

**ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ  
ПО ПОТРЕБЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:  
МАСШТАБЫ И ФАКТОРЫ**

**Черкашина Т. Ю., к.с.н.**, старший научный сотрудник отдела социальных проблем  
Института экономики и организации промышленного производства СО РАН, г. Новосибирск

*В статье представлена предложенная зарубежными учеными адаптация кривой Лоренца для сравнения (не)равенства различных групп населения, дифференцированных по уровню жизни, в доступе к системе здравоохранения, фактически оценивающая воспроизводство экономического неравенства в получении одного из видов социальных услуг. На данных РМЭЗ — НИУ ВШЭ за 1994–2009 гг. показано, что в России доходное неравенство практически не воспроизводилось в неравенстве в получении медицинских услуг. Однако в динамике наблюдается тенденция к увеличению неравенства в получении амбулаторно-поликлинической помощи, возрастает значимость экономического статуса домохозяйств и территориальной близости медицинских учреждений как фактора получения медицинских услуг.*

Невозможно дать полную оценку благосостояния населения без анализа потребления услуг, в том числе социальных, предоставляемых в здравоохранении, образовании, социальном обеспечении и т.п. Во-первых, *потребление* данных услуг адекватнее характеризует удовлетворение потребностей индивидов и домохозяйств, 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/усиливают ресурсную дифференциацию индивидов и домохозяйств, обуславливающую доступ к услугам. И, как следствие, в-третьих, это подчеркивает социальный контекст формирования индивидуального благосостояния. Здесь подразумеваются не только условия для получения доходов и их конвертации в конечную полезность, но также сочетание платных и бесплатных механизмов получения социальных услуг. Именно этим аргументом мотивировано, к примеру, решение оценивать динамику уровня жизни населения России в 1989–2009 гг. с учетом потребления образовательных и медицинских услуг. Без этого сопоставление уровней благосостояния в принципиально различающихся социально-экономических системах: советской — с формально бесплатными образованием и здравоохранением и современной российской — с большой долей частных расходов в финансировании данных сфер, представляется неполным [Уровень и образ жизни..., 2011, с. 31].

В данной работе потребление социальных услуг будет рассмотрено на примере услуг здравоохранения. Исследовательский интерес к этому виду неравенства растет, о чем свидетельствуют, к примеру, следующие данные: с января по декабрь 1980 г. в базе Medline было зарегистрировано только

33 статьи, в абстракте к которым употреблялось слово «справедливость» (equity), за двенадцать месяцев 2005 г. в этой базе появилось 294 таких статьи. Если перевести эти показатели в относительные, то в 1980 г. публикаций, посвященных справедливости в здравоохранении, было 1206 на 10000 статей, в 2005 г.— 4313 на 10000 [Analyzing health equity..., 2008, p. 1–2]. За рубежом внимание к данной теме обусловлено как запросом со стороны правительственных и частных организаций, заинтересованных в оценке последствий реформ здравоохранения, так и предложением со стороны исследовательского сообщества, развивающего и совершенствующего информационную базу и методологию такого анализа.

Цель исследования, на материалах которого подготовлена статья,— выявить масштабы неравенства населения России в потреблении услуг здравоохранения с середины 1990-х гг. до конца первого десятилетия 2000-х гг., а также факторы, определяющие данное неравенство.

### **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ: УСЛОВИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Отметим аспекты преобразований в здравоохранении в последние двадцать лет, затрагивающие доступность медицинских услуг для населения.

*Переход на страховые принципы оплаты медицинских услуг.* Появление в цепочке отношений «медицинское учреждение — пациент» посредника в лице страховых компаний должно было оградить пациентов от высоких затрат на услуги здравоохранения и минимизировать произвол лечебных учреждений в установлении платы за свои услуги, а также повысить их качество. Средства страховых компаний должны были формироваться из двух источников: страхование работающих через отчисления работодателей, пропорциональных фонду оплаты труда, и страхование неработающего населения, осуществляемого из государственных бюджетов. Но из-за низких доходов населения и распространения теневых форм оплаты труда средства страховых компаний формировались преимущественно из региональных бюджетов, а не из отчислений с фонда заработной платы. Оказалось, что не только государственные обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи не обеспечены финансово в полном объеме, но и регионы стали значительно различаться по уровню финансирования здравоохранения [Шишкин, 2007]. Ожидаемой конкуренции за пациента, за которым бы шли финансовые потоки в бюджет учреждения, а следовательно, и повышения планки качества медицинских услуг, не произошло. Наоборот, недофинансирование здравоохранения привело в конце 1990-х гг. к снижению доходов занятых в нем, оттоку специалистов и кадровому дефициту, устареванию диагностического оборудования, скудному лекарственному обеспечению медицинских учреждений.

*Увеличение частных расходов на здравоохранение.* Сокращение государственных расходов на здравоохранение сопровождалось ростом затрат населения на медицинские услуги. Отчасти это спровоцировано ростом сектора частных медицинских услуг. По расчетам С. В. Шишкина, расходы государства (бюджет и обязательное медицинское страхование) в неизменных ценах устойчиво снижались с 1994 г. и лишь в 2006 г. вышли на уровень начала пе-

риода. Сокращение государственного финансирования происходило на фоне повышения потребностей населения в медицинской помощи за счет роста заболеваемости и старения населения. Эти разнонаправленные тенденции привели к тому, что располагаемые общественные ресурсы в расчете на случай заболеваний за 1994–2005 гг. сократились на 10% и лишь в последующие годы стали расти [Уровень и образ жизни..., 2011, с. 34–35]. Если в 1994 г. государственные расходы на здравоохранение примерно в восемь раз превышали частные, то к концу первого десятилетия 2000-х гг. непосредственные расходы населения на медицинские услуги и лекарства составляли четверть от величины государственных расходов на здравоохранение. Увеличение бюджетных расходов с 2005 г. связано с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье».

