

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*С.В. Шишкин, А.Я. Бурдяк, Е.Г. Потапчик*

**РОЛЬ ВЫБОРА ПАЦИЕНТОВ  
В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Препринт WP8/2014/02

Серия WP8

Государственное  
и муниципальное управление

Москва  
2014

УДК 614.253.2  
ББК 51.1(2)  
Ш65

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

Ш65 **Шишкин, С. В., Бурдяк, А. Я., Потапчик, Е. Г.** Роль выбора пациентов в российской системе здравоохранения [Текст] : препринт WP8/2014/02 / С. В. Шишкин, А. Я. Бурдяк, Е. Г. Потапчик ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 36 с. – 150 экз.

В постсоветской системе здравоохранения появление возможностей для пациентов выбора медицинской организации и врача стало следствием частичного разрушения системы Семашко и развития частного финансирования здравоохранения. Данные двух опросов российского населения, проведенных в 2009 и 2011 г., показывают, что практики выбора медицинской организации и врача имеют место и не ограничены рамками сектора платных медицинских услуг. Но для большинства российских граждан выбор медицинской организации и врача не является реальной необходимостью.

Часть практик потребительского выбора обусловлена провалами в организации оказания медицинской помощи, и потребительский выбор выполняет для части пациентов функцию вынужденного поиска необходимой медицинской помощи. Для части российских граждан возможность выбора поставщика медицинских услуг является средством получения медицинской помощи лучшего качества, и в этом отношении расширение потребительского выбора является механизмом повышения эффективности формирующейся новой системы оказания медицинской помощи.

JEL Classification: I10, I11

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская помощь, потребительский выбор, выбор медицинской организации, выбор врача.

УДК 614.253.2  
ББК 51.1(2)

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

*Бурдяк Александра Ярославовна* – старший научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС.

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

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

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

# Содержание

<b>1. Введение</b> .....	4
<b>2. Выбор амбулаторного учреждения и врача</b> .....	8
2.1. Общие оценки распространенности выбора поставщика амбулаторной помощи .....	8
2.2. Распространенность практик выбора бесплатной и платной амбулаторной помощи .....	11
2.3. Причины отсутствия выбора производителя амбулаторной помощи .....	16
2.4. Причины выбора поликлинического учреждения .....	16
2.5. Основные причины выбора врача .....	18
2.6. Источники информации при осуществлении выбора .....	23
<b>3. Выбор стационарных учреждений</b> .....	24
3.1. Общие оценки распространенности выбора производителя стационарной помощи .....	24
3.2. Отношение к платности при выборе стационара .....	25
3.3. Причины отсутствия выбора стационара .....	26
3.4. Источники информации при осуществлении выбора стационара .....	27
<b>4. Заключение</b> .....	29
<b>Литература</b> .....	31

# 1. Введение

В большинстве стран с развитой рыночной экономикой пациенты имеют право выбора поставщика медицинских услуг (врача, медицинской организации) в системе оказания медицинской помощи, финансируемой государством [Paris et al., 2010]. Там, где такой выбор был ограничен, в последние годы все больше внимания стало уделяться его расширению. В этом видится средство развития конкуренции между поставщиками медицинских услуг, сокращения листов ожидания медицинских услуг, повышения их доступности и качества [Or et al., 2010]. Так, в Великобритании, Дании, Нидерландах, Швеции были приняты государственные программы по усилению права выбора в системе здравоохранения [Department of Health, 2008; Bevan, Van de Ven, 2010; Dixon, Robertson, Bal, 2010; Victor et al., 2012; Vrangbaek et al., 2012]. Основными целями внедрения таких программ являлись создание условий для рыночного влияния на поведение больниц, зачастую являющихся монополиями, что в свою очередь создает стимулы для дальнейшего повышения качества предоставляемых услуг и повышения доступности медицинской помощи.

Наибольшее внимание привлекает опыт Англии по обеспечению свободного выбора пациентом врача – узкого специалиста или больницы при направлении его врачом общей практики для получения специализированной медицинской помощи. Данные мониторинга соответствующей программы показывают, что в начале ее реализации, в мае 2006 г., 30% пациентам предлагались для выбора несколько больниц, где они могли получить консультацию специалиста, а в феврале 2010 г. доля таких пациентов достигла уже 49% [Dixon, 2010].

Констатируя доминирующую тенденцию обеспечения свободного выбора пациентами поставщиков медицинской помощи, следует отметить наличие целого пласта исследований, которые показывают, что свободный выбор пациента не есть безусловное благо для системы здравоохранения. Он не всегда ведет к более эффективному распределению ресурсов системы оказания медицинской помощи, а может усиливать ее фрагментацию и увеличивать издержки [Enthoven, Tollen, 2005; Sheiman et al., 2013; Thomson, Dixon, 2004]. Политика расширения выбора пациентов может оказать двойственное воздействие на доступность медицинской помощи и справедливость в получении медицинских услуг [Dixon, Le Grand, 2006]. Более образованные люди выбирают чаще, менее обеспеченные семьи чаще отвечают, что они удовлетворены той ближайшей больницей, где они лечатся, и не ищут альтернатив [Fotaki et al., 2006].

Обеспечение возможности выбора медицинской организации и врача приобретает особое значение для стран, в которых система здравоохранения была ранее построена по советскому образцу (базировалась на модели Семашко). Модель Семашко предусматривала жесткую систему направлений, не дававшую пациенту права на выбор врача или медицинского учреждения [Davis, 2010]. Страны Центральной и Восточной Европы, ставшие членами ЕС, предоставили своим гражданам право свободного выбора поставщиков медицинской помощи в рамках финансируемых государством систем здравоохранения [Dimova et al., 2012; Mitenbergs et al., 2012; Murauskiene et al., 2013; Lai et al., 2013; Paris et al., 2010; Vlădescu et al., 2008].

В постсоветских странах право граждан на выбор врача и медицинской организации было продекларировано в законодательстве, но ситуация с его обеспечением оказалась гораздо сложнее (Lekhan et al., 2010; Richardson et al., 2013). Это право оказалось плохо совместимым с системами государственного финансирования здравоохранения, которые либо мало изменились по сравнению с советским периодом, либо, будучи реформированными, не обеспечили последовательной реализации принципа «деньги следуют за пациентом» [Kutzin et al., 2010]. Вместе с тем была разрешена деятельность частнопрактикующих врачей и частных медицинских организаций, а также предоставление платных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях (во всех постсоветских странах, кроме Украины [Lekhan et al., 2010]). Граждане этих стран получили возможность выбора поставщиков платной медицинской помощи.

Исследование реально сложившихся практик потребительского выбора и перспектив его расширения в постсоветских странах дает новые свидетельства для продолжающейся дискуссии о роли выбора пациентов в функционировании систем здравоохранения. В данной публикации такое исследование проводится на примере России. В переходный период от плановой экономики к рыночной в системе здравоохранения России произошли значительные изменения: децентрализация управления, введение обязательного медицинского страхования, разрешение государственным учреждениям оказывать платные услуги, появление частнопрактикующих врачей и частных медицинских организаций и др. [Popovich et al., 2011]. Дефицит государственного финансирования здравоохранения оказал разрушительное воздействие на систему направления пациентов от одних звеньев оказания медицинской помощи к другим. Наличие направления

из поликлиники на обследование и лечение в диагностическом центре, стационаре перестало быть гарантией его бесплатного получения. И наоборот, консультации врачей – специалистов, диагностические исследования и госпитализация стали возможными и без направления от лечащего врача, но при условии оплаты этих услуг из кармана пациента.

Таким образом, происходившие в течение переходного периода изменения в системе здравоохранения создали возможности для осуществления потребительского выбора, но эти возможности появились в рамках предоставления платных услуг, выбор при предоставлении бесплатных услуг все еще оставался ограниченным.

