидетельствуют о том, что в целом структура факторов, определяющих риск оплаты при обращении за медицинской помощью, остается прежней. Ключевыми факторами, увеличивающими риск оплаты, являются: проживание в крупном населенном пункте, высокие душевые доходы, высокий уровень образования. Вместе с тем различия результатов двух исследований – текущего и исследования 2008 г. – указывают на то, что в период с 2004 по 2011 г. произошли изменения в причинах оплаты пациентами визитов к медработникам. Прежде всего, большее значение приобрел такой фактор, как состояние здоровья. Согласно данным 2004 г., наличие хронических заболеваний не оказывает влияния на риск оплаты услуг медработников. Данные 2010–2011 гг., напротив, свидетельствуют о том, что хронические заболевания, равно как и оценка своего здоровья как «очень плохое», увеличивают риск оплаты. В свою очередь, размеры государственного финансирования здравоохранения утратили свое влияние: на дан-

ных 2004 г. наблюдается слабая, но обратная зависимость риска оплаты от величины государственных расходов, данные 2010–2011 гг. свидетельствуют о том, что при фиксации влияния прочих факторов в регионах с разным уровнем финансирования риск оплаты услуг медработников является одним и тем же.

### *Модели неформальной оплаты*

На совокупности респондентов, оплачивающих услуги медработников, была протестирована регрессионная модель риска неформальной оплаты. Среди плативших за визит к медработникам 599 человек 34% (201 человек) произвели оплату непосредственно в руки сотрудникам медицинских учреждений деньгами или подарками. Регрессионный анализ позволил выделить два фактора неформальных платежей при визитах к медработникам: место жительства пациента и его состояние здоровья. При оплате услуг медработников в руки чаще платят жители Москвы, Санкт-Петербурга, а также больших городов (с населением 300 тыс. жителей и более). И если стремление заплатить за лечение наиболее характерно для людей с плохим состоянием здоровья, то именно к неформальной оплате прибегают те, кто оценивает свое самочувствие как «хорошее».

Модель неформальной оплаты стационарной помощи тестировалась на подвыборке респондентов, оплативших лечение, пребывание или медикаменты при лечении в стационаре в течение 3 месяцев до момента опроса. Размер такой подвыборки составил 452 человека, из которых 28,8% (130 человек) передавали деньги непосредственно медицинскому персоналу больницы. Как и в случае с визитами к медработникам, риск неформальной оплаты стационарного лечения связан с типом населенного пункта, в котором проживает респондент. Но повышенная вероятность неформальной оплаты отличает лишь большие города (за исключением Москвы и Санкт-Петербурга). В отличие от оплаты визитов к медработникам, форма оплаты лечения в стационаре не коррелирует с состоянием здоровья пациента. При этом важными факторами риска неформальной оплаты в стационаре являются размер душевых доходов в семье больного и наличие у него полиса добровольного медицинского страхования. Регрессионный анализ зафиксировал повышенный риск неформальных платежей для второй и четвертой квинтильных групп, выделенных по величине дохода (по сравнению с первой квинтильной группой с самыми низкими доходами). Примечательно, что наличие полиса

добровольного медицинского страхования сокращает риск платежей в стационаре, но увеличивает вероятность того, что они будут неформальными, если платежи все-таки будут иметь место. По-видимому, пациенты, проходящие в стационаре платное лечение за счет средств страховой компании, считают, что не могут совсем ничего не заплатить врачам, поскольку это заставит последних быть к ним более равнодушными. Увеличивает вероятность неформальных платежей в стационаре и наличие партнера. А в регионах с высокой выявляемостью заболеваний и, вероятно, более результативной системой здравоохранения вероятность неформальных платежей в стационаре меньше.

Таблица 1. Регрессионные модели риска обращения за платной медицинской помощью и риска неформальной оплаты услуг

Независимые переменные	Оплата за визит к медработникам		Неформальная оплата при оплате визита к медработникам		Оплата при обращении за стационарной помощью		Неформальная оплата при оплате стационарной помощи	
	В	Exp (В)	В	Exp (В)	В	Exp (В)	В	Exp (В)
Пол: женский	0,213	1,237						
Возраст, лет	-0,015	0,985						
Наличие партнера	0,253	1,288					0,781	2,183
Образование: ниже среднего vs высшее	-1,005	0,366						
Образование: среднее vs высшее								
Образование: среднее специальное или профессионально-техническое vs высшее	-0,362	0,697			-0,329	0,719		
Тип населенного пункта: Москва и Санкт-Петербург vs село	1,340	3,819	1,347	3,846				
Тип населенного пункта: большие города vs село	0,500	1,649	0,711	2,036			1,040	2,831
Тип населенного пункта: средние и малые города vs село	0,464	1,590						
Наличие хронических заболеваний	0,294	1,341			0,385	1,469		
Наличие инвалидности	-0,530	0,589						
Самооценка здоровья: «очень хорошее» vs «среднее»								



Независимые переменные	Оплата за визит к медработникам		Неформальная оплата при оплате визита к медработникам		Оплата при обращении за стационарной помощью		Неформальная оплата при оплате стационарной помощи	
	В	Exp (В)	В	Exp (В)	В	Exp (В)	В	Exp (В)
Самооценка здоровья: «хорошее» vs «среднее»			0,743	2,102				
Самооценка здоровья: «плохое» vs «среднее»								
Самооценка здоровья: «очень плохое» vs «среднее»	0,821	2,272			0,731	2,077		
Душевые доходы: 2 квинтиль vs 1 квинтиль							0,850	2,340
Душевые доходы: 3 квинтиль vs 1 квинтиль	0,358	1,430						
Душевые доходы: 4 квинтиль vs 1 квинтиль	0,590	1,805					0,924	2,520
Душевые доходы: 5 квинтиль vs 1 квинтиль	0,904	2,470						
Наличие полиса ДМС					-0,812	0,444	1,957	7,079
Число больничных коек в регионе на 1000 жителей					-0,013	0,987		
Количество выявленных заболеваний в регионе на 100000 жителей	-0,001	0,999					-0,005	0,995
Размер подушевого финансирования здравоохранения с учетом коэффициента удорожания, руб.	0,000	1,000						
Влияние раунда: 2010 г. по сравнению с 2011 г.	0,326	1,385						
Константа	-0,733	0,481	0,767	2,154	0,425	1,530	3,121	22,662
Величина подвыборки, на которой тестировалась модель, человек	5535		599		1517		452	
Объяснительная сила модели (процент правильно предсказанных случаев)	89,1%		68,2%		70,9%		76,5%	
Log-likelihood	3458,977		699,262		1767,872		445,081	

*Примечание.* В таблице указаны только статистически значимые коэффициенты ( $\alpha < 0,05$ ).