*Сокращение численности лечебно-профилактических учреждений.* Одновременно с реализацией данного проекта осуществляется политика оптимизации сети медицинских учреждений и рационализации бюджетных расходов, на практике воплотившаяся в сокращении числа медицинских учреждений. По данным Росстата, число амбулаторно-поликлинических учреждений с 1995 г. по 2009 г. сократилось с 21071 до 15322. Но если в городских поселениях произошло небольшое увеличение числа учреждений (с 11854 до 12398), то в сельских — трехкратное сокращение (с 9217 до 2924) [Здравоохранение в России, 2011, с. 139]. Реорганизация сети медицинских учреждений осуществлялась в двух вариантах: закрывались маломощные амбулаторно-поликлинические учреждения с параллельной концентрацией медицинской помощи в более крупных, либо отдельные учреждения включались в состав других в качестве структурных подразделений. На то, что сокращение численности учреждений было реализовано преимущественно через реорганизацию, а не ликвидацию, указывает динамика численности персонала в здравоохранении: с 2000 г. по 2009 г. численность врачей всех специальностей увеличилась с 680,2 тыс. чел. до 711,3 тыс. чел. при некотором сокращении численности среднего медицинского персонала: с 1563,6 тыс. чел. до 1517,6 тыс. чел. [Здравоохранение в России, 2011, с. 181, 183]. Такая же тенденция характерна для больничных учреждений с той особенностью, что снижение числа больниц наблюдается как в городской, так и в сельской местности.

Основной вклад в обозначенные процессы внесен государственным сектором, тогда как в негосударственном за 1995–2009 гг. произошло четырехкратное увеличение числа амбулаторно-поликлинических учреждений с увеличением их мощности в 6,5 раз.

Общий тренд институциональных преобразований в здравоохранении в последние двадцать лет можно обозначить как от «всеобщей бесплатности» к страховой медицине, подразумевающей *просчитываемость*<sup>1</sup> средств, поступающих в сферу, стандартизацию процесса лечения, выстраивание и регулирование потоков пациентов между лечебными учреждениями разного уровня,

<sup>1</sup> Это одно из измерений современной рациональности, обозначенное в английском языке термином *Calculability*, наряду с *Efficiency* (эффективностью), *Predictability* (предсказуемостью, «ожидаемостью») и *Control through Nonhuman Technologies* (управление посредством технологий без участия человека). Хотя данный тип рациональности наиболее ярко воплощен в организации индустрии быстрого питания и поэтому получил название *McDonaldization* (макдональдизация), он проявляется, по мнению Джорджа Ритцера, во многих сферах, в том числе в здравоохранении [Ритцер, 2011].

обозначение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и т.п. Население, так или иначе, принимает меняющиеся «правила игры», адаптируется к ним. Как показывают исследования, в качестве наиболее значимого фактора обращения в медицинские учреждения выступает потребность в ее получении, а уже затем — экономический статус индивида. При этом территориальные различия в обращаемости за медицинской помощью обусловлены не столько дифференциацией регионов (по ресурсной и кадровой обеспеченности здравоохранения), сколько статусом населенного пункта (городское/сельское поселение): сельские жители реже получают первичное медицинское обслуживание [Российское здравоохранение, 2008, с. 27–28].

Социологические исследования потребления медицинских услуг, проводимые в начале 2000-х гг., фиксируют, что для различных социальных групп в той или иной мере значимы два вида ограничений в доступе к медицинской помощи. Первый связан с невозможностью населения оплачивать медицинские услуги и медикаменты, второй — с невозможностью получения бесплатной медицинской помощи из-за отсутствия специалистов, трудностей с записью к ним на прием, удаленностью лечебных учреждений от места жительства. «Современные трактовки доступности медицинского обслуживания касаются не только и не столько финансово-материальной стороны, сколько наличия/отсутствия необходимых специалистов и удаленности места проживания от центральных больниц» [Антонова, 2007, с. 194].

## МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Кривые и индексы концентрации

Сказывались ли происходящие изменения в системе здравоохранения на динамике доступности медицинского обслуживания для населения с точки зрения равенства доступа для отдельных социально-экономических групп? Для ответа на вопрос требуется *измерить* это (не)равенство. В большинстве зарубежных исследований для оценки неравенства в получении услуг здравоохранения используют индексы концентрации [Analyzing health equity..., 2008; Wagstaff A., van Doorslaer E., 2000; Wagstaff A. et al., 1991], а также кривые концентрации, графически отражающие неравенство. При этом неравенство в получении медицинских услуг рассматривается как *проявление социально-экономического неравенства*: индекс концентрации оценивает различия в получении медицинских услуг между разными социально-экономическими группами. Для построения кривых концентрации необходимы две переменные: 1) «переменная здравоохранения» (the health variable),<sup>2</sup> характеризующая процессы и явления, связанные с медициной (к примеру, уровень смертности, дефицит рациона питания, частота визитов к врачу, частота госпитализаций, субсидии на получение медицинских услуг и др.), и 2) «переменная стандарта жизни» (the living standards measure), позволяющая проранжировать индивидов от бедных к богатым. Кривая концентрации, как и кривая Лоренца, показывает совокупный процент «медицинской» переменной (ось y) для кумулятивной

<sup>2</sup> Дословно название переменной переводится как «переменная здоровья», но фактически в многочисленных примерах, приведенных в публикациях, в качестве нее используют медико-демографические показатели, индикаторы состояния здоровья, получения различных медицинских услуг и т.п.

доли населения, упорядоченного согласно стандарту жизни от самых бедных до самых богатых (оси  $x$ ). Чем выше кривая над линией равенства, тем больше значения переменной здравоохранения сконцентрированы среди бедных слоев населения.

Индекс концентрации изменяется в диапазоне от  $-1$  до  $1$ . Значение  $-1$  означает, что «медицинская» переменная сконцентрирована у бедных (pro-poor inequality),  $1$  означает концентрацию «медицинской» переменной у богатых (pro-rich inequality). Значение  $0$  отражает, что распределение доступа к услугам здравоохранения «перекрывается» распределением доходов или что неравенство в пользу богатых в некоторых частях распределения компенсируется неравенством в пользу бедных слоев населения в других частях одного и того же распределения [Balsa A. I. et al., 2009].