В последние годы отношение государства к праву выбора медицинской организации и врача стало меняться. Обеспечение такого права стало рассматриваться как средство повышения доступности медицинских организаций, оказывающих более качественную медицинскую помощь, а также развития конкуренции между поставщиками медицинской помощи, которая будет содействовать повышению эффективности всей системы здравоохранения.

Ранее просто декларировавшееся право выбора населением медицинского учреждения получило конкретизацию в федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Федеральный закон, 2011]<sup>1</sup>.

Усиление внимания к реализации права граждан на выбор в системе здравоохранения ставит ряд важных исследовательских задач. Какова распространенность практик потребительского выбора в российском здравоохранении; какова доля случаев обращений за медицинской помощью, в которых пациенты выбирали между ее поставщиками? Этот вопрос редко ставится в других странах. Правила и ограничения выбора четко определены, и задача получения оценок распространенности выбора встает только при оценке результативности программ его расширения, как это имело место в приведенном выше примере английской программы. Между тем для России, где правила доступа к медицинской помощи яв-

---

<sup>1</sup> Закон устанавливает, что гражданин имеет право выбрать медицинскую организацию, а в ней – врача-терапевта, врача-педиатра, врача общей практики для получения бесплатной первичной медицинской помощи не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). Оказание неотложной специализированной бесплатной медицинской помощи должно осуществляться по направлению лечащего врача, который обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации для получения необходимой помощи.

ляются недостаточно четкими, такая задача как раз имеет особое значение.

Важной задачей является оценка того, в какой мере возможности потребительского выбора обусловлены получением медицинской помощи за плату. Насколько распространены ситуации выбора при получении бесплатной медицинской помощи? Наконец, важно правильно понимать, почему именно пациенты оказываются в ситуациях выбора, и как они его осуществляют.

Практики потребительского выбора в российском здравоохранении до недавнего времени не выступали предметом самостоятельно изучения и лишь небольшими фрагментами затрагивались в рамках более широких по предмету исследований. Полученные данные свидетельствовали о невысокой востребованности у граждан возможности выбора. Так, в опросе населения Москвы, Московской области и еще двух областных центров, проведенном в 1999–2000 гг. по вопросам оценки происходящих изменений в здравоохранении, было выявлено, что только 5,9% граждан поменяли бы своего лечащего врача и 5,7% – медицинскую организацию, где они лечились, если бы им была предоставлена такая возможность [Fotaki, 2006]. Выбор, а точнее поиск медицинской организации и врача для получения необходимой медицинской помощи, осуществляется, как правило, через знакомых, с использованием сетей социальных связей [Manning, Tikhonova, 2009; Rusinova, Brown, 2003].

Первой попыткой дать ответы на комплекс поставленных выше вопросов было исследование, выполненное в ГУ ВШЭ в 2009–2010 гг. Эмпирическую базу исследования составили данные проведенного в апреле 2009 г. ГУ ВШЭ и Аналитическим центром Юрия Левады социологического опроса населения по вопросам реализации права выбора медицинского учреждения и врача. Объем выборки составлял 1600 респондентов, репрезентирующих взрослое население страны.

Полученные данные показали, что право на выбор врача и медицинской организации имеет высокую ценность для российских граждан, но практики выбора занимают в российском здравоохранении пока еще скромное место: 5–18% от обратившихся за разными видами помощи выбирали, к кому обратиться [Шейман, Шишкин, 2012].

Активизация политики расширения потребительского выбора в здравоохранении делает актуальным продолжение изучения реальных практик такого выбора. Стремление проверить полученные ранее оценки на более широком массиве респондентов, провести более развернутый ана-

лиз различий в практиках выбора между разными социально-демографическими группами (который был затруднен вследствие небольшого числа респондентов, имевших опыт выбора, попавших в выборку 2009 г.) и выявить возможные изменения в этих оценках, происходящие под влиянием усиления значимости выбора в общественном сознании, обусловило проведение еще одного обследования населения по этим вопросам – теперь уже в рамках Российского мониторинга экономического положения и состояния здоровья (РМЭЗ) ВШЭ.

Для целей данного исследования инструментарий 20-й волны РМЭЗ ВШЭ был дополнен блоком вопросов по изучению выбора населением медицинских учреждений и врача, в основу которого были положены отдельные вопросы, использовавшиеся в вышеупомянутом исследовании 2009 г. Новый опрос был проведен осенью 2011 г., выборка составила 6385 домохозяйств, включающих 13850 взрослых респондентов.

Настоящая публикация посвящена ответам на поставленные выше вопросы о практиках выбора поставщиков медицинских услуг в российском здравоохранении на основе результатов уже двух проведенных обследований.

Ниже последовательно рассматриваются практики выбора амбулаторной и стационарной помощи. Применительно к каждой из этих сфер сначала проводится анализ распространенности практик выбора и его обусловленности оплатой медицинских услуг. Затем обсуждаются причины, почему пациенты не выбирали медицинскую организацию или врача; далее – основные причины, по которым пациентам пришлось делать выбор между поставщиками медицинской помощи. Рассматриваются также источники информации при осуществлении выбора. В заключении представлены выводы, вытекающие из полученных результатов о функциональной роли потребительского выбора в постсоветской системе здравоохранения.

## **2. Выбор амбулаторного учреждения и врача**

### ***2.1. Общие оценки распространенности выбора поставщика амбулаторной помощи***

Понятие «выбор пациентов» используется в данном исследовании в широком смысле, охватывая следующие ситуации: самостоятельная сме-



на врача/медицинского учреждения и выбор пациентом между двумя и более (1) медицинскими учреждениями; (2) врачами-терапевтами в медицинском учреждении, где респондент постоянно обслуживается. Важно подчеркнуть, что не учитываются случаи смены врача/медицинского учреждения по независящим от респондента обстоятельствам, например, смена места жительства, получение направления на обследование от «постоянного» врача, а также закрытие медицинского учреждения, болезнь врача и т.п. Также в рассмотрение включаются случаи, когда при обращении к врачам у респондента была возможность выбора, куда и к кому обратиться, и он сам выбирал между двумя и более (3) врачами одной специальности или (4) медицинскими учреждениями.

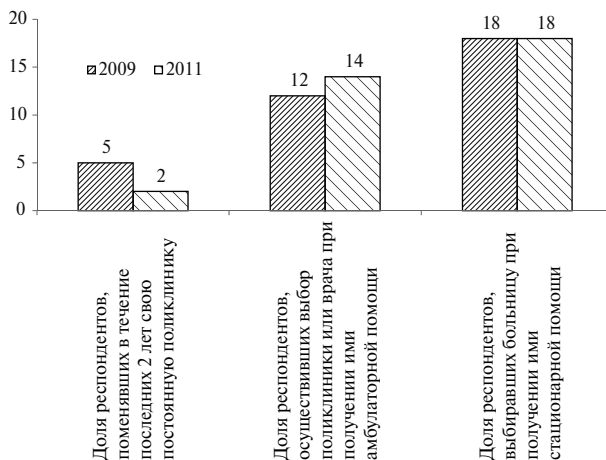
Предметом данного исследования выступают случаи выбора гражданами:

- амбулаторных учреждений или врача-терапевта для постоянного прикрепления для получения амбулаторной медицинской помощи;
- медицинской организации или врача – узкого специалиста для получения специализированной амбулаторной помощи (кроме стоматологической помощи);
- медицинской организации для прохождения стационарного лечения.

В опросах 2009 г. и 2011 г. респондентов спрашивали о случаях выбора поставщиков амбулаторной помощи за два года, предшествовавших опросу, а выбора стационаров – за три предыдущих года.

Анализ распространенности потребительского выбора в здравоохранении естественно начать с изучения практик выбора гражданами амбулаторных учреждений и врача-терапевта для постоянного прикрепления для получения амбулаторной медицинской помощи.