## 4. Оценка величины расходов населения на здравоохранение

### 4.1. Расходы населения в 2005–2010 гг.

В отличие от характеристик распространенности практик оплаты медицинской помощи, данные РМЭЗ дают возможность проследить динамику расходов населения на медицинскую помощь лишь начиная с 2000 г. В настоящем исследовании проводится сравнение затрат населения на медицинскую помощь в 2005 г. и 2010 г. Выбор начальной точки для сравнения обусловлен тем, что с 2005 г. государственные расходы на здравоохранение значительно выросли по сравнению с предыдущими годами: с 2005 г. по 2007 г. они увеличились на 50% в реальном выражении и затем в 2008–2010 гг. стабилизировались на этом уровне [Shishkin, 2013]. В 2011 г., как уже отмечалось, выборка РМЭЗ претерпела некоторые изменения, и поэтому для целей анализа динамики расходов корректнее рассмотреть период времени, заканчивающийся 2010 г.

Сравнение расходов граждан на здравоохранение в 2005 г. и 2010 г. производилось в разрезе основных видов медицинской помощи: амбулаторной, стационарной и медикаментозной помощи при амбулаторном лечении<sup>10</sup>. В качестве расходов на амбулаторную помощь были взяты затраты граждан на оплату визитов к медработникам и оплату дополнительных диагностических обследований и процедур (оплата последнего случая посещения врача в течение 30 дней до момента опроса и сопутствующих ему дополнительных обследований и процедур). Расходы на медикаментозную помощь представлены стоимостью лекарств и перевязочных материалов, приобретенных населением для лечения дома в течение одного месяца до момента опроса. Расходы на стационарную помощь включают затраты граждан в расчете на один месяц на лечение и пребывание в стационаре, а также на медикаменты для лечения в стационаре. Подчеркнем, что данные РМЭЗ о расходах на амбулаторную помощь характеризуют лишь затраты в последний случай обращения пациента за этим видом помощи в течение месяца и не позволяют получить корректную оценку величины таких расходов населения в расчете

---

<sup>10</sup> Выделение медикаментозной помощи при амбулаторном лечении в отдельную категорию обусловлено тем, что этот вид помощи, в отличие от остальных основных видов помощи, не входит в базовый пакет бесплатной медицинской помощи (за исключением отдельных групп населения, которым медикаменты предоставляются бесплатно или со скидкой).

на один месяц и провести сопоставление с расходами на другие виды помощи в этот временной период. Поэтому сравнение расходов на лечение в 2005 г. и 2010 г. проводилось по каждому виду медицинской помощи в отдельности. Динамика расходов оценивалась в сопоставимых ценах: расходы 2010 г. были переведены к ценам 2005 г.<sup>11</sup>

За рассматриваемый период времени расходы на амбулаторную помощь в реальном выражении выросли на 77% (с 32,5 руб. до 57,4 руб. в расчете на 1 человека в сопоставимых ценах<sup>12</sup>). На лекарства и перевязочные материалы для лечения дома население стало тратить в 3 раза больше: если в 2005 г. на одного россиянина приходилось 85,5 руб. в месяц, то к 2010 г. эта сумма выросла до 268,7 руб. в ценах 2005 г. Расходы на стационарную помощь в рассматриваемый период, напротив, сократились на 36%: с 19,8 руб. до 12,7 руб.

Сокращение личных расходов на стационарную помощь объясняется сокращением в большей степени расходов на оплату услуг в стационаре, чем сокращением расходов на приобретение медикаментов для стационарного лечения. В 2005–2010 гг. душевые расходы на лечение и пребывание в стационаре сократились на 64% (с 19,1 руб. до 6,9 руб.), душевые расходы на лекарства и перевязочные материалы для лечения в стационаре – на 25% (с 7,7 руб. на 5,8 руб.). По всей видимости, такая динамика свидетельствует об увеличении доступности бесплатной стационарной помощи в рассматриваемый период.

По каждому из рассматриваемых видов медицинской помощи оценка подушевых расходов осуществлялась в разрезе социально-экономических групп населения (различающихся по уровню дохода, возрасту, типу поселений) и форм оплаты (официальная и неофициальная).

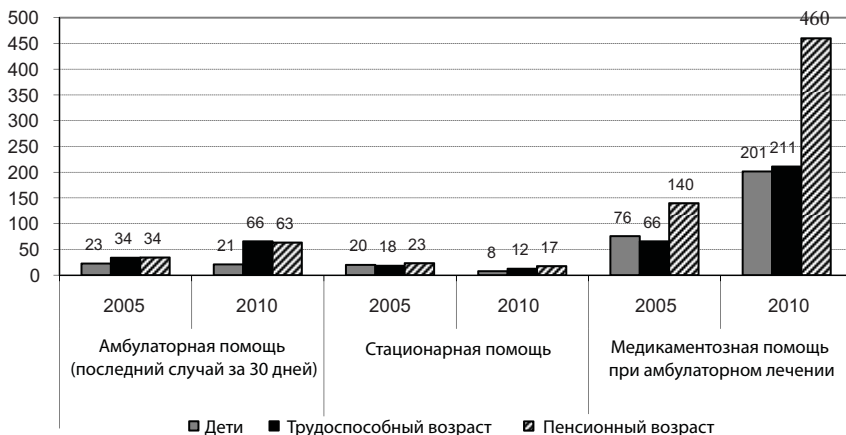
На стационарную и медикаментозную помощь при амбулаторном лечении население пенсионного возраста тратит в подушевом выражении больше, чем граждане трудоспособного возраста и дети (рис. 11). При этом именно для пожилых в 2005–2010 гг. рост расходов на лекарства был наиболее интенсивным. Однако следует заметить, что и подушевые доходы в семьях с лицами старше трудоспособного возраста, по данным

---

<sup>11</sup> Использовались данные базы Росстата, размещенной на сайте <[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/tariffs/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/tariffs/#)>.

<sup>12</sup> Расходы на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь в 2010 г. приводились к ценам 2005 г. с использованием индексов роста розничных цен на медицинские услуги, а расходы на медикаментозную помощь – соответственно индекса роста розничных цен на лекарства.

РМЭЗ, в этот период росли быстрее, чем подушевые доходы в семьях с лицами в трудоспособном возрасте и в семьях с детьми (рост в реальном выражении в 1,5, 1,22 и 1,21 раза соответственно). Очевидно, что это стало фактором опережающего увеличения платежеспособного спроса лиц старше трудоспособного возраста на медикаменты.