Для дискретной переменной стандарта жизни индекс концентрации может быть определен по формуле

$$C = \frac{2}{N\mu} \sum_{i=1}^n h_i r_i - 1 - \frac{1}{N},$$

где  $h_i$  является переменной здравоохранения,  $\mu$  — ее средняя, а  $r_i = i/N$  — дробный (фрактальный) ранг индивида  $i$  в распределении по стандарту жизни с  $i=1$  для бедных и  $i=N$  для богатых [Analyzing health equity..., 2008, p. 96].

Так как исследователи часто оперируют «медицинскими» переменными, которые не измеряются по шкале отношений, индекс концентрации не может быть вычислен непосредственно из таких данных. Для расчетов номинальные переменные могут быть преобразованы, например, в дихотомические. Но это вносит еще одну проблему. Вагстаф показал, что границы индекса концентрации для дихотомических переменных не  $-1$  и  $1$ , а они зависят от средней величины переменной здравоохранения. Для больших выборок нижняя граница будет  $\mu - 1$  и верхняя граница —  $1 - \mu$ . Очевидным решением является нормализация индекса концентрации путем деления его на  $1 - \mu$  [Wagstaff A., 2005].

### Информационная база исследования

В большинстве зарубежных исследований сравнение неравенства в получении медицинских услуг осуществляется в статике — между разными странами, городами или отдельными социальными группами. В данной работе предполагается реализовать динамическое сравнение неравенства — определить изменения его количественных показателей в течение последних полутора десятилетий в России. Индекс концентрации как исследовательский инструмент адекватен для решения данной задачи. Информационной базой исследования является Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) за 1994, 1998, 2002—2009 (ежегодно) гг. Единицами анализа в каждой волне являются индивиды 18 лет и старше. Исходя из содержания РМЭЗ, в анализ были включены следующие индикаторы и показатели (табл. 1).

Таблица 1. Индикаторы и показатели для анализа неравенства населения России в получении медицинских услуг

Индикаторы	Показатели / формулировка вопроса
Потребность в амбулаторной помощи	«Были у Вас в течение последних 30 дней какие-либо проблемы со здоровьем?» Значения переменной: 1. да; 2. нет.
Получение амбулаторной помощи	«Что Вы сделали, чтобы решить те проблемы со здоровьем, которые возникали у Вас в течение последних 30 дней?». Значения переменной: 1. обращались в медицинские учреждения или просто к медработникам; 2. не обращались к медработникам, занимались лечением самостоятельно.
Получение профилактических медицинских услуг	«Скажите, пожалуйста, в течение последних трех месяцев Вы показывались медицинскому работнику для прохождения профилактического осмотра, а не потому что были больны?». Значения переменной: 1. да; 2. нет.
Получение стационарных медицинских услуг	«Вы лежали в больнице в течение последних трех месяцев?». Значения переменной: 1. да; 2. нет.
Уровень жизни индивида	Среднедушевой доход домохозяйства в числе региональных прожиточных минимумов. Определяется последовательным делением совокупного дохода домохозяйства на домохозяйственный прожиточный минимум, рассчитанный с учетом возрастного состава домохозяйства и территории проживания (субъекта РФ), а затем — делением на численность членов домохозяйства.
Инфраструктурная доступность медицинских учреждений	Доля домохозяйств в субъекте РФ, для которых ближайшая поликлиника для взрослых находится в более чем 30 минутах транспортной доступности. Переменная, рассчитанная на основе ответов на вопросы: «Скажите, пожалуйста, имеется ли в пределах пешей доступности от Вашего жилья следующие объекты социальной инфраструктуры: поликлиника для взрослых» и «Если не можете добраться пешком, то сколько времени Вам потребуется для поездки на общественном транспорте, маршрутном такси, автомобиле или другом виде транспорта?». Определяется на основе годового опроса в обследовании бюджетов домашних хозяйств, проводимых Росстатом [Данные обследований...] для 2007 и 2009 гг.
Состояние здоровья	Самооценка состояния здоровья по шкале: 1. очень хорошее; 2. хорошее; 3. среднее, не хорошее, но и не плохое; 4. плохое; 5. очень плохое.
Обычная продолжительность занятости по основному месту работы, часов в рабочую неделю	Переменная, рассчитанная на основе ответов на следующие вопросы: 1. «Скажите, пожалуйста, Вы сейчас работаете? 2. Вы находитесь в декретном отпуске или в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет? 3. Вы находитесь в любом другом оплачиваемом отпуске? 4. Вы находитесь в неоплачиваемом отпуске? 5. Или у Вас сейчас нет работы?»; «Сколько часов в среднем продолжаете Ваша обычная рабочая неделя?». Переменная имеет следующие значения: 1. не работает; 2. до 39 часов; 3. 40 часов; 4. 41-59 часов; 5. 60 часов и более; 6. нет информации

## МАСШТАБЫ (НЕ)РАВЕНСТВА В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Общую ситуацию обращения за медицинской помощью в 1994—2009 гг. характеризуют следующие данные. Примерно две пятых взрослых россиян (18 лет и старше) отмечали наличие каких-либо проблем со здоровьем в течение 30 дней, предшествующих опросу. При этом стабильно в течение всего периода наблюдений респонденты из самого низкодоходного квинтиля реже испытывают, по их словам, какие-либо проблемы со здоровьем (32—38%), чем попавшие в 20% самых высокодоходных (38—44%).

Из тех, у кого были недомогания, обращались к медработнику или в медицинское учреждение 38—42% опрошенных. Наблюдается стабильная закономерность — среди индивидов из высокодоходных семей несколько выше доля обратившихся за медицинской помощью (40—44%), чем среди имеющих низкие доходы (33—38%).