Доля взрослых граждан, по собственной инициативе менявших поликлиническое учреждение, к которому они были прикреплены для получения медицинской помощи, составила 5% по данным опроса 2009 г. и лишь 1,7% – по данным опроса 2011 г. Кроме того, 0,8% опрошенных сообщили, что в последние два года по собственной инициативе поменяли врача-терапевта, а в 2009 г. таких было 3%. Таким образом, за 2009–2011 гг. мы наблюдаем снижение активности потребительского выбора в терминах смены основного медучреждения или врача-терапевта в нем (рис. 1).



**Рис. 1.** Распространенность потребительского выбора в российском здравоохранении, %

Подавляющее большинство респондентов (по 82% в обоих опросах) сообщили, что основное медицинское учреждение, в котором они обслуживаются, это районная поликлиника по месту жительства или регистрации. Среди респондентов, делавших выбор между амбулаторными учреждениями, в районных поликлиниках в 2011 г. обслуживались 71% пациентов, в то время как в 2009 г. их было 76% (рис. 2).

В 2009 г. на втором месте были поликлиники, к которым респонденты были прикреплены по договору добровольного медицинского страхования: 7% от числа опрошенных и 3% от числа опрошенных, делавших выбор, сообщили, что постоянно обслуживаются в таких медицинских учреждениях. В 2011 г. аналогичные показатели значительно сократились, составив по 0,9% как среди всех респондентов, так и респондентов, делавших выбор. Показатели прикрепления к другим видам амбулаторных учреждений, по данным обоих опросов, оказались примерно одинаковыми. Правда, надо отметить, что в опросе 2011 г. увеличилась доля тех, кто не смог точно указать место своего постоянного прикрепления для амбулаторного обслуживания – с 4% до 9%.

Стоит также обратить внимание на то, что реже всего респонденты обслуживались на постоянной основе в частных медицинских учреждениях и у врача общей практики (семейного врача). Как в 2009 г., так и в 2011 г. лишь около 1% респондентов отметили эти виды производителей

амбулаторной помощи в качестве места постоянного места получения помощи.



**Рис. 2.** Типы медицинских учреждений, в которых постоянно обслуживается взрослое население и те, кто делал выбор при получении амбулаторной помощи, %

Доля граждан, которые в течение последних двух лет были в ситуации выбора медицинской организации или врача для получения амбулаторной медицинской помощи при заболевании, по данным обоих опросов, оказалась очень близкой: 12% от обратившихся за амбулаторной помощью, согласно данным опроса в 2009 г., и 14% – в 2011 г.

## 2.2. Распространенность практик выбора бесплатной и платной амбулаторной помощи

Данные обоих опросов показывают, что при выборе поставщика амбулаторной помощи установки пациентов на получение помощи за плату преобладают, но не являются доминирующими. Доля сделавших выбор пациентов, ориентировавшихся на исключительно бесплатное по-

лучение амбулаторной помощи, составила 21% в 2009 г. и 27% в 2011 г. Доля ориентировавшихся на бесплатное лечение, но готовых в то же время заплатить в случае необходимости, оказалась примерно одинаковой – 44% и 46% соответственно. Доля сразу искавших платные медицинские услуги сократилась с 16% до 10%. Сравнивая данные двух опросов, можно сделать вывод, что, по всей видимости, происходит усиление ориентации пациентов, выбирающих поставщиков амбулаторной помощи, на ее бесплатное получение.

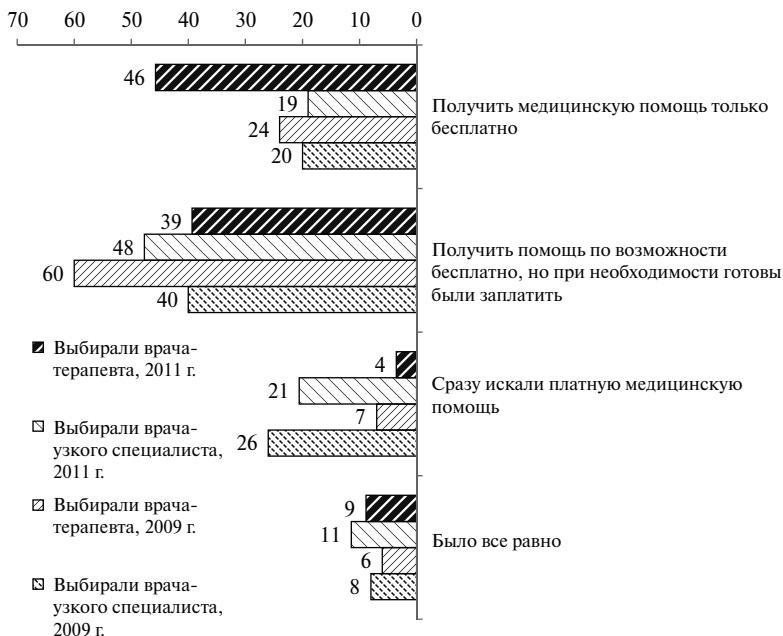
Что же касается фактической распространенности оплаты медицинских услуг при выборе амбулаторного учреждения или врача, то, по данным опроса 2009 г., такая оплата имела место в 53% случаев выбора, а в 2011 г. – уже лишь в 42% (табл. 1). Это позволяет констатировать, что преобладающая часть практик выбора поставщика амбулаторной помощи происходит уже в рамках бесплатного ее предоставления.

*Таблица 1.* Фактическая распространенность оплаты медицинских услуг при выборе амбулаторного учреждения или врача, %

	Бесплатно	За плату официально	За плату неофициально	За плату, как официально, так и неофициально	Получение медицинской помощи еще не завершено
2009	42,5	36,2	10,6	6,4	4,3
2011	57,0	33,1	6,0	2,5	1,4

Отношение к платности при выборе амбулаторного учреждения или врача существенно изменяется в зависимости от того, чью помощь (терапевта или узкого специалиста) люди хотят получить.

При выборе участкового терапевта, как и в целом при выборе поставщика амбулаторной помощи, заметно усиление ориентации на получение бесплатной помощи. В опросе 2009 г. 24% респондентов, осуществивших выбор терапевта, ориентировались на получение бесплатной помощи, в опросе 2011 г. доля таких респондентов возросла почти в 2 раза, составив 46% (рис. 3). Доля ориентировавшихся в основном на бесплатную помощь, но готовых в то же время заплатить, сократилась с 60% до 39%, и доля изначально ориентировавшихся при выборе на получение платных услуг уменьшилась также почти вдвое – с 7% до 4%.



**Рис. 3.** Отношение пациентов к проблеме платности помощи при выборе врача-терапевта и врача – узкого специалиста, % от тех, кто выбирал такого врача

Несколько другими оказались практики выбора врача – узкого специалиста. Здесь доля ориентировавшихся на получение бесплатной помощи, составила около пятой части респондентов как 2009 г., так и 2011 г. Доля респондентов, готовых в случае необходимости заплатить за услуги узких специалистов, достигла 48% в опросе 2011 г. против 40% в опросе 2009 г. Доля ориентировавшихся изначально на получение платных услуг, предоставляемых узкими специалистами, как в начале рассматриваемого периода, так и в его конце была значительно выше, чем при выборе врача-терапевта. Но так же, как и при выборе врача-терапевта, доля этой группы уменьшилась (с 26% до 21%).

В различных социально-экономических группах респондентов установки относительно поиска платных или бесплатных медицинских услуг при выборе поставщика амбулаторных услуг значительно различаются. Как и следовало ожидать, респонденты пенсионного возраста несколько

чаще, чем другие, ориентировались только на бесплатную медицинскую помощь. Более трети респондентов этой группы выбирали этот ответ по сравнению с 20–24% в других возрастных группах. Чаще других искали платную помощь респонденты в возрасте 25–39 лет. Эта возрастная группа выбирала данный ответ в 21,2% случаев по сравнению с 12–18% среди людей других возрастов. Самая молодая возрастная когорта чаще остальных ориентировалась на линию выбора «получить, по возможности, помощь бесплатно, но готовы доплатить», хотя данная стратегия в целом является сегодня преобладающей для людей любого возраста (табл. 2).