**Рис. 11.** Подушевые личные расходы на здравоохранение по видам медицинской помощи в разрезе возрастных групп, 2005 г. и 2010 г., руб. в месяц (в постоянных ценах 2005 г.)

*Источник:* данные РМЭЗ.

На протяжении рассматриваемого периода среди населения, проживающего в разных типах поселений, самые высокие подушевые личные расходы на рассматриваемые виды помощи были у жителей мегаполисов. При этом как в начале периода, так и в конце наблюдалась закономерность: сокращение уровня подушевых личных расходов по мере сокращения численности населенных пунктов (рис. 12).

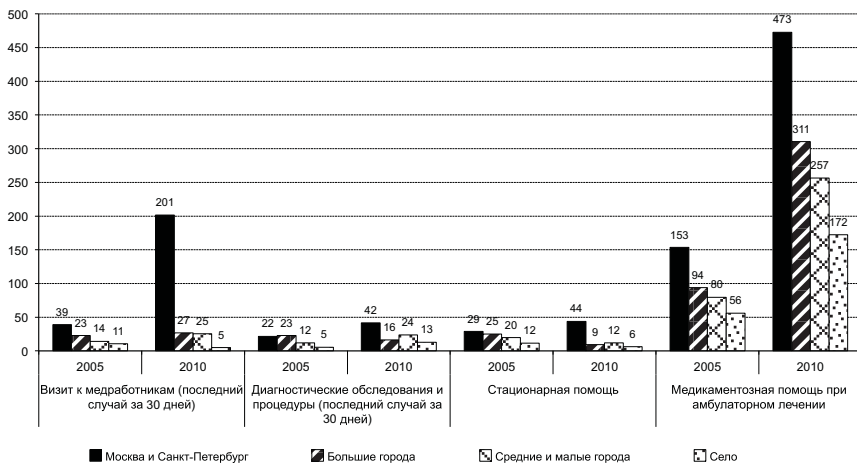
Также обращает на себя внимание интенсивный рост расходов жителей Москвы и Санкт-Петербурга и на амбулаторную и на стационарную помощь. В прочих же населенных пунктах расходы населения на лечение в стационарах сокращались. Такая динамика объясняется, по нашему мнению, следующим образом: для населения, проживающего вне мегаполисов, увеличилась доступность бесплатной стационарной помощи,

но невысокого качества. А увеличение расходов жителей мегаполисов на стационарное лечение отражает рост платежеспособного спроса на услуги более высокого качества по сравнению с предоставляемыми бесплатно.

Эффект снижения в 2005–2010 гг. расходов на лечение обнаружился также у жителей больших городов при оплате амбулаторных диагностических услуг: они сократились на 30% в реальном выражении. У жителей всех других типов населенных пунктов эти расходы увеличились. Эти данные свидетельствуют, что именно для жителей больших городов выросла доступность бесплатных амбулаторных услуг по диагностике. Как известно, реализация с 2006 г. Национального проекта «Здоровье» способствовала значительному улучшению оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений современным диагностическим медицинским оборудованием. Полученные нами данные являются свидетельством того, что выделенные государством средства на эти цели действительно привели к увеличению доступности бесплатной качественной амбулаторной помощи, но главными бенефициариями этого оказались жители больших городов.

Как в 2005 г., так и в 2010 г. наблюдается прямая зависимость величины расходов населения на различные виды помощи от размера их доходов (рис. 13): самые обеспеченные (5-й квинтиль) расходуют на лечение в несколько раз больше, чем самые бедные (представители 1-й квинтильной группы). Однако в 2005–2010 гг. соотношение их расходов сокращается для амбулаторной помощи с 17 до 9 раз и для медикаментозной помощи – с 4 до 2 раз. Таким образом, рост частных расходов на амбулаторную помощь у бедных был более высоким, чем у обеспеченных.

Увеличение доступности бесплатной стационарной медицинской помощи позволило и бедным и богатым слоям населения тратить на стационарное лечение меньше. Но при этом расходы бедных сократились в большей мере, чем расходы богатых. Таким образом, бедные слои населения в большей степени переключились на получение только бесплатной стационарной помощи, чем богатые. В итоге если в 2005 г. самые обеспеченные тратили на этот вид помощи в 5 раз больше, чем самые бедные, то к 2010 г. в сопоставимых ценах это соотношение выросло до 9.

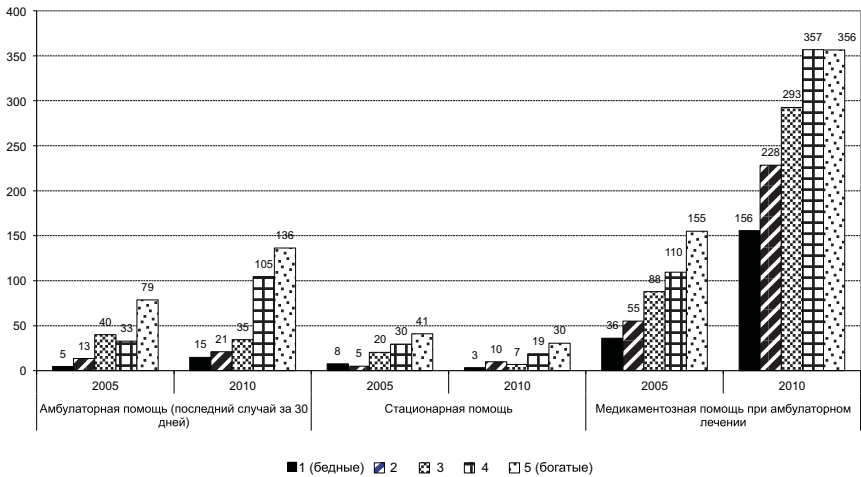


**Рис. 12.** Подушевые личные расходы на здравоохранение по видам медицинской помощи в разрезе типов населенных пунктов<sup>13</sup>, 2005 г. и 2010 г., руб. в месяц (в постоянных ценах 2005 г.)

