

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

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

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

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

Москва
2011

УДК 338:61
ББК 65.495
П64

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

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

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

УДК 338:61
ББК 65.495

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

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

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

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

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

Содержание

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

1. Введение

По данным опросов населения, право на бесплатную медицинскую помощь в последние годы стало самым значимым в ряду других прав граждан (рис. 1). Это делает особо актуальным анализ происходящих изменений в доступности медицинской помощи. Такой анализ является важнейшим компонентом исследовательского проекта «Мониторинг экономических процессов в здравоохранении», выполняемого с 2009 г. в рамках программы фундаментальных исследований ВШЭ¹. Задачами данного компонента выступают:

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

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

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

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

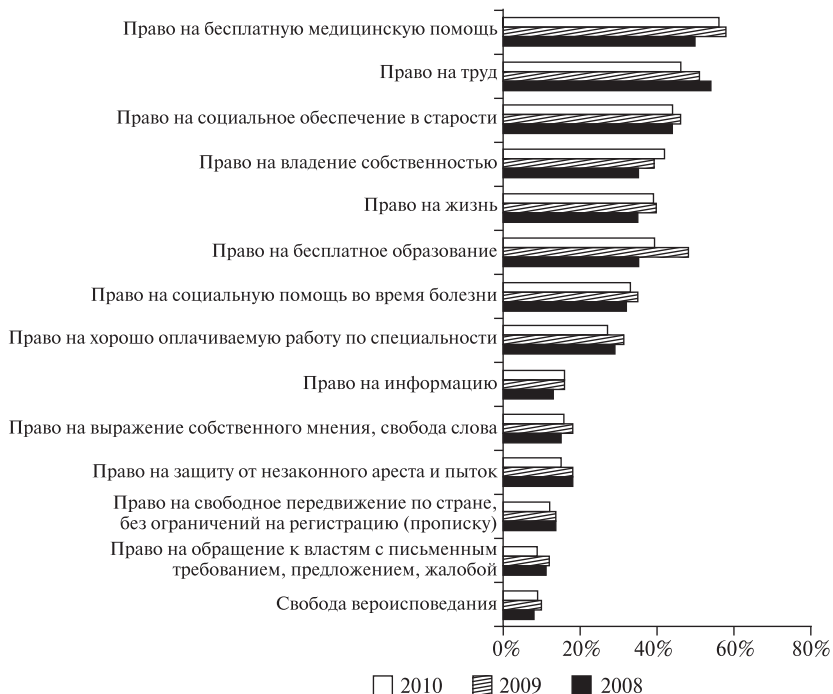


Рис. 1. Оценка населением значимости права на бесплатную медицинскую помощь («Какие из перечисленных прав и свобод лично для Вас являются наиболее важными?», % опрошенных)

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

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

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

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

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

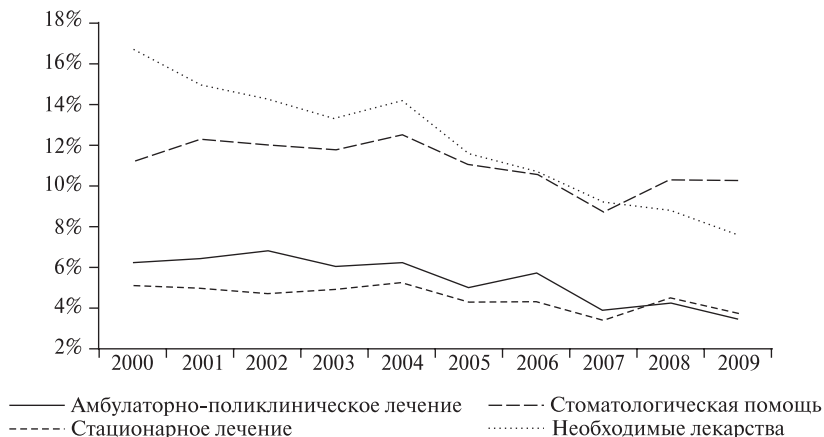


Рис. 2. Доля домохозяйств, члены которых в течение 12 месяцев до опроса отказались от получения необходимой медицинской и медикаментозной помощи только из-за нехватки денег, по видам помощи (% домохозяйств от всей выборки домохозяйств)

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

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

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

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

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

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

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

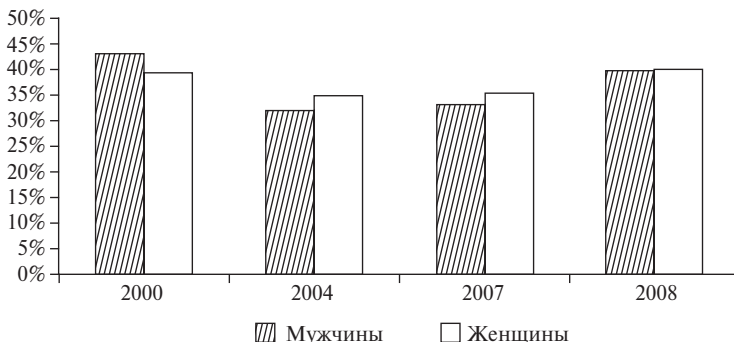


Рис. 3. Доля обратившихся к медработникам (среди имевших проблемы со здоровьем) в течение 30 дней среди мужчин и женщин