Таблица 2. Установки относительно платности медицинских услуг в группах по возрасту респондентов, 2011 г., % по столбцу

	Возраст				Всего
	18–24 года	25–39 лет	40–54 года	55 лет и старше	
<b>Когда выбирали к кому/куда обратиться, хотели...</b>					
Получить медицинскую помощь только бесплатно	20,5	20,7	24,2	37,4	26,8
Получить помощь по возможности бесплатно, но при необходимости готовы были заплатить	53,8	45,8	48,7	40,8	45,9
Сразу искали платную медицинскую помощь	18,2	21,2	14,1	12,5	16,3
Было все равно	7,6	12,3	13,0	9,3	11,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Число респондентов	132	358	277	353	1120

На протяжении рассматриваемого периода наименее обеспеченные респонденты при выборе поставщика амбулаторных услуг чаще ориентировались только на бесплатную помощь. Респонденты из самых обеспеченных слоев населения, относящихся к пятой квинтильной группе, при выборе сразу ориентировались на получение платной амбулаторной помощи. Почти четверть респондентов этой группы выбирали этот ответ по сравнению с 9–14% в других группах. Респонденты, относящиеся к четвертой квинтильной группе, при выборе в наибольшей степени были ориентированы на готовность при необходимости заплатить за получаемую помощь (табл. 3). Можно заключить, что распространенность

практик оплаты медицинских услуг при выборе поставщика амбулаторной помощи увеличивается с ростом благосостояния пациентов: более обеспеченные чаще оплачивают выбираемую медицинскую помощь, чем пациенты с меньшими доходами.

Таблица 3. Установки относительно платности медицинских услуг и фактическая её распространенность в группах по душевому доходу, 2011 г., % по столбцу

	Квintильные группы по душевому доходу					Всего
	Первая (самый низкий доход)	Вторая	Третья	Четвертая	Пятая (самый высокий доход)	
<b>Когда выбирали к кому, куда обратиться, хотели...</b>						
Получить медицинскую помощь только бесплатно	33,3	26,9	26,5	29,6	22,5	26,7
Получить помощь по возможности бесплатно, но при необходимости готовы были заплатить	42,3	48,4	46,1	50,0	42,9	45,9
Сразу искали платную медицинскую помощь	12,2	8,6	15,7	14,2	24,3	16,4
Было все равно	12,2	16,1	11,7	6,2	10,4	11,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Число респондентов	123	186	230	226	338	1103
<b>Фактически получили медицинскую помощь:</b>						
Бесплатно	64,8	63,3	57,6	59,4	48,2	56,9
За плату официально	28,0	24,5	33,8	32,3	39,1	32,9
За плату неофициально	4,8	5,9	5,2	4,4	8,5	6,1
За плату, как официально, так и неофициально	2,4	3,7	2,2	1,7	2,9	2,6
Получение медицинской помощи еще не завершено	0,0	2,7	1,3	2,2	1,2	1,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Число респондентов	125	188	231	229	340	1113

### ***2.3. Причины отсутствия выбора производителя амбулаторной помощи***

Почему пациенты не выбирали медицинское учреждение или врача при получении амбулаторной помощи – они не имели возможности или у них просто не было такой необходимости?

В обоих опросах большинство респондентов отвечали, что не выбрали, потому что их устраивало то место, где они получали амбулаторную помощь на постоянной основе. В 2011 г. доля респондентов, удовлетворенных работой постоянного врача, оказалась выше, составив 53,3% против 43,0% в 2009 г. (рис. 4). Около 9% респондентов в 2011 г. и 6,6% в 2009 г. отметили, что для них вопрос выбора не является насущным. Причины, связанные с наличием различных ограничений выбора, оказались существенно менее значимыми. На отсутствие прямых альтернатив для выбора указали 10% респондентов в 2009 г. и 13% в 2011 г., на отсутствие времени на поиск других мест для получения амбулаторной помощи сослались 9% и 8% соответственно, а транспортные ограничения стали препятствием для 6% и 3% опрошенных. Совокупная доля респондентов, указавших перечисленные причины, оказалась очень близкой в обоих обследованиях – 25% и 24% соответственно.

Что касается платности медицинской помощи как препятствия для выбора, то ее значимость значительно сократилась в 2011 г. по сравнению с 2009 г. Если в начале рассматриваемого периода 13,0% респондентов отвечали, что причиной неосуществления выбора при получении амбулаторной помощи является необходимость оплаты получаемой помощи, то в конце рассматриваемого периода доля таких респондентов сократилась почти вдвое, составив 6,6%. Это коррелирует с уменьшением доли респондентов, для которых выбор был сопряжен с оплатой получаемой медицинской помощи.

Таким образом, за рассматриваемый период причины отсутствия выбора сместились от невозможности его осуществления к нежеланию его делать.

### ***2.4. Причины выбора поликлинического учреждения***

Почему люди меняли место получения амбулаторной помощи? Что их не устраивало и заставляло находить новых производителей амбулаторной помощи? Согласно данным обоих опросов, наиболее распространенной причиной, по которой пациент решил сменить поликлинику для





**Рис. 4.** Причины отсутствия выбора медицинского учреждения или врача в % от числа пациентов, обратившихся в поликлиники/к врачам; допускалось не более двух ответов

постоянного обслуживания, является недостаточная, по его мнению, квалификация медицинского персонала. Однако значимость этой причины снизилась (рис. 5).

В 2011 г. оказалось больше респондентов, сменивших постоянное место обслуживания из-за неудовлетворительных условий оказания помощи, а именно сложностей с записью на прием, трудностей с проведением необходимых исследований, долгого времени ожидания, неуважительного отношения медицинского персонала. За рассматриваемый период доля таких респондентов возросла с 65% до 72%.

Значимость причин выбора заметно различается для разных групп населения. Так, чем выше уровень образования пациента, тем чаще причиной смены поликлиники выступает недостаточная квалификация персонала. Вдобавок респонденты с высшим образованием чаще других меняют поликлинику по причине возникновения трудностей с проведением необходимых исследований и процедур. Эту же причину в 2 раза чаще указывают жители сельских поселений и небольших городов.



**Рис. 5.** Основные причины смены амбулаторного учреждения, в котором постоянно обслуживается респондент, допускалось не более двух ответов

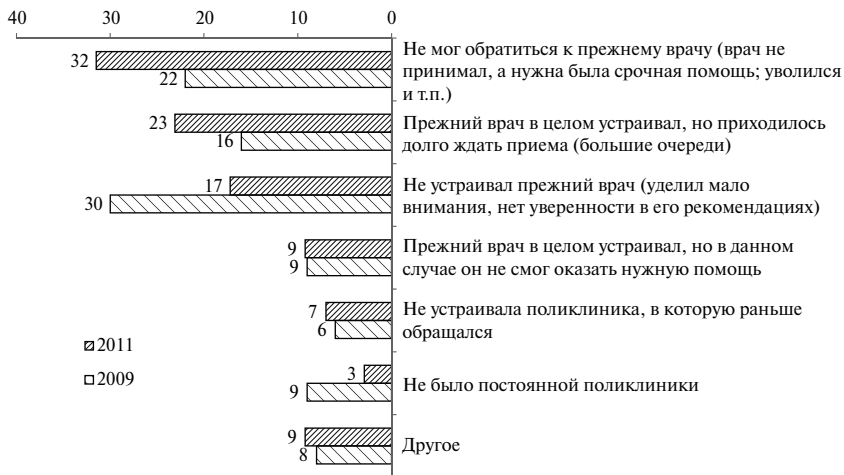
Сравнение результатов двух опросов позволяет сделать осторожное предположение о возможном некотором улучшении качества амбулаторной помощи в последнее время, что и обусловило снижение распространенности практик смены гражданами амбулаторно-поликлинических учреждений.