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

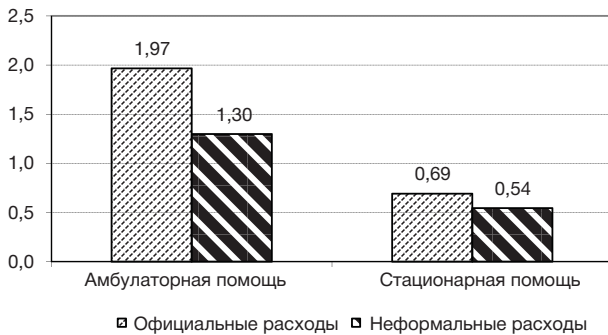
На протяжении рассматриваемого периода большая часть личных средств расходовалась в форме официальных платежей за предоставляемую помощь как в амбулаторном, так и стационарном секторах. Так, при получении амбулаторной помощи в 2005 г. суммы расходов населения «через кассу» в 2,8 раза превосходили суммы теневых выплат, а в 2010 г. – уже в 4,3 раза. Аналогичная тенденция прослеживалась и в стационарном секторе, где этот показатель составлял соответственно 2,0 и 2,5 раза. В рассматриваемый период оплата амбулаторной помощи в легальной форме росла быстрее, чем неформальные платежи, а оплата «в руки» в стационарах сократилась более значительно, чем официальные расходы на стационарную помощь (рис. 14). Данные о динамике формальных и неформальных расходов на амбулаторную помощь подтверждают вывод о все большей легализации этой оплаты, сделанный выше по данным о динамике распространенности формальных и неформальных платежей.

<sup>13</sup> Здесь и далее большие города – города с населением 300 тыс. человек и более, средние и малые города – города с населением менее 300 тыс. человек.



**Рис. 13.** Подушевые личные расходы на здравоохранение по видам медицинской помощи в разрезе квинтильных групп по величине душевых доходов, 2005 г. и 2010 г., руб. в месяц (в постоянных ценах 2005 г.)

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.



**Рис. 14.** Рост расходов на медицинскую помощь на 1 человека: 2010 г. к 2005 г. в сопоставимых ценах

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

#### **4.2. Структура расходов населения на медицинскую помощь**

Данные РМЭЗ 2011 г., как уже отмечалось, являются несколько смещенными по сравнению с данными за предыдущие годы из-за изменений в выборке. Но данные этого раунда РМЭЗ позволяют получить наиболее полные и детальные характеристики структуры расходов населения на медицинскую помощь. Как раз в целях более детального изучения структуры личных расходов граждан на здравоохранение, проводимого в рамках проекта «Мониторинг экономических процессов в здравоохранении» Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ, в 2011 г. в анкету РМЭЗ были введены дополнительные вопросы, отражающие расходы населения на ранее не рассматриваемые в РМЭЗ виды помощи (скорая помощь и стоматологическая помощь), а также расходы населения на приобретение полисов добровольного медицинского страхования.

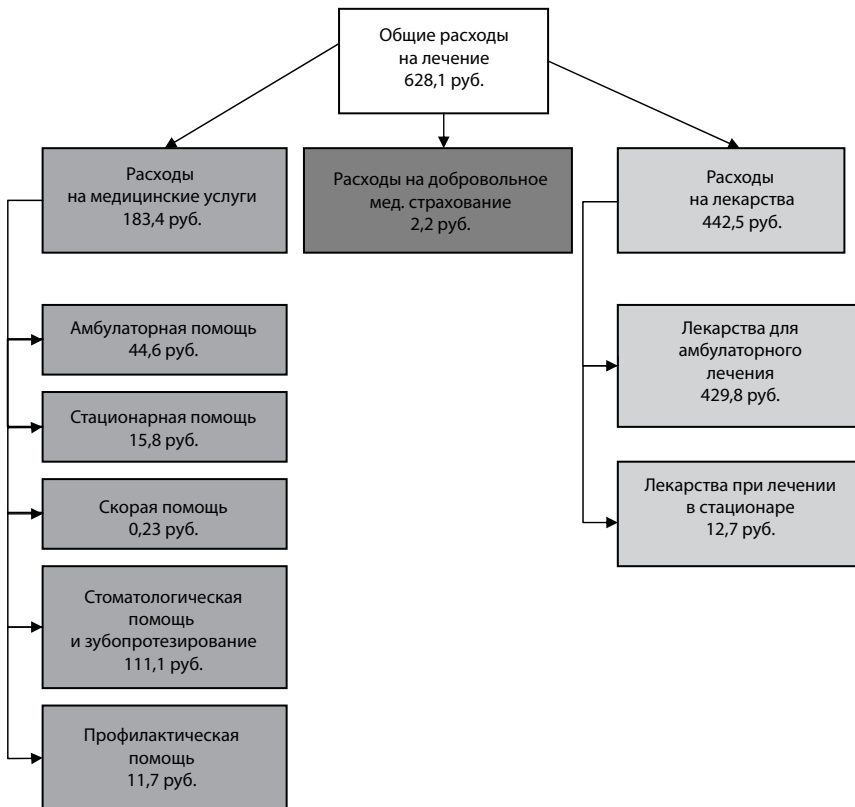
Данные РМЭЗ 2011 г. позволяют оценить личные расходы граждан на медицинскую помощь в месяц в текущих ценах как в разрезе отдельных видов помощи (амбулаторная помощь, кроме стоматологической помощи, стационарная помощь, стоматологическая помощь, включая зубопротезирование, скорая помощь, медикаментозная помощь при амбулаторном лечении), так и социально-экономических групп населения, различающихся по уровню дохода, возрасту и типу поселения. По данным опроса, подушевые личные расходы на медицинскую помощь составили в 2011 г. 628 руб. (19,5 долл.) в месяц. Структура расходов по видам помощи в среднем на одного респондента представлена на рис. 15.

Большая часть расходов приходится на приобретение медикаментов (около 70%). Немногом менее пятой части расходов приходится на стоматологическую помощь, менее 10% приходится на оплату амбулаторной помощи. Наименьшую долю в подушевых личных расходах на здравоохранение составляют затраты на приобретение полисов добровольного медицинского страхования.

Полученные данные свидетельствуют о наличии четко выраженных закономерностей изменения подушевых расходов на медицинскую помощь для групп населения, различающихся по возрасту, уровню доходов, месту жительства. Так, расходы на медицинскую помощь детям состав-



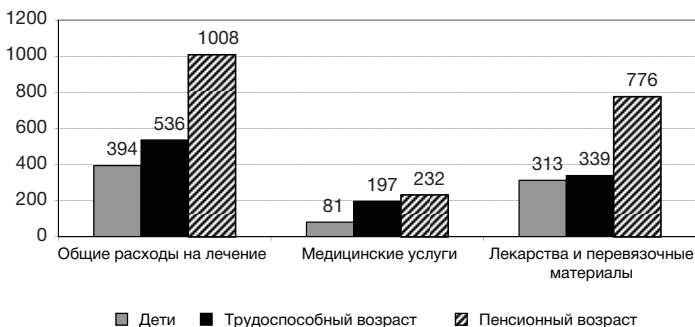
ляют 394,4 руб. в месяц, лицам в трудоспособном возрасте – 536,1 руб., лицам старше трудоспособного возраста – 1008,2 руб.<sup>14</sup> (рис. 16).