Обращались к врачу для профилактического осмотра (в течение 3-х месяцев, предшествующих опросу) 15—20% взрослых россиян. Сравнивая с серединой 1990-х гг., можно отметить небольшое увеличение к концу первого десятилетия 2000-х гг. относительной численности посещавших врачей по



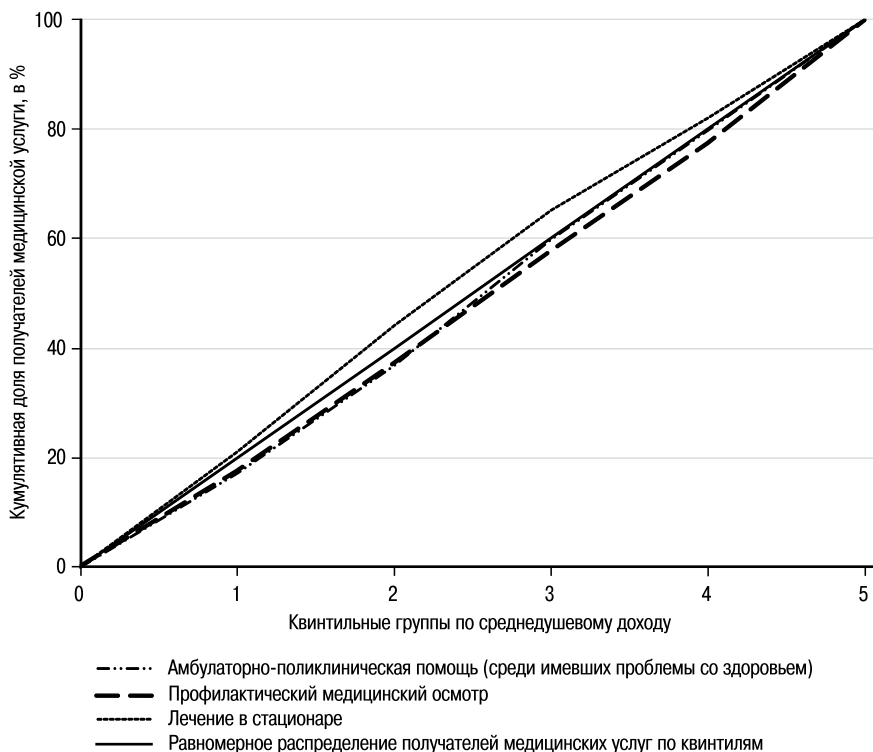
данной причине, но резкое сокращение их доли в 2009 г. не позволяет говорить о стабилизации тенденции. Как и в случае амбулаторно-поликлинических обращений, профилактические осмотры проходит больше опрошенных из пятого квинтиля (15–20%), чем из первого (12–17%).

Лежали в больнице (в течение трехмесячного периода перед опросом) 5–5,5% взрослых россиян.

Для количественной оценки динамики неравенства в получении медицинских услуг необходимо определить, как их общий объем (на данных РМЭЗ — совокупность получателей услуг) распределяется между квинтильными группами по среднему доходу, измеренному в числе региональных прожиточных минимумов. В отношении амбулаторно-поликлинической помощи сделана «поправка» на потребности в медицинских услугах: расчеты осуществлены только для совокупностей индивидов, испытывавших проблемы со здоровьем в течение месяца перед опросом.

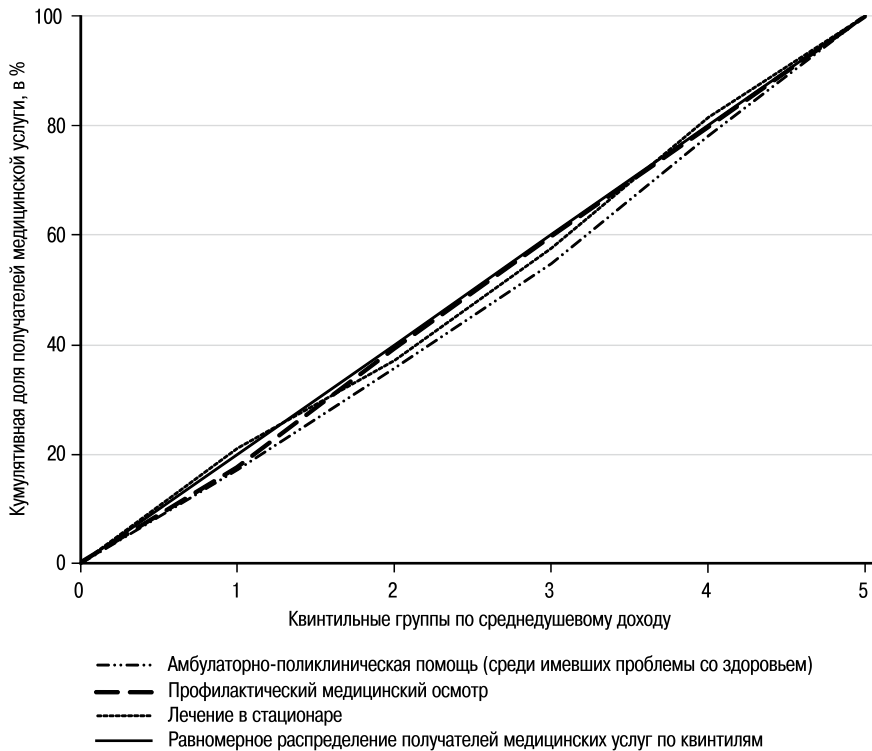
Итак, кривые концентрации, графически отражающие неравенство в получении медицинских услуг, располагаются близко к линии равномерного распределения получателей по доходным группам, иными словами, мы наблюдаем незначительное неравенство населения, отличающегося уровнем жизни, в получении медицинского обслуживания. К примеру, в 2006 г. кривая «лечение в стационаре» лежит выше линии равномерного распределения, то есть распределение получателей данного вида медицинской помощи было

Рисунок 1. Кривая концентрации получателей различных медицинских услуг по квинтильным группам, 2006 г.



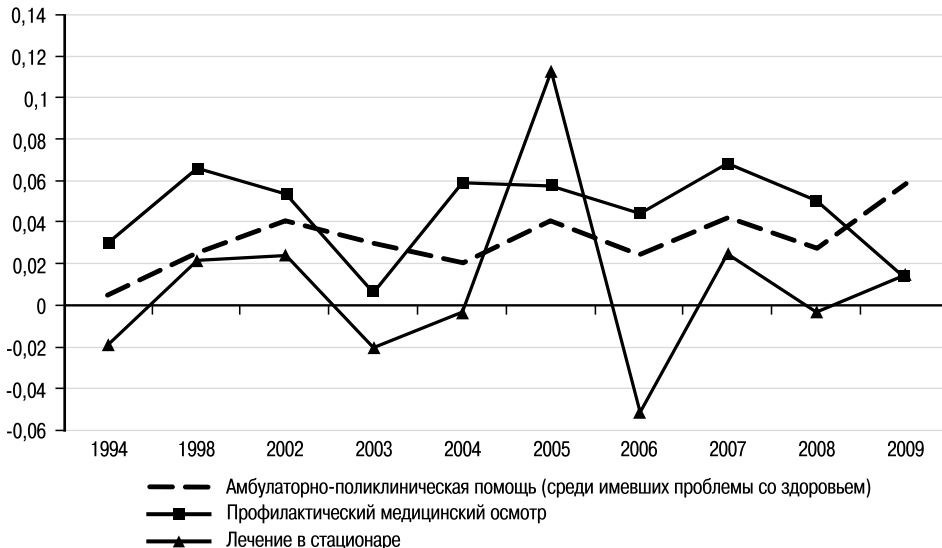
Источник: РМЭЗ – НИУ ВШЭ, расчеты автора.

**Рисунок 2. Кривая концентрации получателей различных медицинских услуг по квинтильным группам, 2009 г.**



Источник: РМЭЗ – НИУ ВШЭ, расчеты автора.

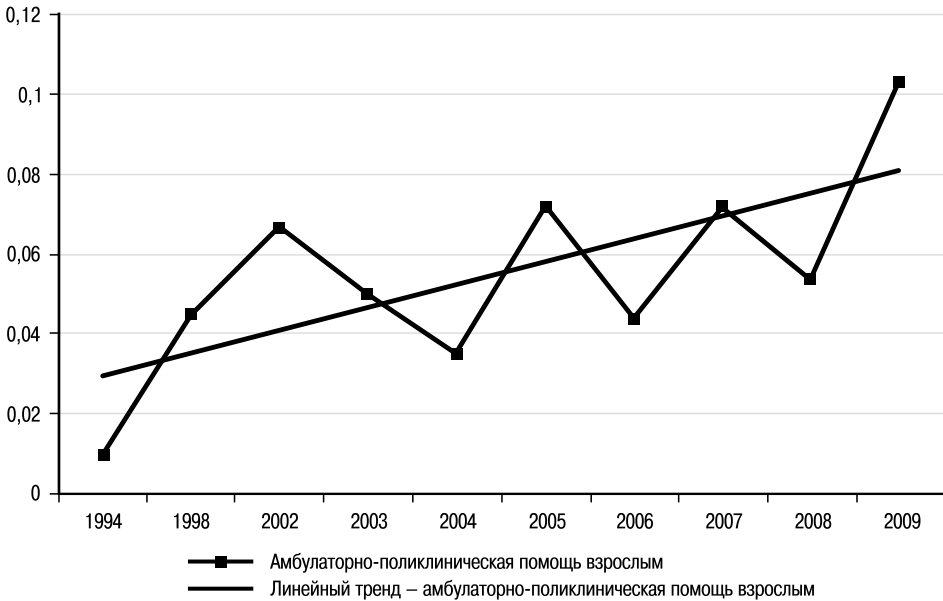
**Рисунок 3. Динамика индексов концентрации, отражающих неравенство в получении медицинских услуг в 1994-2009 гг.**



Источник: РМЭЗ – НИУ ВШЭ, расчеты автора.



Рисунок 4. Динамика нормализованных индексов концентрации, отражающих неравенство в получении амбулаторно-поликлинических услуг в 1994-2009 гг.



Источник: РМЭЗ – НИУ ВШЭ, расчеты автора.

в 2006 г. в пользу бедных. В 2009 г. все кривые лежат ниже линии равномерного распределения (рис. 1, 2).

Индексы концентрации, рассчитанные по приведенной выше формуле, дают количественное измерение неравенства, отраженное графически на кривых концентрации. Индексы для различных видов медицинских услуг колеблются в интервале от  $-0,1$  до  $0,15$ , что также свидетельствует о незначительном неравенстве разных доходных групп в получении медицинского обслуживания (рис. 3). Более всего неустойчив во времени индекс неравенства в получении стационарного лечения, но при этом именно данный индекс чаще всего имеет отрицательные значения. Как можно было ожидать, наиболее «пробогатым» является распределение профилактических медицинских услуг.

После нормализации индексов (на примере амбулаторно-поликлинического лечения) [Wagstaff A., 2005] величина индексов по модулю не превышает  $0,1$  (рис. 4). То есть в России в 1994–2009 гг. доходное неравенство практически не воспроизводилось в неравенстве в получении медицинских услуг: доля их получателей слабо дифференцирована между разными доходными группами. Однако в динамике наблюдается тенденция к увеличению данного вида неравенства.

## ФАКТОРЫ НЕРАВЕНСТВА В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Для оценки совокупности факторов, дифференцирующих потребление медицинских услуг, использован аппарат логистической регрессии. Зависимая переменная в уравнениях, рассчитанных на данных 2002, 2004, 2007, 2009 гг.,—

получение амбулаторно-поликлинической помощи теми, кто испытывал проблемы со здоровьем в течение 30 дней перед опросом. В число предикторов включены: самооценка состояния здоровья, место в квинтильном распределении по среднедушевому доходу, измеренном в числе региональных прожиточных минимумов, наличие полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), типичная продолжительность занятости на основном месте работы в течение месяца, тип населенного пункта (городское/сельское поселение). В уравнения за 2007 и 2009 гг. в состав предикторов добавлена переменная «доля домохозяйств в субъекте федерации, для которых ближайшая поликлиника для взрослых находится в более чем 30 минутах транспортной доступности» (рассчитано по [Данные обследований...]).