### **2.5. Основные причины выбора врача**

Среди ситуаций выбора врача или поликлиники преобладают случаи выбора для получения помощи врача – узкого специалиста (80% таких случаев в 2009 г. и 75% – в 2011 г.). Значительно реже пациенты оказывались в ситуации выбора при получении помощи, оказываемой врачами-терапевтами. В 2009 г. выбор врача-терапевта происходил в 20% случаев выбора врача, в 2011 г. этот показатель составил 25%.

В 2009 г. треть респондентов указывала в качестве основной причины смены врача-терапевта неудовлетворенность пациентов оказываемой им помощью, и лишь чуть более пятой части указывали на такую причину, как недоступность врача. В 2011 г. основной причиной оказалась недоступность ранее выбранного врача-терапевта – более трети респондентов отметили эту причину, а неудовлетворенность качеством оказы-

ваемой помощи в качестве причины смены врача упомянули лишь 17% респондентов (рис. 6).



**Рис. 6.** Основная причина, по которой пациентам пришлось выбирать терапевта или поликлинику, в которой можно получить помощь терапевта, % от тех, кто выбирал

Но эти оценки относятся к выборке в целом. Между тем значимость причин выбора оказалась заметно различающейся для жителей разных типов населенных пунктов (табл. 4). Неудовлетворенность пациентов оказываемой им помощью доминирует в качестве причин выбора в Москве, в то время как во всех других типах населенных пунктов выбор главным образом обусловлен проблемами с доступностью медицинской помощи, и доля респондентов, указавших на эти причины, растет по мере уменьшения размеров населенных пунктов.

В отличие от структуры причин выбора при получении помощи врача-терапевта, где неудовлетворенность качеством предоставляемой помощи или доступностью услуг прежнего врача является ведущей причиной, при выборе врача – узкого специалиста их отметили менее половины респондентов, делавших такой выбор в 2011 г. Ведущими же оказались причины, связанные с изъянами в организации медицинской помощи: самостоятельное, без направления, обращение к врачу и направление к врачу – узкому специалисту, но без предложения к кому именно обратиться (табл. 4).

Таблица 4. Причины выбора врача жителями разных типов населенных пунктов, 2011 г., %

	Москва	Более 500 тыс.	От 100 до 500 тыс.	Город до 100 тыс.	Село	Всего
<b>Причины выбора врача-терапевта</b>						
Неудовлетворенность оказываемой медицинской помощью*	40,0	22,4	30,8	25,8	15,1	24,6
Недоступность медицинской помощи**	43,4	65,7	53,9	72,6	80,3	66,6
Другое	16,7	11,8	15,4	1,6	4,5	8,8
<b>Причины выбора врача-специалиста</b>						
Неудовлетворенность оказываемой медицинской помощью***	26,6	17,1	25	22	18,4	20,5
Недоступность медицинской помощи****	25,7	28,7	26,1	30,5	28,1	28,3
Число респондентов	30	76	39	62	66	273
Было направление к врачу – узкому специалисту, но конкретного врача не предложили, поэтому пришлось выбирать самому	13,8	21,7	8,3	16,8	25,4	18,6
Самостоятельно решили, что нужна консультация/помощь врача – узкого специалиста, направления не было	31,2	29,7	32,3	28,9	25,4	29,4
Другое	2,8	2,8	8,3	1,7	2,6	3,2
Число респондентов	109	327	96	173	114	819

\* Доля выбравших варианты ответов: «Не устраивал прежний врач»; «Не устраивала поликлиника, в которую раньше обращался».

\*\* Доля выбравших варианты ответов: «Прежний врач в целом устраивал, но приходилось долго ждать приема», «Прежний врач в целом устраивал, но в данном случае он не мог помочь», «Не могли обратиться к прежнему врачу», «Не было постоянной поликлиники».

\*\*\* Доля выбравших варианты ответов: «Не понравился врач – узкий специалист, к которому направили», «Не устраивал врач, у которого ранее наблюдались по этой же проблеме».

\*\*\*\* Доля выбравших варианты ответов: «Долго ждать приема, трудно записаться к врачу», «Не могли обратиться к прежнему врачу».

Сравнение причин выбора при получении помощи врача – узкого специалиста, согласно данным опросов 2009 г. и 2011 г., показывает значительное увеличение доли случаев, когда пациентами было принято самостоятельное решение о необходимости обращения к врачу – узкому специалисту без направления от врача терапевта, и именно по этой причине пациенты искали нужного им специалиста. Если в 2009 г. таких случаев было 19%, то в 2011 г. этот показатель вырос до 29% (рис. 7). Соответственно, если в 2009 г. респонденты в 52% случаев<sup>2</sup> выбирали врача – узкого специалиста, имея направление от другого врача, то в 2011 г. таких стало 39%.



**Рис. 7.** Основная причина, по которой пациентам пришлось выбирать врача – узкого специалиста, % от тех, кто выбирал

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об усилении процессов спонтанного формирования потоков пациентов к поставщи-

<sup>2</sup>Это суммарная доля пациентов, которые ответили что (1) у них «было направление к врачу – узкому специалисту, но конкретного врача не предложили, поэтому пришлось выбирать самому», (2) им нужно было «долго ждать приема, трудно записаться к врачу – узкому специалисту, к которому направили» или (3) «не понравился врач – узкий специалист, к которому направили (уделил мало внимания, нет уверенности в его рекомендациях)».

кам специализированной амбулаторной помощи. Нужно заметить, что возможность прямого обращения пациентов к врачам-специалистам, без направления участкового терапевта, появилась в российском здравоохранении в 90-е годы как следствие развития в государственных медицинских учреждениях практик предоставления платных услуг и нарастающего дефицита участковых врачей. Однако нерегулируемый спрос на специализированную медицинскую помощь ведет к неоправданному с медико-экономической точки зрения росту объемов этого, более дорогого по сравнению с первичной, вида помощи. Обращение к узким специалистам без консультации или направления участкового врача (или врача общей практики) создает условия для неэффективного распределения ресурсов, обусловленного ростом спроса на услуги узких специалистов, который частично может быть удовлетворен врачами первичного звена [Sheiman et al., 2013].

Именно поэтому Федеральный закон «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Федеральный закон, 2011] обусловил право граждан на выбор врачей-специалистов направлением от участкового врача-терапевта для получения такой помощи и предоставлением врачом-терапевтом информации пациенту о возможности выбора поставщика специализированной помощи.

Увеличение в 2011 г. по сравнению с опросом 2009 г. размеров выборки позволяет выявить различия в причинах выбора врача – узкого специалиста респондентами из различных социальных групп. Выяснилось, что эти причины заметно различаются для групп граждан, различающихся по возрасту, уровню образования и типу населенного пункта, где они проживают.

Среди представителей старших возрастных групп чаще встречается такая причина выбора, как отсутствие рекомендации со стороны ранее лечившего их врача о том, к кому именно им можно обратиться. А респонденты в возрасте до 24 лет чаще называют причиной выбора врача – узкого специалиста неудовлетворенность услугами предыдущего врача, и самостоятельное, без предварительных консультаций и направлений обращение за специализированной помощью.

Особенностью лиц со средним и высшим образованием является более выраженная по сравнению с менее образованными гражданами ориентация на самостоятельное обращение к врачам – узким специалистам.

Различия между жителями разных типов населенных пунктов в структуре причин выбора врача – узкого специалиста не столь велики, как в

случае выбора врача-терапевта (табл. 4). Но заслуживает внимания то, что в Москве причины, связанные с неудовлетворенностью оказываемой медицинской помощью и с ее доступностью, оказались практически равнозначными, в то время как в других типах населенных пунктов недоступность медицинской помощи отмечается в качестве причины выбора чаще. При этом жители сельских населенных пунктов намного чаще других сталкиваются с ситуацией, когда им дают направление, но конкретного врача не предлагают.