**Рис. 15.** Структура расходов населения на лечение в 2011 г.  
(руб. на 1 человека в месяц)

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

<sup>14</sup> Лица младше трудоспособного возраста – от 0 до 16 лет; в трудоспособном возрасте: мужчины от 16 до 60 лет, женщины – от 16 до 55 лет, лица старше трудоспособного возраста – мужчины – 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше.



**Рис. 16.** Средние расходы на лечение за 1 месяц в расчете на одного представителя возрастной группы в 2011 г.

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

Подушевые расходы на медицинскую помощь растут по мере увеличения уровня доходов. В первой квинтильной группе (группе с самыми низкими доходами) среднедушевые расходы составили 251,0 руб. в месяц, во второй – 506,3 руб., в третьей – 566,3 руб., в четвертой – 735,3 руб., в пятой, самой обеспеченной группе – 1238,8 руб.

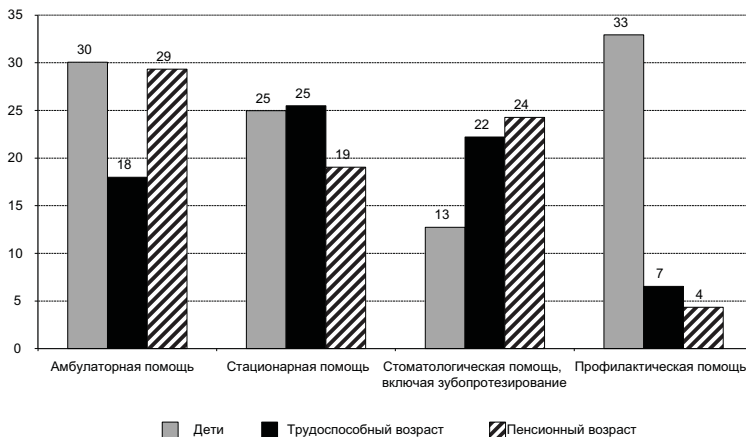
Расходы граждан на лечение уменьшаются по мере снижения численности населения населенного пункта. Жители мегаполисов (Москвы и Санкт-Петербурга) тратили в среднем 1187,6 руб. в месяц, жители больших городов – 771,7 руб., средних и малых городов – 552,4 руб., в сельских поселениях – 367,4 руб.

Соотношение легальных и неформальных расходов на оплату разных видов медицинской помощи: амбулаторной, стоматологической и стационарной, примерно одинаково: оплата в кассу составляет 77–79%. В случае скорой медицинской помощи расходы респондентов в опроснике 2011 г. не разделялись на легальные и неформальные. Поскольку в России скорая помощь в общественной системе здравоохранения должна предоставляться только бесплатно, а объем услуг частной скорой помощи пока еще невелик, то в дальнейших расчетах все затраты респондентов на скорую помощь были квалифицированы как неформальные.

Чтобы сравнить различные группы населения по степени предпочтения неформальной оплаты, для каждой из таких групп на основании данных о душевых расходах была вычислена доля неформальных платежей в общей величине расходов на данный вид помощи. Различия в значении

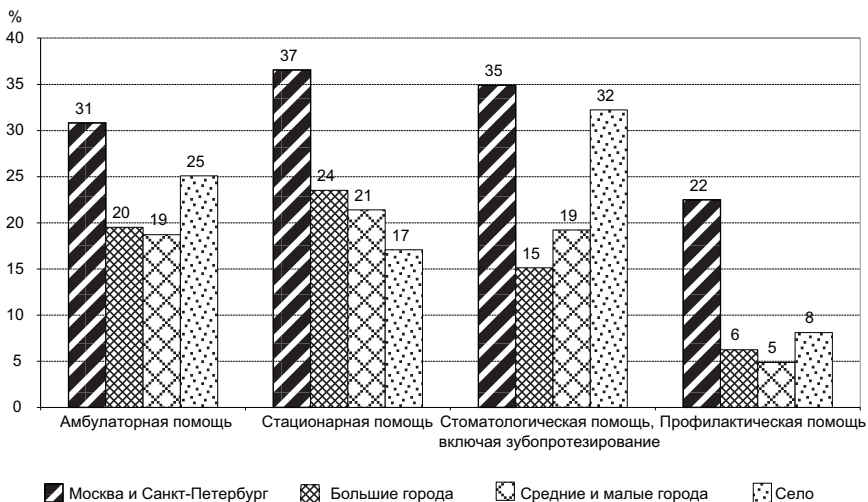
этого показателя по возрасту являются существенными, однако единой для всех видов помощи тенденции выявить не удалось (рис. 17). Так, при оплате амбулаторной помощи официальную оплату предпочитают больные трудоспособного возраста, в группах населения младше и старше трудоспособного возраста большая часть сумм передается «в руки». Доля неформальных платежей в общей величине платежей в стационаре минимальна для населения пенсионного возраста, в то время как более молодое население склонно большую часть оплаты передавать неформально. При обращении за услугами стоматологов пациенты более старшего возраста более склонны к передаче денег «в руки», что, возможно, связано с тем, что неформально оплачиваются чаще именно услуги по зубопротезированию. При оплате профилактической помощи передавать деньги непосредственно медработникам более склонны родители пациентов-детей.

По доле неформальных расходов в общей величине расходов по всем рассматриваемым видам помощи «лидируют» Москва и Санкт-Петербург (рис. 18). По сравнению с жителями прочих больших, а также средних и малых городов, жители села довольно значительную часть платежей производят «в руки» при получении амбулаторной и стоматологической помощи.



**Рис. 17.** Доля неформальных расходов в общих расходах группы на данный вид помощи в группах населения разного возраста в 2011 г.

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.



**Рис. 18.** Доля неформальных расходов в общих расходах группы на данный вид помощи в населенных пунктах различного типа в 2011 г.

*Источник:* данные РМЭЗ ВШЭ.

Большой объем платежей работникам службы «скорой помощи» отличает пациентов старше трудоспособного возраста, а также жителей Москвы и Санкт-Петербурга. На одного представителя группы старше трудоспособного возраста приходится 0,42 руб. платежей работникам «скорой помощи» в месяц, при том что на одного гражданина трудоспособного возраста приходится 0,19 руб., на одного ребенка – 0,06 руб. Значение данного показателя для Москвы и Санкт-Петербурга составило 1,29 руб. при значении в 0,26 руб. для больших городов, 0,06 руб. для средних и малых городов и практически нулевом значении для жителей села.