В результате процедур принудительного включения независимых переменных в модели мы получили уравнения, параметры которых можно представить в виде таблиц (*прил. 1, 2*). С помощью уравнений вероятность наступления события (получение амбулаторно-поликлинической помощи) верно предсказана для 56,8% случаев в 2002 г., для 57,7% в 2004 г., 60,2% в 2007 г. и 57,3% в 2009 г. Добавление в два последних уравнения переменной транспортной доступности объектов инфраструктуры здравоохранения повышает долю верно предсказанных случаев до 60,4% (2007 г.) и 58,2% (2009 г.). Доли дисперсии, объясненные логистической регрессией, также не велики: 3,2%, 4,4%, 6,2% (6,9%) и 4,6% (6,1%) по годам соответственно. Хотя мы не можем в полной мере полагаться на эти уравнения для предсказания вероятности наступления оцениваемого события, мы можем измерить влияние на это выбранных факторов.

Доходный статус как фактор дифференциации вероятности получения амбулаторно-поликлинических услуг стал статистически значим к концу первого десятилетия 2000-х гг., причем его значимость увеличивалась планомерно в течение данного периода: респонденты из высшего квинтиля с вероятностью, большей примерно на 30%, чем бедные, получают такую медицинскую помощь. Фактически с помощью иных аналитических средств получен результат, аналогичный зафиксированному по динамике индекса концентрации (*рис. 4*): экономический статус постепенно становится значимым условием доступа к амбулаторно-поликлиническим услугам.

Одновременно увеличивается значимость различий, связанных с типом населенного пункта, в котором живет респондент: по сравнению с сельскими жителями горожане из областных центров и городов в 1,2–1,5 раза чаще посещают медицинских специалистов амбулаторно. При этом за 2002–2009 гг. значимость поселенческого фактора становится выше. Сокращение мощности амбулаторно-поликлинических учреждений в сельской местности проявляется на микроуровне снижением вероятности для сельских жителей получить данный вид медицинских услуг. Транспортная доступность инфраструктуры здравоохранения, характеризующая территории не в разрезе городских/сельских поселений, а с точки зрения различий субъектов РФ, также оказывается статистически значимой. Если, согласно данным ОБДХ, свыше 10% домохозяйств на территории субъекта РФ находятся более чем в 30 минутах транспортной доступности до поликлиники для взрослых, вероятность получить амбулаторно-поликлиническое обслуживание ими на 32–38% ниже, чем если таких домохозяйств не более 2%.

Однако статистически наиболее значимой как предиктор для объяснения вероятности получения амбулаторно-поликлинических услуг является самооценка здоровья. То есть факта наличия каких-либо проблем со здоровьем в течение месяца перед опросом «недостаточно» для однозначного определения индивидуальной потребности в медицинской помощи. Возможно, эти недомогания «интерпретируются» с точки зрения общего состояния здоровья, которое отражено в его субъективных оценках. По сравнению с ситуацией, когда респондент считает свое здоровье совсем плохим, при остальных оценках вероятность обращения в амбулаторно-поликлинические учреждения снижается. Но с точки зрения вероятности этого события практически нет разницы между оценками здоровья как среднее и хорошее.

Наличие полиса ДМС также повышает вероятность обращения к медицинским специалистам при проблемах со здоровьем. Но обладание таким полисом не распространено широко: в подвыборке имевших проблемы со здоровьем в течение месяца перед опросом полис ДМС был у 3,1% в 2002 г. и у 3,5% в 2009 г. Поэтому статистическая значимость выявленных различий невысока.

Последняя гипотеза, которая проверялась с помощью уравнений логистической регрессии, заключалась в предположении, что время является ресурсом доступа к амбулаторно-поликлиническим услугам: индивиды с продолжительным рабочим временем реже обращаются к врачам при недомоганиях. Данные не позволяют однозначно подтвердить эту гипотезу. Дополнительного анализа требует тот факт, что в 2002 г. все занятые имели большую вероятность попасть на амбулаторный прием к врачу, чем неработающие. Тем не менее как о статистически значимом различии можно говорить лишь о том, что в 2007 и 2009 гг. те, кто занят по основному месту работы свыше 60 часов в неделю, получают такие медицинские услуги с вероятностью на 31–34% меньше, чем неработающие.

Большинство выявленных закономерностей воспроизводятся для подвыборки горожан (жители городов и поселков городского типа). Различия в вероятности получить амбулаторно-поликлиническое обслуживание именно среди них оказываются связанными с доходным статусом, наличием полиса ДМС, а также с самооценкой здоровья. В отношении вероятности обращения за амбулаторно-поликлиническими услугами сельскими жителями уравнения фиксируют незначимость доходных различий — сельские «бедные» и сельские «богатые» практически с одинаковой вероятностью получают такие услуги. Но если в 2007 г. статистически наиболее значимым предиктором была самооценка здоровья, то в 2009 г. влияние этой переменной в целом стало меньше, и только те, кто считает свое здоровье хорошим или очень хорошим, обращались к медицинским специалистам при проблемах со здоровьем реже, чем имеющие плохое здоровье. При этом более всего снижает вероятность получения амбулаторной медпомощи удаленность медицинских учреждений.

Итак, динамика индексов концентрации указывает на то, что в целом в России доступность медицинской помощи (по факту получения) практически одинакова для разных доходных групп, но в отношении амбулаторно-поликлинических услуг намечается тенденция воспроизводства доходного неравенства в неравенстве доступа к услуге. Это подтверждается сравнениями параметров регрессионных уравнений за несколько лет, включающих эконо-

мический статус в число независимых переменных, а получение амбулаторного обслуживания — в качестве зависимой. Также выявлено, что возрастает значимость территориальной близости медицинских учреждений как фактора получения медицинских услуг.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение работы необходимо отметить два момента.

*Во-первых*, методология оценочных исследований, фиксирующих результативность и последствия институциональных преобразований на макро- и микроуровнях, еще только формируется не только в отечественной, но и зарубежной исследовательской практике. Реализация в России приоритетных национальных проектов с 2005 г. неявно выдвинула требование оценки социальных последствий этих реформ. Если говорить о здравоохранении как одной из сфер социального реформирования, макроуровневые последствия изменений заключаются в динамике медико-демографических показателей (смертности, заболеваемости населения), мезоуровневые — в изменении доступа различных социальных групп к услугам здравоохранения, микроуровневые — в трансформации здоровьесберегательного поведения населения. В работе реализована оценка на мезоуровне. Есть основания предполагать, что реструктуризация сети медицинских учреждений и ограничение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи с неизбежным распространением платных медицинских услуг формируют тенденцию воспроизводства доходного неравенства в неравенстве доступа к медицинским услугам. Но стоит подчеркнуть, что эта тенденция только намечается и касается преимущественно амбулаторно-поликлинического обслуживания.