## ***2.6. Источники информации при осуществлении выбора***

В рамках исследования проводился анализ источников информации, полученной пациентами для осуществления выбора амбулаторного учреждения и врача. По данным опросов 2009 г. и 2011 г. различия частоты использования разных источников оказались существенными.

В 2009 г. российские граждане чаще всего пользовались информацией из близкого им круга межличностного общения и прежде всего обращали внимание на отзывы, рекомендации родственников, друзей, знакомых (в двух третях случаев выбора врача – узкого специалиста и терапевта, 67% и 64% соответственно) (рис. 8). При выборе врача-терапевта пациенты чаще всего советовались с родственниками, друзьями, знакомыми, работающими в медицине (38% случаев). К рекомендациям близких, не являющихся медицинскими работниками, обращались в 26% случаев. При выборе узкого специалиста, наоборот, на рекомендацию друзей-медиков полагались в 27% случаев, тогда как к советам родственников и друзей, не являющихся медицинскими работниками, прислушивались в 40% случаев выбора.

Опрос 2011 г. показал снижение важности личных связей и мнения друзей и родственников при выборе врача: такими источниками информации пользовались 44% для выбора терапевта и 55% для выбора узкого специалиста. Вместе с тем выросло доверие пациентов к рекомендациям врача, который направил на лечение/обследование, а также произошло небольшое повышение доли пациентов, которые воспользовались рекомендациями медицинских работников не из числа родственников или друзей. Самый редкий источник информации – различного рода бумажная реклама (листовки, объявления и пр.), информация в СМИ или реклама в Интернете. Очевидно, они вызывают наименьшее доверие респондентов. Правда, в 2011 г. этот источник стал более заметен, чем в 2009 г. Таким образом, при выборе врача для получения амбулаторной помощи ве-

лучшим информационным источником было и остается «сарафанное радио», хотя его роль постепенно снижается: его отметили 40% опрошенных в 2009 г. и 32% в 2011 г. Незначительно, но выросла в глазах пациентов роль рекомендаций врачей (лечащего врача, врача скорой помощи и др.).



**Рис. 8.** Источники информации, которыми пользовались респонденты при выборе врача или поликлинического учреждения, % от выбравших и указавших источники

### 3. Выбор стационарных учреждений

#### 3.1. Общие оценки распространенности выбора производителя стационарной помощи

Согласно данным обоих опросов, доля выбравших больницу среди получавших стационарную помощь в течение предшествующих трех лет составляла 18%.



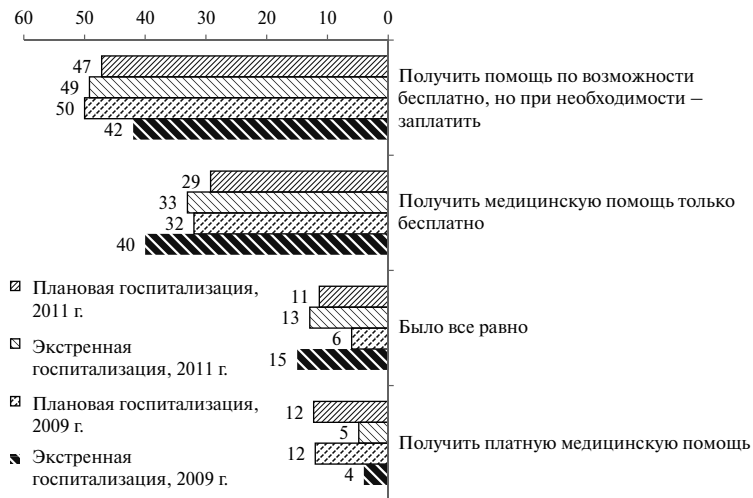
Чаще всего стационар выбирали при плановой госпитализации (около двух третей случаев выбора стационара), при экстренной госпитализации выбор стационара осуществлялся в 2 раза реже. При этом при плановой госпитализации в 2011 г. в 16% случаев у пациентов не было направления (из поликлиники, от врача), т.е. госпитализация происходила по их собственному решению. Правда, доля таких случаев выбора в 2011 г. заметно уменьшилась по сравнению с 2009 г. – 30%.

Частота случаев выбора места получения стационарной помощи находится в прямой зависимости от уровня образования, доходов, места жительства пациентов. Лица с высшим образованием выбирают больницу в 2 раза чаще; представители квинтильной группы с наибольшими доходами – в 1,6 раза чаще, чем наименее обеспеченные. Жители Москвы – в 1,5 раза чаще выбирают стационарное медицинское учреждение, чем жители больших городов (с населением свыше 500 тыс.), и почти в 3 раза чаще, чем жители средних городов и сельской местности.

### ***3.2. Отношение к платности при выборе стационара***

В случае выбора больницы, как и при выборе поставщика амбулаторной помощи, пациенты чаще всего ориентировались на получение бесплатной помощи. В трети случаев пациенты хотели получить медицинскую помощь только бесплатно, причем в случае экстренной госпитализации такая установка встречалась чаще. Почти у половины респондентов установки были вполне прагматичными: «Хотели получить помощь, по возможности, бесплатно, но при необходимости были готовы заплатить». Только 9% респондентов при выборе больницы сразу ориентировались на получение платной медицинской помощи. Важно отметить, что с 2009 г. распределение предпочтений пациентов почти не изменилось (рис. 9).

Фактически получили бесплатную медицинскую помощь 59% тех, кто выбирал стационар; в опросе 2009 г. эта доля составляла 41%. Таким образом, как и в случае обращения за амбулаторной помощью, преобладающая часть практик выбора поставщика стационарной помощи происходит в рамках бесплатного ее предоставления. Среди пациентов, выбравших стационар и ориентировавшихся только на получение бесплатной помощи, в 9 из 10 случаев пациент достигал своей цели и получал бесплатную медицинскую помощь (в 2009 г. таких было гораздо меньше, 65%).



**Рис. 9.** Отношение пациентов к проблеме платности медицинской помощи при выборе стационара, % от числа выбиравших стационар

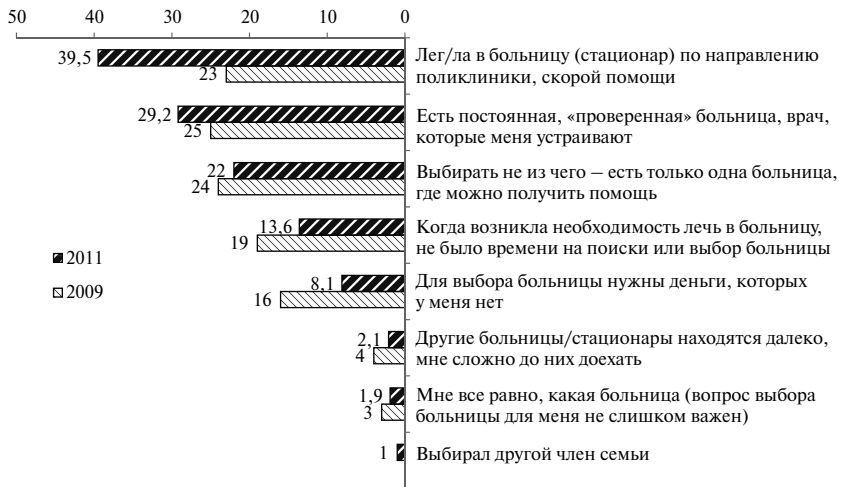
Половине тех, кто в ходе поиска хотел бы найти бесплатный вариант, но при необходимости готов был заплатить, в итоге удалось получить бесплатную помощь в больнице (в 2009 г. в этом преуспел только каждый третий), в остальных случаях пациенты платили, в том числе в 24% случаев – неофициально (в 2009 г было 26%).

### 3.3. Причины отсутствия выбора стационара

На протяжении рассматриваемого периода основными причинами отсутствия выбора при получении стационарной помощи пациентами были госпитализация по направлению, наличие стационара, предоставляющего удовлетворяющую пациента помощь, или невозможность выбора в силу наличия единственного стационара в зоне доступа.

Однако структура основных причин невозможности осуществить выбор при получении стационарной помощи по данным двух опросов заметно различается. В 2011 г. пациенты в основном не выбирали стационар в связи с госпитализацией по направлению медицинских работников (первичного звена или скорой помощи), в то время как в 2009 г. основной причиной отсутствия выбора выступало наличие у госпитализируемых устраивавшей их больницы (рис. 10). Невозможность осуществить

выбор в силу отсутствия других стационаров остается третьей по своей значимости причиной. Следует отметить сокращение удельного веса ответов, предполагающих ограничение возможности выбора стационара в силу отсутствия денег. В 2011 г. доля таких ответов сократилась почти в 2 раза по сравнению с 2009 г., с 16% до 8% соответственно.



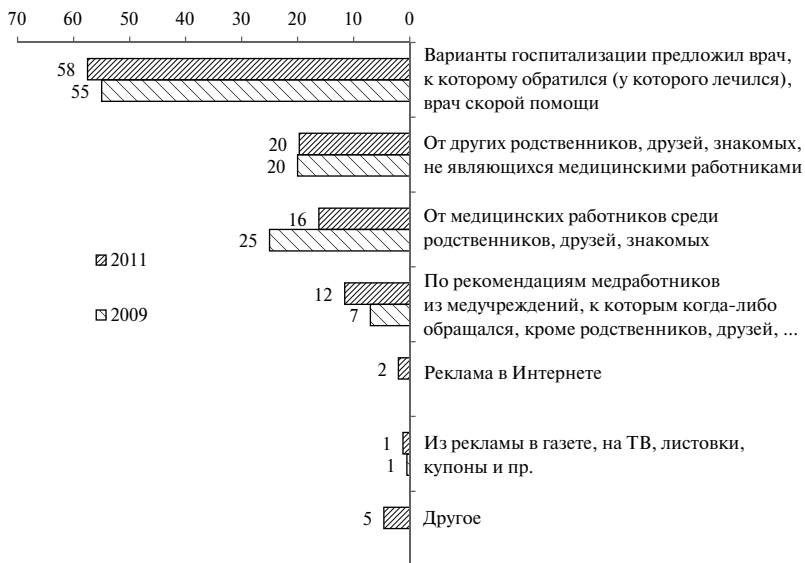
**Рис. 10.** Ответы на вопрос «Чем объясняется, что у Вас не было случаев, что Вы выбирали больницу, клинику, другой стационар?», % от числа тех, у кого не было ситуации выбора, допускалось не более двух ответов

### 3.4. Источники информации при осуществлении выбора стационара

Структура источников информации, используемых при выборе поставщика стационарной помощи, оказалась существенно иной, чем в случае амбулаторной помощи.

При выборе стационаров пациенты чаще всего ориентируются на мнение медицинских работников (рис. 11), а не близких людей, как это имеет место при обращении за амбулаторной помощью (рис. 8). Наиболее распространенным источником информации о возможностях госпитализации в различные больницы служит либо врач, к которому обратился за помощью пациент, либо врач скорой помощи – в 57,5% случаев выбора; примерно столько же было два года назад – 55%. На информацию от других медицинских работников, не принадлежащих к кругу родственников

или друзей пациента, в 2009 г. полагались 7% госпитализированных и делавших выбор больницы, а в 2011 г. – 12%.



**Рис. 11.** Ответы на вопрос «Какими источниками информации пользовались при выборе стационара», % от числа выбиравших стационар, допускалось не более двух ответов

Рекомендации родственников, знакомых использовались пациентами в 36% случаев выбора стационара (в 2009 г. было 45%), в том числе для 16% из них это были рекомендации близких людей, являющихся медицинскими работниками. Меньшая роль «сарафанного» радио как источника информации при выборе стационарной помощи и большее доверие информации профессионалов объясняется, по всей видимости, тем, что госпитализация является более редким событием, и зачастую среди близких пациенту людей труднее найти обладающих соответствующим опытом.

Как и в случае выбора производителя амбулаторной помощи, при выборе стационара люди реже всего используют такой источник информации, как СМИ (Интернет, газеты и журналы, листовки и др.) – 3,2% в 2011 г. Стоит сравнить это с ответами английских пациентов на аналогичный вопрос в 2010 г.: при выборе госпиталя 43% следовали рекомендациям своего врача общей практики, 29% – полагались на рекоменда-

ции друзей, членов семьи или руководствовались собственным опытом, 6% пользовались информацией из брошюр, 5% – из Интернета [Dixon, 2010]. Правда, здесь имело место методологическое расхождение, в российском опросе респонденты могли выбрать два варианта ответа, с учетом этого обстоятельства можно констатировать, что различия в структуре источников информации в двух странах не слишком велики.

#### 4. Заключение

Данные двух опросов российского населения, проведенных в 2009 г. и 2011 г., показывают, что в постсоветской системе здравоохранения практики выбора медицинской организации и врача имеют место, но не являются широко распространенными. Результаты этих опросов, проведенных на разных выборках, оказались достаточно близки, что позволяет говорить о достоверности полученных оценок. По состоянию на 2011 г., менее 2% респондентов меняли в течение последних двух лет поликлинические учреждения, к которым они были приписаны; 14% обращавшихся за амбулаторной помощью осуществляли выбор либо медицинского учреждения, либо врача в нем; среди респондентов, которые госпитализировались в течение последних трех лет, 18% выбирали больницу.

В постсоветской системе здравоохранения появление возможностей выбора медицинской организации и врача стало следствием частичного разрушения системы Семашко и развития частного финансирования здравоохранения. Возможности выбора расширились вместе с ростом предложения платных медицинских услуг, который в переходный период, в 1990-е годы, был обусловлен сокращением государственного финансирования здравоохранения, но затем продолжался уже и в период экономического роста и увеличения государственного финансирования здравоохранения.

Вместе с тем потребительский выбор в российском здравоохранении не ограничен рамками сектора платных медицинских услуг. Наоборот, данные последнего опроса свидетельствуют, что частота случаев выбора с последующим бесплатным получением выбранной медицинской помощи уже выше, чем частота случаев выбора с последующей оплатой медицинских услуг: в 2011 г. выбор амбулаторной помощи не сопровождался затем ее оплатой в 57% случаев, а выбор стационарной – в 59%.

Барьеры для выбора, связанные с отсутствием альтернатив («не из чего выбирать») или денег для оплаты нужного лечения, оказались не столь значительными, как можно было бы подумать: доля респондентов, обращавшихся за медицинской помощью и не имевших возможности выбирать по указанным причинам, составила 19% при обращении за амбулаторной помощью и 25% – за стационарной.

В постсоветской системе здравоохранения практика потребительского выбора отчасти обусловлена провалами в организации оказания медицинской помощи. Речь идет о провалах системы направлений пациентов для получения нужной им медицинской помощи. Ярким свидетельством таких провалов являются полученные данные о том, что среди тех пациентов, кто выбирал врача – узкого специалиста, 29% сами искали нужного им специалиста, не имея направления от врача терапевта, а 19% такое направление получили, но без указания, к кому именно они могли бы обратиться за консультацией. Наиболее ущемленными при этом оказались жители сельской местности и граждане пенсионного возраста: в этих группах доля пациентов, делавших вынужденный выбор при наличии направления, была наибольшей – по 25% в каждой группе.

Для части российских граждан возможность выбора поставщика медицинских услуг является средством получения медицинской помощи лучшего качества. Это привычная функция потребительского выбора для западных стран, но в России доля таких пациентов невелика. Среди тех, кто выбирал, доля пациентов, делавших выбор по причине неудовлетворенности предложенной им медицинской помощью, составила 25% в случаях выбора врача-терапевта и 21% – узкого специалиста. Эта функция выбора наиболее востребована у жителей Москвы – здесь доля указанной причины составила 40% и 27% соответственно. В составе пациентов, для которых выбор врача-специалиста является средством получения более качественных медицинских услуг, больше представлены женщины и люди молодых возрастов.

Для большинства российских граждан выбор медицинской организации и врача не является реальной необходимостью. Так, 53% пациентов, обращавшихся к врачам в последние 2 года, «устраивал постоянный врач, рекомендациями, а также направлениями которого к другим врачам они пользовались». Еще около 10% респондентов отметили, что для них вопрос выбора не является насущным.

Таким образом, в постсоветской системе здравоохранения потребительский выбор является, с одной стороны, порождением частичного

демонтажа системы Семашко, а с другой стороны – механизмом повышения эффективности формирующейся новой системы оказания медицинской помощи. Соответственно этим разным функциональным ролям выбора и должна быть дифференцирована политика по отношению к практикам такого выбора.

Первой по приоритетности задачей является налаживание системы направлений пациентов для получения нужной им медицинской помощи. А уже на этой основе можно решать задачи расширения возможностей выбора, включая улучшение информирования об имеющихся альтернативах.

В то же время для крупнейших городов приоритетом выступает снижение остающихся барьеров для выбора, в том числе информационных, и усиление его воздействия на развитие конкуренции между поставщиками медицинской помощи. При этом нужно иметь в виду, что неограниченный, нерегулируемый выбор ведет к нерациональному распределению ресурсов в системе оказания медицинской помощи [Sheiman et al., 2013]. Вследствие информационной асимметрии между потребителями и поставщиками медицинских услуг вторые имеют возможность навязывать первым избыточные виды и объемы медицинской помощи. Самостоятельный выбор пациентами врачей-специалистов стимулирует рост спроса на их услуги и усиление фрагментации в оказании медицинской помощи. Нежесткая госпитализация без направления лечащего врача приводит зачастую к предоставлению стационарной помощи на уровне, не соответствующем степени сложности заболевания. Поэтому в системах здравоохранения, где выбор пациентов исторически был ограничен, в том числе и в России, политика расширения выбора является не безусловным императивом. Она должна быть политикой поиска баланса между расширением возможностей выбора, и вслед за ним ростом доступности и качества медицинской помощи, с одной стороны, и минимизацией дополнительных издержек для системы здравоохранения, которые может повлечь такое расширение, с другой стороны.

## Литература

*Шейман И.М., Шишкин С.В.* Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / Н.В. Бондаренко

и др.; отв. ред. Шейман И.М., Шишкин С.В. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2012.

Федеральный закон (2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г.

*Bevan G.* How Might Information Improve Quality of Care in the English NHS? // *Euro Observer*. 2007. Vol. 9. No. 3. P. 1–3.

*Bevan G., Van De Ven W.P.M.M.* Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms? // *Health Economics, Policy and Law*. 2010. Vol. 5. Issue 3. P. 343–363.

*Davis C.* Understanding the legacy: health financing systems in the USSR and central and eastern Europe prior to transition // *Implementing health financing reforms. Lessons from countries in transition*. Open University Press: Buckingham, 2010. P. 25–64.

Department of Health. Introduction of Free Choice at Referral. L., 2008.

*Dimova A., Rohova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., van Ginneken E.* Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012. Vol. 14. Issue 3. P. 1–186.

*Dixon S.* Report on the National Patient Choice Survey – February 2010. England. Department of Health. 2010.

*Dixon A., Robertson R., Bal R.* The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England // *Health Economic Policy and Law*. 2010. Vol. 5. Special Issue 3. P. 295–317.

*Enthoven A., Tollen L.* Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. *Health Affairs Web Exclusive*. 2005. W5-420 – W5-433.

*Fotaki M., Boyd A., Smith L., McDonald R., Edwards A., Elwyn G., Roland M., Sheaff R.* Patient choice and the organisation and delivery of health services: scoping review. A report to the NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO) R&D programme. L.: SDO, 2006.

*Fotaki M.* Users' perceptions of health care reforms: quality of care and patient rights in four regions in the Russian Federation // *Social Science and Medicine*. 2006. Vol. 63. P. 1637–1647.

*Kutzin J., Cashin C., Jakab M.* (eds.). *Implementing health financing reforms: Lessons from and for countries in transition*. Open University Press: Buckingham, 2010.



*Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., van Ginneken E.* Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013. Vol. 15. Issue 6. P. 1–196.

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

*Manning N., Tikhonova N.* (eds.) *Health and health care in the new Russia*. Farnham, UK, Ashgate, 2009.

*Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin W.* Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012. Vol. 14. Issue 8. P. 1–191.

*Murauskiene L., Janoniene R., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M.* Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013. Vol. 15. Issue 2. P. 1–150.

*Or Z., Cases C., Lisac M., Vrangb.k, K., Winblad U., Bevan G.* Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems // *Health Economics, Policy and Law*. 2010. Vol. 5. Issue 3. P. 269–293.

*Paris V., Devaux M., Wei L.* Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*. 2010. No. 50. OECD Publishing.

*Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B.* Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011. Vol. 13. Issue 7. P. 1–190.

*Richardson E., Malakhova I., Novik I., Famenka A.* Belarus: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013. Vol. 15. Issue 5. P. 1–118.

*Rusinova N.L., Brown J.V.* Social inequality and strategies for getting medical care in post-Soviet Russia // *Health*. 2003. Vol. 7. P. 51–71.

*Sheiman I., Shishkin S., Markelova N.* Opportunities and limitations of patient choice: the case of the Russian Federation // *Health Policy and Planning*. 2013.

*Thomson S., Dixon A.* Choices in health care: the European experience // *Euro Observer*. 2004. Vol. 6. Issue 4. P. 1–4.

*Victoor A., Friele R.D., Delnoij D.M.J., Rademakers J.* JDJM Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews // *BMC Health Services Research*. 2012. Vol. 12. 441 <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/441/prepub>>.

*Vlădescu C., Scîntee G., Olsavszky V., Allin S., Mladovsky P.* Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2008. Vol. 10. Issue 3. P. 1–172.

*Vrangbaek K., Robertson R., Winblad U., Van de Bovenkamp H., Dixon A.* Choice policies in Northern European health systems // *Health Economic Policy and Law*. 2012. Vol. 7. Issue 1. P. 47–71.

*Wubker A., Sauerland D., Wubker A.* Does Better Information about Hospital Quality Affect Patient's Choice? Empirical Findings from Germany Witten. Herdecke University, 2008.

**Shishkin, S. V., Burdyak, A. Y., Potapchik, E. G.** Patient choice in the Russian health care system [Text] : Working paper WP8/2014/02 / S. V. Shishkin, A. Y. Burdyak, E. G. Potapchik ; National Research University Higher School of Economics. – Moscow : Publishing House of the Higher School of Economics, 2014. – 36 p. – (In Russian.) – 150 copies.

The opportunity for patient choice in the health care system in CIS countries was created by the partial destruction of the referral system and the development of paid medical services. The data of two population surveys conducted in Russia in 2009 and 2011 show that patient choice of medical facility and physician is taking place in the post-Semashko health care system, and it is not restricted to the area of paid medical services. However for the majority of population the choice of medical facility and physician is not a necessity.

Part of reason for patient choice is caused by the failure of the patient referral system to ensure the necessary treatment. For some Russian citizens, the choice of health care provider is a means to obtain better quality care, and in this respect the enhancement of patient choice is leading to the improved efficiency of the emerging health care system.

JEL Classification: I10, I11

Keywords: health care, Semashko system, patient choice, Russia

*Препринт WP8/2014/02*  
*Серия WP8*  
*Государственное и муниципальное управление*

Шишкин Сергей Владимирович, Бурдяк Александра Ярославовна,  
Потапчик Елена Георгиевна

## **Роль выбора пациентов 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 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 2,2  
Усл. печ. л. 2,1. Заказ № . Изд. № 1592

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