## **5. Расходы государства и населения по видам медицинской помощи**

Полученные оценки расходов граждан на медицинскую помощь позволяют оценить вклад платежей населения в совокупные затраты на

разные виды медицинской помощи. Для решения этой задачи были вычислены доли расходов на медицинскую помощь различных видов, произведенных в легальной форме, в общей величине официальных расходов респондентов на медицинскую помощь. Неформальные расходы по видам помощи были представлены в виде оценок их отношения к общей величине официальных расходов респондентов на медицинскую помощь. Затем, используя эти структурные характеристики и данные Росстата о расходах населения на медицинские услуги<sup>15</sup>, были рассчитаны оценки официальных и неформальных расходов всего населения на разные виды медицинской помощи.

Полученная оценка расходов населения на амбулаторную помощь включает в себя официальные и неформальные платежи пациентов (в денежном выражении и в виде стоимости подарков) из личных средств при получении амбулаторной помощи (включая оплату консультаций врача, диагностических обследований, процедур, услуг стоматолога, в том числе зубопротезирование, а также визитов к медработникам с целью профилактики заболеваний). Расходы на стационарную помощь включают в себе официальные и неформальные платежи за лечение и пребывание в стационаре, а также расходы на лекарства и перевязочные материалы для стационарного лечения. Общая величина расходов населения на покупку медикаментов для стационарного лечения была получена на основе данных Росстата об объеме продаж лекарств и изделий медицинского назначения в розничной сети и полученной по данным РМЭЗ оценки расходов респондентов на лекарства для лечения в стационаре, исчисленных как доля в общих официальных расходах на лекарства. Расходы населения на услуги «скорой помощи» представлены неформальными платежами пациентов сотрудникам службы скорой помощи.

Расходы населения на медикаменты для амбулаторного лечения были рассчитаны как разница между данными Росстата об объеме продаж лекарств и изделий медицинского назначения в розничной сети и полученной оценкой расходов населения на покупку медикаментов для стационарного лечения.

По данным РМЭЗ было вычислено отношение расходов семей на добровольное медицинское страхование к их общим официальным расходам

---

<sup>15</sup> Эта величина (211,2 млрд руб.) получена путем вычитания из объема реализации платных медицинских услуг населению в 2011 г. (286,1 млрд руб.), которая учитывает оплату медицинских услуг как населением, так и юридическими лицами, величины выплат по добровольному медицинскому страхованию (74,9 млрд руб.).

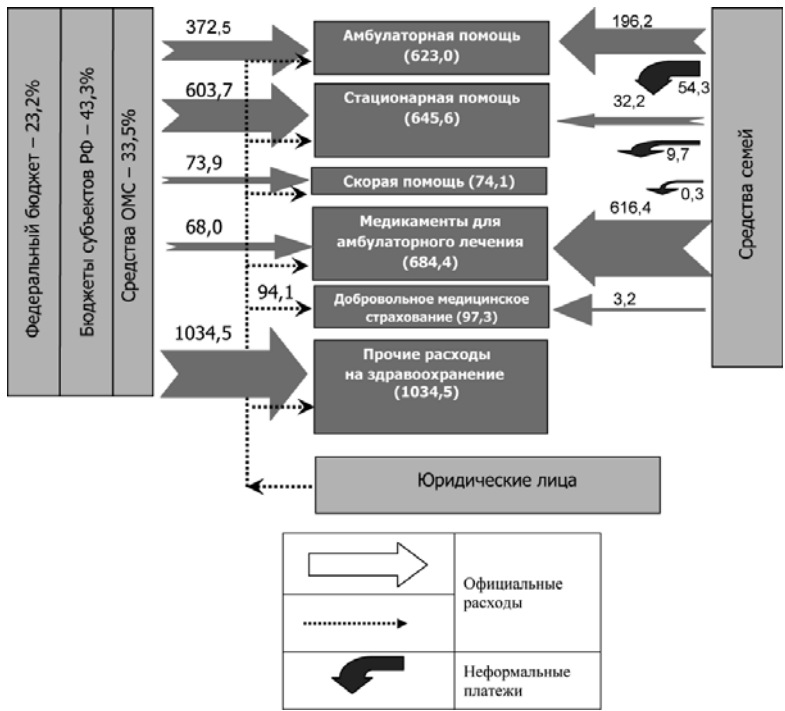
на медицинскую помощь. Совокупные расходы населения страны на добровольное медицинское страхование были вычислены умножением этого показателя на величину расходов населения на медицинские услуги. Расходы юридических лиц на эти же цели были получены как разность данных Росстата о величине взносов на добровольное медицинское страхование и полученной оценки соответствующих расходов населения.

Показатели структуры государственных расходов на здравоохранение рассчитаны по данным Минфина России и Росстата о затратах по уровням бюджетной системы и данных Минздрава России о структуре расходов в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Следует отметить, что, согласно этим данным, почти половина расходов государства на здравоохранение в 2011 г. не были расходами непосредственно на оказание медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий. Это инвестиционные расходы на реализацию Национального проекта «Здоровье», региональных программ модернизации здравоохранения и иные виды затрат, часть из которых, вероятно, могла бы быть отнесена к расходам на оказание отдельных видов медицинской помощи, но информации об этом нет.

Полученные в итоге оценки представлены на рис. 19. Ранее оценок структуры общих расходов на здравоохранение в России с такой степенью детализации не проводилось. Представленные данные свидетельствуют о том, что расходы населения на оплату амбулаторных медицинских услуг сопоставимы с затратами государства: доля средств населения в расходах на этот вид помощи достигает 40%. В стационарном секторе ситуация иная: доминируют расходы государства, а доля затрат населения составляет лишь 6,5% от общих расходов на этот вид помощи. Как известно, стационарная помощь обладает большим приоритетом по сравнению с амбулаторной при распределении государственных ресурсов: соотношение расходов государства на амбулаторную и стационарную помощь составляет 38 : 62. Очевидно, что средства населения выполняют функцию выравнивания диспропорций в государственном финансировании медицинской помощи: соотношение общих (государства и населения) затрат на амбулаторную и стационарную помощь составляет уже 49 : 51.

Официальная оплата медицинской помощи в целом превалирует над неформальной в денежном выражении. Общая величина неформальных платежей населения за медицинскую помощь составляет величину, рав-

ную 30% суммы официальных расходов граждан на платные медицинские услуги.



**Рис. 19.** Расходы государства и населения на разные виды медицинской помощи в 2011 г., млрд руб.

*Источник:* совокупные расходы государства – данные Минфина России и Росстата; расходы государства по видам медицинской помощи – [Минздрав России, 2012]; расходы населения – оценка авторов по данным РМЭЗ ВШЭ и Росстата.

## 6. Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что распространность практик оплаты пациентами медицинской помощи и размеры затрат населения на эти цели в постсемашковской системе здраво-

охранения продолжают расти, несмотря на значительное увеличение государственного финансирования здравоохранения после выхода экономики из трансформационного кризиса. Доля пациентов, плативших за оказание амбулаторной медицинской помощи, составлявшая 4,5% в 1994 г., достигла 9,0% в 2001 г. и 15,0% в 2012 г.