*Во-вторых*, важно понимание механизма «конвертации» экономического статуса в полученные медицинские услуги. На поверхности лежит предположение, что индивиды с более высокими доходами в состоянии оплатить медицинские услуги, так как государственные гарантии предоставления бесплатного медицинского обслуживания ограничены, а спектр платных постоянно расширяется. Но данные свидетельствуют, что до сих пор распространение практики оплаты медицинских услуг не сказывалось на численности их получателей. Если доля взрослых индивидов, плативших (каким-либо способом, не обязательно официально) за получение амбулаторно-поликлинических услуг, выросла с 4,7% в 1994 г. до 16,7% в 2009 г., то численность обратившихся за амбулаторно-поликлиническими услугами в это время составляла 39–42% (от числа испытывавших проблемы со здоровьем за 30 дней, предшествующих опросу). В принципе, «платность» медицинских услуг может как способствовать их получению, так и препятствовать. В первом случае индивиды платят именно за доступность того, что в иных условиях требует больших временных затрат, или за услуги тех медицинских специалистов, которых нет в бесплатном сегменте здравоохранения. Во втором случае отказ от медицинской услуги происходит именно из-за отсутствия средств на ее оплату. На имеющихся данных трудно дать корректную оценку тому, какая из тенденций является преобладающей в современной действительности. Но число плативших за полученные амбулаторно-поликлинические услуги практически не зависит от уровня жизни: так в 2009 г. из взрослых россиян платили, деньгами или

подарками, за визит к медицинскому специалисту из первого квинтиля по среднедушевому доходу 16,3%, из пятого — 18,5%, и это отличие не значимо статистически. Поэтому одним из направлений дальнейших исследований может быть как раз выявление механизма «конвертации» экономического статуса в доступ к медицинским услугам: в какой мере за этим стоят разные виды платежей — формальные и неформальные — и их размеры. Второе направление исследований — формирование (трансформация) здоровьесберегательного поведения россиян в течение последних десятилетий, то есть фиксация «поведенческого» отклика на институциональные преобразования в здравоохранении.

## ЛИТЕРАТУРА

*Антонова Н. Л.* Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбург) // SPERO. 2007. Осень — зима. № 7. С. 191–198.

Данные обследований бюджетов домашних хозяйств [Электронный ресурс]: сайт Федеральной службы государственной статистики. Режим доступа: <http://www.microdata.ru/>, свободный.

Здравоохранение в России. 2011: стат. сб. / Росстат. М., 2011.

*Ритцер Дж.* Макдональдизация общества 5 / пер. с англ. А. В. Лазарева; вступ. статья Т. А. Дмитриева. М.: Издательская и консалтинговая группа «Праксис», 2011.

Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С. В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики, 2008.

Уровень и образ жизни населения России в 1989–2009 годах [Текст]: докл. к XII междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 5–7 апр. 2011 г. / Г. В. Андрушак, А. Я. Бурдяк, В. Е. Гимпельсон и др.; рук. авт. колл. Е. Г. Ясин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.

*Шишкин С. В.* Стратегии трансформации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи // SPERO. № 7 Осень — Зима 2007. С. 27–50.

Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation / Owen O'Donnell, Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff, Magnus Lindelow. The World Bank, Washington, D.C. 2008.

*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.

*Wagstaff A.* The Bounds of the Concentration Index When the Variable of Interest Is Binary, with an Application to Immunization Inequality // Health Economics. 2005. 14 (4): 429–432.

*Wagstaff A., van Doorslaer E.* Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care // Journal of Human Resources. 2000. Vol. 35. № 4. P. 716–733.

*Wagstaff A., van Doorslaer E., Paci P.* On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care // Journal of Health Economics. 1991. Vol. 10. № 2. P. 169–205.

Приложение 1. Параметры уравнений логистической регрессионной модели для события «получение амбулаторно-поликлинических услуг в течение 30 дней, предшествующих опросу», в 2002-2009 гг.

Показатели	2002 г.				2004 г.			
	В-коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	Exp (B)	В-коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	Exp (B)
<b>Квintильные группы по среднему душевому доходу:</b>		2,962	0,564			4,806	0,308	
1 бедные*								
2	0,058	0,229	0,632	1,060	0,220	3,041	0,081	1,246
3	0,054	0,191	0,662	1,055	0,144	1,282	0,257	1,155
4	0,157	1,645	0,200	1,170	0,258	4,000	0,046	1,294
5 богатые	0,177	2,042	0,153	1,193	0,134	1,055	0,304	1,144
<b>Тип населенного пункта:</b>		20,911	0,000			16,745	0,001	
областной центр	0,379	14,356	0,000	1,460	0,335	10,883	0,001	1,398
город	0,151	1,888	0,169	1,163	0,101	0,773	0,379	1,106
ПГТ	-0,178	0,913	0,339	0,837	-0,208	1,064	0,302	0,812
село*								
<b>Обычная продолжительность занятости на основном месте работы в течение месяца:</b>		20,740	0,001			3,803	0,578	
не работает*								
до 39 часов	0,319	5,069	0,024	1,375	0,030	0,037	0,847	1,031
40 часов	0,455	16,249	0,000	1,576	0,158	1,652	0,199	1,171
41-59 часов	0,291	5,458	0,019	1,337	0,085	0,421	0,516	1,088
60 часов и более	0,161	0,725	0,394	1,174	-0,229	1,113	0,291	0,795
нет информации	0,633	2,564	0,109	1,883	0,233	0,468	0,494	1,263
<b>Самооценка здоровья:</b>		27,274	0,000			62,587	0,000	
очень хорошее, хорошее	-0,637	10,133	0,001	0,529	-0,941	19,727	0,000	0,390
среднее, не хорошее и не плохое	-0,663	18,276	0,000	0,515	-0,901	29,198	0,000	0,406
плохое	-0,308	3,806	0,051	0,735	-0,278	2,700	0,100	0,757
совсем плохое*								
<b>Наличие полиса ДМС:</b>		0,051	0,822			0,005	0,941	
да	-0,049	0,051	0,822	0,952	0,021	0,005	0,941	1,022
нет*								
<b>Константа</b>	-0,412	5,957	0,015	0,662	-0,079	0,199	0,656	0,924

Окончание приложения 1

Показатели	2007 г.				2009 г.			
	В-коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	Exp (B)	В-коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	Exp (B)
<b>Квильные группы по средне-душевому доходу:</b>		6,900	0,141			15,385	0,004	
1 бедные*								
2	0,030	0,063	0,803	1,030	0,106	0,710	0,399	1,112
3	0,146	1,517	0,218	1,158	0,093	0,541	0,462	1,098
4	0,158	1,724	0,189	1,171	0,425	11,351	0,001	1,530
5 богатые	0,285	5,451	0,020	1,330	0,312	5,826	0,016	1,366
<b>Тип населенного пункта:</b>		17,592	0,001			27,536	0,000	
областной центр	0,297	9,832	0,002	1,346	0,401	15,652	0,000	1,494
город	0,234	5,090	0,024	1,263	0,496	19,729	0,000	1,642
ПГТ	-0,289	2,352	0,125	0,749	-0,105	0,272	0,602	0,900
село*								
<b>Обычная продолжительность занятости на основном месте работы в течение месяца:</b>		6,449	0,265			8,052	0,153	
не работает*								
до 39 часов	-0,079	0,306	0,580	0,924	0,153	1,175	0,278	1,166
40 часов	0,145	1,540	0,215	1,156	0,124	1,077	0,299	1,132
41-59 часов	0,051	0,180	0,672	1,053	-0,078	0,343	0,558	0,925
60 часов и более	-0,365	3,340	0,068	0,694	-0,414	3,421	0,064	0,661
нет информации	-0,079	0,062	0,803	0,924	0,406	1,122	0,290	1,501
<b>Самооценка здоровья:</b>		92,964	0,000			31,263	0,000	
очень хорошее, хорошее	-1,567	58,857	0,000	0,209	-0,729	10,922	0,001	0,482
среднее, не хорошее и не плохое	-1,377	68,454	0,000	0,252	-0,763	17,709	0,000	0,466
плохое	-0,854	25,953	0,000	0,426	-0,347	3,645	0,056	0,707
совсем плохое*								
<b>Наличие полиса ДМС:</b>		11,925	0,001			3,554	0,059	
да	0,572	11,925	0,001	1,772	0,398	3,554	0,059	1,489
нет*								
<b>Константа</b>	0,419	5,633	0,018	1,521	-0,238	1,512	0,219	0,788

Примечание. \* Значения переменных, объявленные контрастными (референтными).



Приложение 2. Параметры уравнений логистической регрессионной модели для события «получение амбулаторно-поликлинических услуг в течение 30 дней, предшествующих опросу», в 2007-2009 гг., расширенный набор переменных

Показатели	2007 г.				2009 г.			
	В-коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	Exp (B)	В-коэффициенты	Wald-статистика	Значимость Wald-статистики	Exp (B)
<b>Квintильные группы по среднедушевому доходу:</b>		6,014	0,198			12,178	0,016	
1 бедные*								
2	0,044	0,137	0,711	1,045	0,087	0,469	0,493	1,091
3	0,171	2,055	0,152	1,187	0,095	0,554	0,457	1,100
4	0,167	1,906	0,167	1,182	0,382	9,042	0,003	1,465
5 богатые	0,266	4,682	0,030	1,304	0,281	4,651	0,031	1,324
<b>Тип населенного пункта:</b>		17,282	0,001			23,834	0,000	
областной центр	0,268	7,706	0,006	1,308	0,384	14,053	0,000	1,468
город	0,306	8,268	0,004	1,358	0,491	19,123	0,000	1,634
ПГТ	-0,261	1,863	0,172	0,770	0,001	0,000	0,994	1,001
село*								
<b>Обычная продолжительность занятости на основном месте работы в течение месяца:</b>		6,932	0,226			7,303	0,199	
не работает*								
до 39 часов	-0,105	0,531	0,466	0,901	0,140	0,962	0,327	1,150
40 часов	0,156	1,770	0,183	1,169	0,122	1,029	0,310	1,130
41-59 часов	0,035	0,082	0,774	1,035	-0,084	0,400	0,527	0,919
60 часов и более	-0,366	3,348	0,067	0,693	-0,398	3,130	0,077	0,672
нет информации	-0,080	0,064	0,800	0,923	0,367	0,905	0,342	1,443
<b>Самооценка здоровья:</b>		93,460	0,000			36,393	0,000	
очень хорошее, хорошее	-1,554	57,382	0,000	0,211	-0,839	14,146	0,000	0,432
среднее, не хорошее и не плохое	-1,387	68,486	0,000	0,250	-0,849	21,423	0,000	0,428
плохое	-0,847	25,243	0,000	0,429	-0,406	4,887	0,027	0,666
совсем плохое*								
<b>Наличие полиса ДМС:</b>		9,288	0,002			3,154	0,076	
да	0,508	9,288	0,002	1,662	0,378	3,154	0,076	1,459
нет*								
<b>Доля домохозяйств в субъекте РФ, для которых ближайшая поликлиника для взрослых находится в более чем 30 минутах транспортной доступности:</b>		19,423	0,000			30,750	0,000	
до 2%*								
2,1-5,0%	-0,125	1,088	0,297	0,883	0,075	0,543	0,461	1,077
5,1-10,0%	-0,365	10,295	0,001	0,694	-0,028	0,048	0,826	0,972
10,1% и выше	-0,385	16,423	0,000	0,680	-0,479	19,849	0,000	0,620
<b>Константа</b>	0,649	11,974	0,001	1,914	-0,030	0,021	0,885	0,971

Примечание.\* Значения переменных, объявленные контрастными (референтными).