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

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

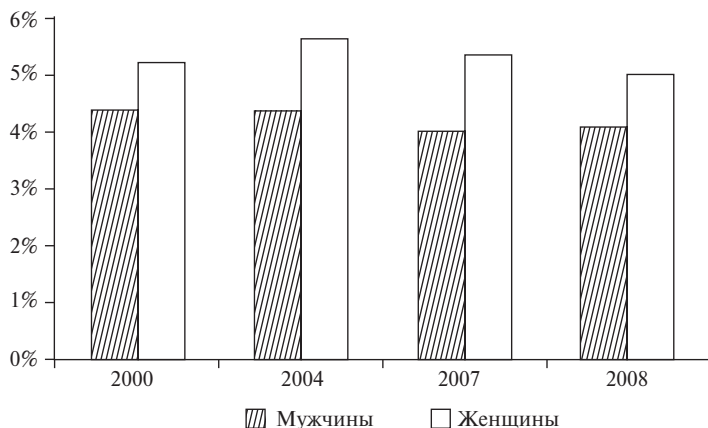


Рис. 4. Доля обращающихся за стационарной помощью в течение 3 месяцев среди мужчин и женщин

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

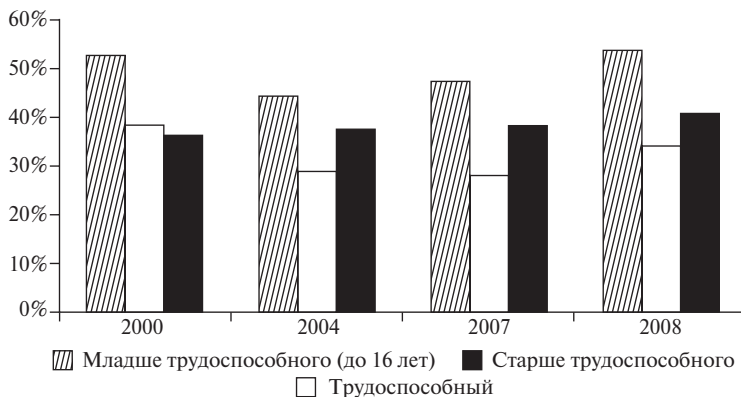


Рис. 5. Доля обращающихся к медработникам (среди имевших проблемы со здоровьем) в различных возрастных группах

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

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

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

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

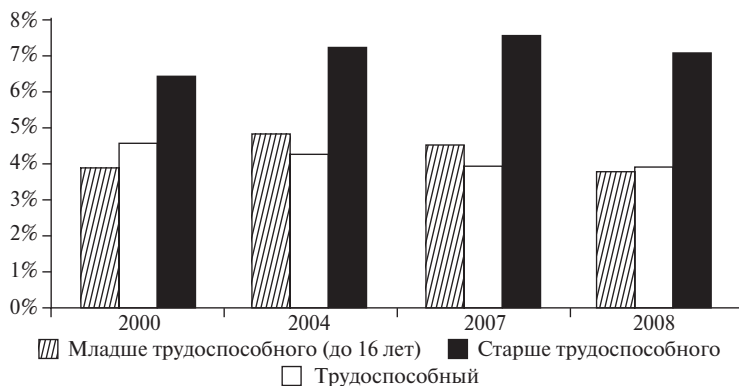


Рис. 6. Доля обращающихся за стационарной помощью в различных возрастных группах

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

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

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

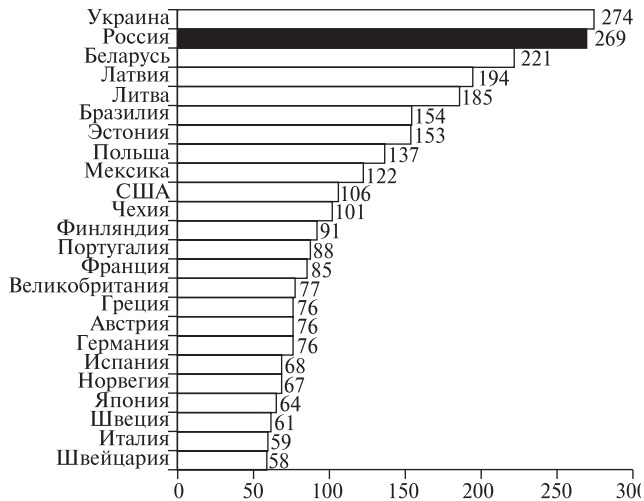


Рис. 7. Смертность населения в трудоспособном возрасте на 1000 человек, 2009 г.

Источник: World Health Statistics 2011. WHO.

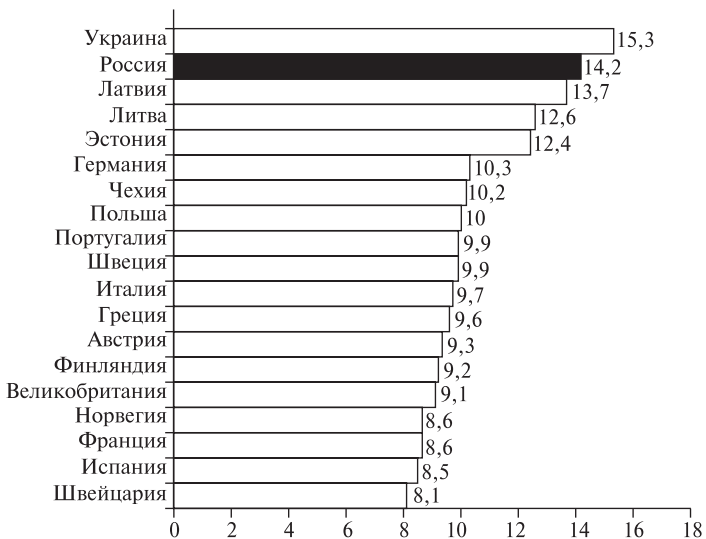


Рис. 8. Общий коэффициент смертности на 1000 человек населения, 2009 г.

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

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

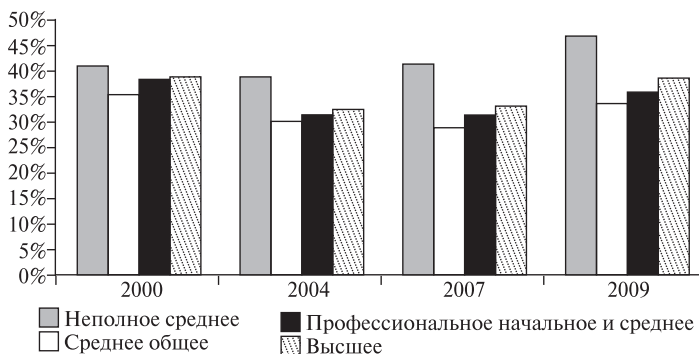


Рис. 9. Доля обратившихся к медработникам (среди имевших проблемы со здоровьем) в группах населения с различным уровнем образования

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

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

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

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

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

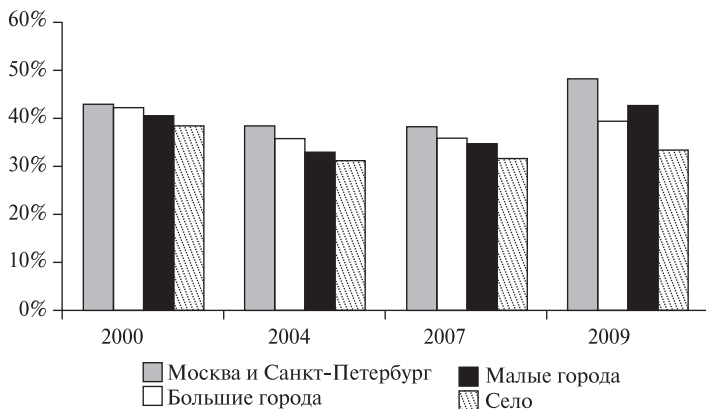


Рис. 10. Доля обратившихся к медработникам в течение 30 дней до момента опроса (среди имевших проблемы со здоровьем) в населенных пунктах различного типа

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

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

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

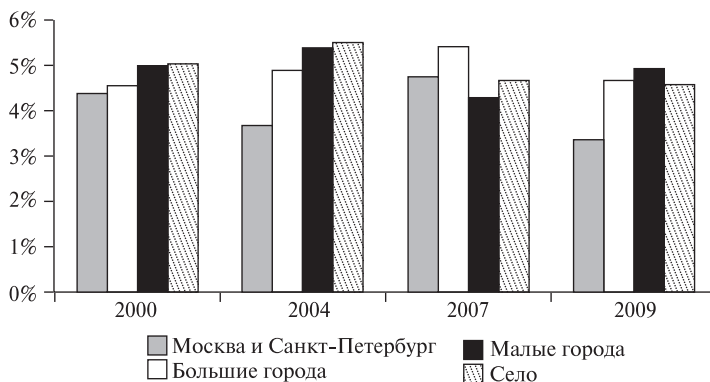


Рис. 11. Доля прошедших лечение в стационаре в течение 3 месяцев до момента опроса (в общем количестве опрошенных) в населенных пунктах различного типа

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

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

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