Рост затрат населения на медикаментозную помощь при амбулаторном лечении составил 3,1 раза в сопоставимых ценах. Этот вид помощи не включен в государственные гарантии бесплатной медицинской помощи. Вместе с затратами на стоматологическую помощь, которая включена в гарантии в ограниченном объеме, расходы на эти два вида помощи составили более 85% всего объема личных платежей граждан на здравоохранение. Затраты на амбулаторные медицинские услуги (кроме стоматологических) выросли в 1,8 раза.

Вместе с тем динамика распространенности практик оплаты за отдельные виды помощи показывает, что эти практики, безусловно, реагируют на изменения в государственном финансировании здравоохранения и ресурсном обеспечении бесплатного оказания медицинской помощи. Так, доля пациентов, оплачивавших медикаменты при стационарном лечении, составляла 52,8% в 2000 г., но к 2012 г. сократилась до 18,3%. Затраты пациентов на стационарное лечение в 2005–2010 гг. сократились в 1,6 раза. Очевидно, что эта динамика обусловлена ростом государственного финансирования здравоохранения в 2000-е годы, благодаря которому лекарственное обеспечение стационаров было значительно улучшено, и необходимость покупать лекарства за счет самих пациентов ослабла. Начиная с 2006 г. снижается доля плативших за обследования и процедуры при амбулаторном лечении, что, очевидно, является результатом расширения возможностей граждан бесплатно пройти обследования благодаря значительным государственным инвестициям в приобретение нового диагностического оборудования, которые производились в рамках Национального проекта «Здоровье» (2006–2013 гг.). При этом у жителей больших городов даже произошло сокращение в 2005–2010 гг. душевых расходов на оплату амбулаторных диагностических услуг на 30% в реальном выражении. Выделенные государством средства действительно привели к увеличению доступности бесплатной диагностической амбулаторной помощи, но главными бенефициариями этого оказались жители больших городов.

Несмотря на рост государственных затрат на здравоохранение, оплата населением медицинской помощи продолжает играть роль компенса-



тора сохраняющихся изъятий государственного финансирования. Расходы населения выполняют функцию выравнивания диспропорций в государственном финансировании медицинской помощи: при соотношении расходов государства на амбулаторную и стационарную помощь, равном 38 : 62 в 2011 г., соотношение общих (государства и населения) затрат на эти виды помощи составило 49 : 51.

Предоставление части медицинской помощи за плату не является барьером для доступности медицинской помощи для населения в целом. Экономическая доступность медицинской помощи повышается: выявлена тенденция снижения доли граждан, вынужденных отказываться от необходимого им лечения из-за отсутствия денег.

Ведущим фактором роста расходов населения на медицинскую помощь является уже не недостаток государственного финансирования здравоохранения, а рост доходов населения. Об этом свидетельствуют результаты регрессионного анализа факторов обращения пациентов к оплате медицинской помощи. Вероятность получения услуг за плату выше для граждан с более высокими доходами и проживающих в городах с большей численностью населения. А размеры подушевого государственного финансирования здравоохранения в регионах не влияют на вероятность оплаты медицинской помощи.

В современной постсемашковской российской модели здравоохранения расширение практик оплаты населением амбулаторной помощи является отражением роста платежеспособного спроса на медицинские услуги иного качества, чем те, которые предоставляются бесплатно.

Происходят изменения в распространенности двух основных институциональных форм расходов населения на разные виды медицинской помощи: легальной оплаты в кассу и неформальной оплаты в руки медработникам. Соотношение формальных и неформальных практик оплаты медицинской помощи сильно различается по регионам. Но в целом по стране в динамике просматриваются тенденции легализации оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, и наоборот, сокращения доли легально оплачивающих услуги медицинского персонала в стационарах.

Первый процесс, по всей видимости, отражает рост технической оснащенности амбулаторной помощи и связанные с этим растущие возможности выделения платных услуг из состава бесплатной помощи. Выявлена связь между распространенностью официальных платежей при получении амбулаторной помощи и уровнем экономического развития регио-

нов – чем выше уровень экономического развития региона (подушевой валовой региональный продукт), тем чаще население в нем платит за получение амбулаторной помощи официально, в кассу медицинских учреждений. Наличие такой связи позволяет заключить, что в экономически более развитых регионах процесс легализации оплаты медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, идет быстрее. Эта тенденция коррелирует с тенденцией роста доли легальной оплаты амбулаторных услуг в стране в целом в последнее десятилетие. Таким образом, экономическое развитие страны создает условия для легализации оплаты населением амбулаторной помощи.

Второй процесс – уменьшение доли плативших официально среди плативших за лечение в стационаре – очевидно, является отражением роста цены труда работников стационаров при сохранении институциональных препятствий для увеличения оплаты их в труда в легальной форме. Уровень квалификации врачей и среднего медицинского персонала в стационарном секторе в целом выше, чем тех, кто работает в амбулаторном секторе, и, соответственно, запросы к уровню оплаты труда у них выше. Это подтверждают результаты исследования трудовой мотивации медицинских работников [Колосницына, Потапчик, Селезнева и др., 2011]. В то же время во многих регионах проводится политика запрета или сдерживания возможностей предоставления платных услуг именно в больницах. Это делается под лозунгами обеспечения доступности бесплатного лечения в стационарах. Кроме того, в составе услуг, оказываемых пациентам в стационарах, сложнее выделить компоненты, которые могут быть переведены из бесплатных в разряд официальных платных услуг. Все это на практике и приводит к тому, что платить за услуги медицинскому персоналу больниц в руки оказывается удобнее для всех: и пациентов, и медицинских работников, и чиновников, которые демонстрируют свою заботу о том, чтобы платные услуги не вытеснили бесплатную помощь.

Выявленные тенденции изменений в распространенности практик оплаты медицинской помощи и расходах населения на эти цели свидетельствуют о том, что государство должно проводить разную политику в отношении разных функций, которые выполняет развитие указанных практик.

Участие населения в оплате медицинской помощи, обусловленное изъятиями государственного финансирования здравоохранения, должно сокращаться в результате последовательного проведения политики обес-

печения доступности бесплатной медицинской помощи. Актуальными задачами этой политики являются:

- повышение доступности бесплатной специализированной медицинской помощи, и прежде всего диагностических исследований, для жителей средних, малых городов и сельской местности, что может быть обеспечено усилением контроля за соблюдением установленных порядков оказания медицинской помощи при заболеваниях, развитием электронных систем предварительной записи и др.;
- пересмотр приоритетов в финансировании разных видов медицинской помощи, проведение структурных преобразований в системе оказания медицинской помощи и увеличение доли расходов на амбулаторную помощь;
- последовательная реализация провозглашенной в 2012 г. политики перехода к эффективному контракту с медицинскими работниками в течение 2012–2018 гг., предусматривающей строгую увязку размеров повышения оплаты труда с уровнем их квалификации и результатами их работы, что должно обеспечить приближение оплаты труда к ее рыночной цене и тем самым ослабить предпосылки для взимания с пациентов неформальных платежей.

Практики оплаты населением медицинской помощи, отражающие рост платежеспособного спроса на более качественные услуги системы здравоохранения, наоборот, требуют не сдерживания, а создания институциональных условий для их эффективного развития и сочетания с государственным финансированием здравоохранения.

## Литература

*Алексунин В.А., Митьков С.А.* Социальные аспекты платных медицинских услуг // Социологические исследования. 2006. № 5. С. 72–75.

*Бесстремянная Г.Е., Шишкин С.В.* Доступность медицинской помощи // Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность / под ред. Л.Н. Овчаровой. М.: Независимый институт социальной политики, 2005 <<http://www.socpol.ru/eng/publications/index.shtml>>.

*Колосницына М.Г., Потанчик Е.Г., Селезнева Е.В., Темницкий А.Л., Шейман И.М., Шишкин С.В.* Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в

здравоохранении). Препринт WP8/2011/12. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.

Минздрав (Министерство здравоохранения) России. Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 г. М., 2011.

Минздрав (Министерство здравоохранения) России. Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2011 г. М., 2012 <<https://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/finance/30>>.

*Накатис Я.А., Кадыров Ф.Н.* Теневая оплата медицинских услуг в здравоохранении: причины и последствия, методы противодействия // Экономика здравоохранения. 2002. № 8.

НИУ ВШЭ. Результаты всероссийского социологического опроса населения Георейтинг «Гражданское общество», 2010.

*Панова Л.В., Русинова Н.Л.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 127–135.

*Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В.* Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Препринт WP8/2011/11. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.

РБК. Российский рынок платных медицинских услуг в 2000–2011 гг., прогноз на 2012–2015 гг. Росбизнесконсалтинг, 2012 <<http://marketing.rbc.ru>>.

РМЭЗ (Российский мониторинг экономического положения и состояния здоровья населения НИУ ВШЭ) <[www.hse.ru/rf/lms](http://www.hse.ru/rf/lms)>.

Росздравнадзор (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения). Всероссийское социологическое исследование «Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи». М., 2009.

С-медиа. «Теневой» рынок медицинских услуг: структура по видам услуг, типам проявлений, субъектам и денежным потокам. Причины и механизмы развития. М., 2011 <<http://www.s-media.ru/?action=show&id=670>>.

*Шишкин С.В.* (ред.) Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М.: Независимый институт социальной политики, 2004.

*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.

*Шишкин С.В., Шейман И.М.* Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. Доклад ГУ ВШЭ. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009.

*Ensor T.* Informal Payments for Health Care in Transition Economies // Social Science & Medicine. 2004. Vol. 58. Issue 2. P. 237–246.

*Gaal P., Jakab M., Shishkin S.* Strategies to address informal payments for health care // Implementing health financing reforms: Lessons from and for countries in transition. Buckingham: Open University Press, 2010. P. 327–360.

*Gotsadze G., Gaál P.* Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost sharing // Implementing health financing reforms: Lessons from and for countries in transition. Buckingham: Open University Press, 2010. P. 187–218.

HFA-DB (European Health for All Data Base). Updated: July 2013 <<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>>.

*Lekhan V, Rudi V., Richardson E.* (2010) Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition. 2010. Vol. 12. Issue 8. P. 1–183.

OECD Reviews of Health Systems: Russian Federation. OECD Publishing, 2012 <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264168091-en>>.

*Popovich L., Potapchik E., Shishkin S. et al.* Russian Federation: Health system review. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.

*Sabirianova P.K., Zelenska T.* The Price of the Hippocratic Oath: Determinants of Bribery in Russian Health Care. First draft. December 22, 2010 <[http://www.iza.org/conference\\_files/InfoETE2011/peter\\_k200.pdf](http://www.iza.org/conference_files/InfoETE2011/peter_k200.pdf)>.

*Sheiman I., Langenbrunner J., Kehler J., Cashin Ch., Kutzin J.* Sources of funds and revenue collection: reforms and challenges // Implementing health financing reforms: Lessons from and for countries in transition. Buckingham: Open University Press. 2010. P. 87–118.

*Shishkin S.* Russia's Health Care System: Difficult Path of Reform // The Oxford handbook of the Russian economy / M. Alexeev, S. Weber. N. Y.: Oxford University Press, 2013. P. 748–774.

**Shishkin, S. V., Potapchik, E. G., Selezneva, E. V.** Out-of-pocket payments in the Russian health care system [Text] : Working paper WP8/2014/03 / S. V. Shishkin, E. G. Potapchik, E.V. Selezneva ; National Research University Higher School of Economics. – Moscow : Publishing House of the Higher School of Economics, 2014. – 48 p. – (In Russian.) – 150 copies.

This paper presents the analysis results of existing practices of out-of-pocket payments in the Russian post-Semashko health care system. It was carried out based on the data reflected in the 'Russia Longitudinal Monitoring Survey' from 1991–2012 and data of the 'Georating' survey carried out in all regions of the Russian Federation in 2010.

The trends of legal and informal out-of-pocket payments for inpatient and outpatient care are revealed, and the social and economic factors which make patients pay a fee for medical services for fee are identified. The changes in out-of-pocket health expenditures in 2005–2010 are analyzed, and the assessment of total (public and private) health expenditures on different types of health care is made.

JEL Classification: I10, I11

Keywords: Semashko health care system, health care, out-of-pocket payments, private payment, informal payment

*Препринт WP8/2014/03*  
*Серия WP8*  
*Государственное и муниципальное управление*

Шишкин Сергей Владимирович, Потапчик Елена Георгиевна,  
Селезнева Елена Владимировна

**Оплата пациентами медицинской помощи  
в российской системе здравоохранения**

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*  
Технический редактор *Ю.Н. Петрина*

Отпечатано в типографии  
Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики» с представленного оригинал-макета  
Формат 60×84  $\frac{1}{16}$ , Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 2,95  
Усл. печ. л. 2,8. Заказ № . Изд. № 1593

Национальный исследовательский университет  
«Высшая школа экономики»  
125319, Москва, Кочновский проезд, 3  
Типография Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики»