

# НЕРАВЕНСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



**ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ**  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

---

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР МИРОВОГО УРОВНЯ  
ЦЕНТР МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

---

РАСПРЕДЕЛЕННАЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
СЕТЬ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ НЕРАВЕНСТВА

---

## **НЕРАВЕНСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

---

Серия аналитических докладов НИУ ВШЭ  
«Социально-экономическое неравенство в России:  
состояние, динамика, ключевые проблемы»



Публикация подготовлена в рамках гранта, предоставленного Министерством науки и высшего образования Российской Федерации  
(№ соглашения о предоставлении гранта: 075-15-2020-928)



Научный центр международного уровня  
«Центр междисциплинарных исследований  
человеческого потенциала»



Распределенная исследовательская группа  
«Сеть исследователей неравенства»

#### **Редакционная коллегия**

*Л.Н. Овчарова*, д-р экон. н., проректор НИУ ВШЭ (научный редактор),  
*С.В. Мареева*, канд. социол. н., заведующий Центром стратификационных исследований,  
Институт социальной политики НИУ ВШЭ,  
*О.В. Ворон*, канд. филол. н., доцент, советник проректора НИУ ВШЭ

#### **Авторы**

*А.В. Быков*, канд. социол. наук, доцент, кафедра анализа социальных институтов,  
департамент социологии, факультет социальных наук, НИУ ВШЭ;  
*М.Д. Красильникова*, канд. экон. наук, ведущий эксперт,  
Институт социальной политики, НИУ ВШЭ;  
*О.Ф. Понкратова*, главный специалист-эксперт,  
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;  
*Н.В. Ракута*, старший преподаватель, департамент прикладной экономики,  
факультет экономических наук, НИУ ВШЭ;  
*С.В. Шишкин*, д-р экон. наук, директор, Центр политики в сфере здравоохранения, НИУ ВШЭ

**Неравенство в сфере здравоохранения** [Электронный ресурс]: аналитический доклад / А. В. Быков, М. Д. Красильникова, О. Ф. Понкратова, Н. В. Ракута, С. В. Шишкин; под ред. С. В. Шишкина; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: НИУ ВШЭ, 2021. — Электрон. текст. дан. (3,47 Мб). — (Социально-экономическое неравенство в России: состояние, динамика, ключевые проблемы). — ISBN 978-5-7598-2633-0 (e-book).

Представлены две стороны неравенства в сфере здравоохранения: неравенство в возможности получения медицинской помощи и неравенство в финансировании получаемой медицинской помощи. Динамика различий между основными социально-демографическими группами населения в обращаемости за медицинской помощью коррелирует с периодами экономического развития страны: в 1990-е гг. наблюдались тенденции роста таких различий, затем в период экономического роста они стали уменьшаться и вновь увеличиваться в последние годы. Высокое неравенство демонстрирует распределение расходов на медицинскую помощь между группами населения с разным уровнем семейных доходов. Значительное неравенство имеет место в отношении государственных расходов на здравоохранение в разных регионах, но оно уменьшилось в последние годы в результате реформирования обязательного медицинского страхования. Представлены также оценки населением имеющегося неравенства в доступности медицинской помощи и отношение к принципам солидарности в финансировании медицинской помощи.

УДК 316.61(470+571)

ББК 60.56(2Рос)

# Оглавление

Предисловие научного редактора.....	5
Введение.....	6
1. Теоретико-методологические подходы к анализу неравенства при обеспечении населения медицинской помощью .....	7
1.1. Теоретические подходы к пониманию неравенства при обеспечении населения медицинской помощью.....	7
1.2. Концепция всеобщего доступа к медицинским услугам.....	11
2. Социальные различия в доступности медицинской помощи.....	12
2.1. Эмпирические исследования вопросов неравенства при обеспечении населения медицинской помощью.....	12
2.2. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью с 1994 по 2016 г. ....	14
2.3. Анализ факторов, определяющих различия в доступности медицинской помощи.....	21
2.4. Различия в субъективных оценках результативности оказания медицинской помощи.....	32
2.5. Основные выводы.....	35
3. Территориальное неравенство в государственном финансировании медицинской помощи .....	36
3.1. Предмет анализа .....	36
3.2. Различия в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС .....	37
3.3. Распределение дотаций и субвенций регионам из Федерального фонда ОМС .....	38
3.4. Региональные различия в государственном финансировании здравоохранения из всех источников .....	40
3.5. Основные выводы.....	42
4. Неравенство в распределении бремени расходов на здравоохранение среди российского населения .....	43
4.1. Расходы на медицинскую помощь взрослого населения в разрезе децильных групп по подушевому доходу .....	43
4.2. Характеристики неравенства в распределении расходов на медицинскую помощь .....	46
4.3. Доля расходов граждан на медицинскую помощь в подушевых доходах в разрезе децильных групп по доходам .....	48

4.4. Доля граждан с «катастрофическими» расходами на медицинскую помощь в разрезе децильных групп по доходам .....	51
4.5. Основные выводы.....	54
5. Субъективное восприятие населением неравенства в доступности медицинской помощи .....	55
5.1. Различия в отношении граждан к неравным возможностям получить медицинскую помощь .....	55
5.2. Отношение граждан к принципам солидарности в финансировании медицинской помощи .....	61
5.3. Основные выводы.....	65
Заключение.....	65
Приложение .....	72

## Список сокращений

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения  
НИУ ВШЭ — Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики  
НСЗ — Национальная служба здравоохранения Англии  
ОМС — обязательное медицинское страхование  
РМЭЗ — Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения

## Предисловие научного редактора

Большинство ученых и политиков рассматривают неравенство как ключевой глобальный вызов для устойчивого развития. Излишне высокое и нелегитимное в глазах населения неравенство имеет целый ряд негативных последствий — оно сокращает возможности для инклюзивного экономического роста, создает барьеры для снижения бедности и восходящей социальной мобильности, способствует увеличению социальной напряженности.

Сегодня обсуждение оснований, последствий, динамики и возможностей управленческого воздействия на неравенство с целью его снижения — в фокусе междисциплинарных дискуссий о глобальных и национальных векторах социально-экономического развития. Пандемия COVID-19 в очередной раз высветила масштабы существующего неравенства и подчеркнула важность его неденежных аспектов, хотя и до нее все чаще отмечалось, что проблема неравенства гораздо шире, чем различия в уровне доходов и богатства.

Исследования неравенства относятся к мейнстриму социальных наук. Ими сегодня занимаются как ключевые международные организации (Всемирный банк, ОЭСР, ООН, Всемирная база о неравенстве и пр.), так и ведущие мировые университеты (University of Oxford, Harvard University, Stanford University, The London School of Economics and Political Science и др.). В НИУ ВШЭ изучение проблем неравенства и его влияния на формирование и реализацию человеческого потенциала также является стратегическим научным приоритетом исследовательской программы научного центра мирового уровня «Центр междисциплинарных исследований человеческого потенциала» (НЦМУ ЦМИЧП).

НЦМУ ЦМИЧП объединяет ученых из разных предметных отраслей, что позволяет концептуально и методологически опереться на междисциплинарность в научных разработках, реализуемых на его платформах. Вниманию читателей предлагается серия аналитических докладов «Социально-экономическое неравенство в России: состояние, динамика, ключевые проблемы»,

посвященных его объективной специфике и субъективному восприятию населением, оценке динамики различных монетарных и немонетарных форм его проявления. Данный доклад посвящен неравенству в сфере здравоохранения. Представлены две стороны неравенства в сфере здравоохранения: неравенство в возможности получения медицинской помощи и неравенство в финансировании получаемой медицинской помощи. Динамика различий между основными социально-демографическими группами населения в обращаемости за медицинской помощью корреспондирует с периодами экономического развития страны: в 1990-е гг. наблюдались тенденции роста таких различий, затем в период экономического роста они стали уменьшаться и вновь увеличиваться в последние годы. Высокое неравенство демонстрирует распределение расходов на медицинскую помощь между группами населения с разным уровнем семейных доходов. Значительное неравенство имеет место в отношении государственных расходов на здравоохранение в разных регионах, но оно уменьшилось в последние годы в результате реформирования обязательного медицинского страхования. Представлены также оценки населением имеющегося неравенства в доступности медицинской помощи и отношение к принципам солидарности в финансировании медицинской помощи.

*Лилия Овчарова,  
д-р экон. н., проректор НИУ ВШЭ,  
университет НЦМУ ЦМИЧП*

## Введение

Всемирная организация здравоохранения в своем уставе провозглашает здоровье одним из основных прав человека [ВОЗ, 1946]. При обеспечении населения медицинской помощью вопросы неравенства имеют особую социальную значимость. Равенство в сфере здравоохранения понимается как «обеспечение того, чтобы все люди получали необходимые им медицинские услуги и не испытывали финансовых трудностей в связи с их оплатой» [ВОЗ, 2021]. Национальные правительства должны отслеживать прогресс в обеспечении такого равенства не только для населения в целом, но и для разных групп, выделенных на основе таких показателей, как уровень дохода, пол, возраст, место проживания, статус мигранта и этническое происхождение. В настоящем докладе рассматриваются две стороны неравенства в сфере здравоохранения: неравенство с точки зрения возможности получить медицинскую помощь и неравенство при финансировании оказываемой медицинской помощи. Исследование предпринято для того, чтобы провести комплексный анализ состояния и динамики немонетарных и денежных неравенств, существующих в сфере здравоохранения, и оценить их субъективное восприятие населением России. Исследование включает теоретическую и эмпирическую части. Теоретическая часть содержит анализ существующих теоретико-методологических подходов к пониманию и изучению неравенства при обеспечении населения медицинской помощью. Эмпирическая часть включает анализ неравенств разных групп в сфере здравоохранения. Он проведен по данным социологических опросов населения и государственной статистики в 1994–2017 гг., до эпидемии новой коронавирусной инфекции, начавшейся в 2020 г. Данное ограничение временного промежутка связано с тем, что эпидемия значительно повлияла на доступность медицинской помощи, но ее последствия еще предстоит оценить. Для правильной оценки современного состояния проблем неравенства в здравоохранении необходимы не только данные новых

эмпирических исследований, но и хорошее понимание специфики неравенства, характеризовавшего ситуацию в этой сфере накануне эпидемии. Результаты комплексного анализа этого неравенства представлены в данном докладе.

Неравенство в сфере здравоохранения рассматривается как неравенство в доступности медицинской помощи (возможности получить ее при возникновении проблем со здоровьем) и неравенство в финансировании предоставляемой медицинской помощи.

Неравенство в доступности медицинской помощи понимается как существующие социальные различия для российских граждан в получении медицинской помощи. При изучении неравенства в финансировании предоставляемой медицинской помощи объектом исследования выбраны расходы государства на оказание медицинской помощи и собственные расходы граждан на оплату медицинской помощи.

Все граждане России имеют конституционное право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Однако реализация этого права для жителей разных частей страны зависит от размеров государственного финансирования в субъектах Российской Федерации. Различия в размерах такого финансирования в расчете на одного жителя являются одним из факторов неравенства возможностей граждан в получении бесплатной медицинской помощи. В отношении расходов государства предметом исследования являются территориальные различия государственного финансирования здравоохранения, в разрезе расходов граждан — доля затрат домохозяйств. И наконец, представлены субъективное восприятие населением неравенства в доступности медицинской помощи и отношение к принципам солидарности в ее финансировании.

# 1. Теоретико-методологические подходы к анализу неравенства при обеспечении населения медицинской помощью

## 1.1. Теоретические подходы к пониманию неравенства при обеспечении населения медицинской помощью

Основные определения равенства и, соответственно, неравенства при обеспечении населения медицинской помощью были сформулированы в последние десятилетия XX в. и в последующем не претерпели особых изменений. В настоящее время в связи с широким продвижением концепции всеобщего охвата медицинской помощью особое внимание привлекает не просто равенство, а его отдельные аспекты. Ниже приводится краткая характеристика рассматриваемых на теоретическом уровне видов равенства.

В научной литературе используются два основных подхода к определению равенства. Один ориентирован на финансовую сторону вопроса (оплата медицинских расходов), другой — на возможность получения медицинской помощи (без уточнения способа оплаты). Оба подхода используют понятия «вертикальное равенство» и «горизонтальное равенство». В соответствии с первым подходом вертикальное равенство означает, что люди с разным уровнем дохода должны платить разные суммы за медицинскую помощь. В большинстве случаев по умолчанию признается справедливым, что более богатые индивиды должны платить больше, чем бедные. С точки зрения второго подхода, вертикальное равенство понимается следующим образом: индивиды с разным уровнем потребностей потребляют приемлемое для них разное количество медицинских услуг.

В рамках первого подхода горизонтальное равенство означает, что люди с одинаковыми потребностями в медицинской помощи несут одинаковое бремя расходов. Согласно второму подходу, под горизонтальным равенством понимается ситуация, когда

индивиды с одинаковыми потребностями получают медицинские услуги одинакового объема и качества.

Согласно обоим подходам, горизонтальное неравенство появляется в случае, когда доступ к медицинской помощи зависит от факторов, не связанных с потребностью индивида в медицинских услугах, вследствие чего люди с одинаковыми потребностями получают медицинскую помощь в разных объемах.

Большинство исследований посвящено горизонтальному равенству, поскольку потребность в медицинской помощи зависит от состояния здоровья человека, которое, в свою очередь, обуславливается его социально-экономическим статусом. Исследования равенства в доступе к медицинской помощи в основном сфокусированы на сравнении уровня доступа или потребления медицинских услуг с уровнем потребности в них. Потребности же выводятся из соотношения: уровень здоровья — уровень получаемой помощи. Вопрос о том, является ли существующее соотношение здоровья и объема помощи вертикально справедливым, как правило, остается за кадром, и исследователи изучают неравенство внутри социально-экономических групп [Sutton, 2002].

Оценку равенства предлагается проводить по следующим направлениям [Asante et al., 2006]:

- равные расходы на душу населения;
- равное количество ресурсов на душу населения;
- равный доступ при равных нуждах;
- равное потребление при равных нуждах;
- равное здоровье.

Каждое из этих определений обладает своими преимуществами и недостатками, связанными с методологией измерений и возможностями эмпирической оценки.



Например, характеристика «равное здоровье» широко критикуется за нереалистичность, поскольку на здоровье влияет не только доступ к медицинской помощи, но и множество других факторов. Первые два показателя в той или иной степени нарушают принципы вертикального и горизонтального равенства. Если медицинская помощь оплачивается населением (через платные услуги или через страховую систему), то при соблюдении принципа равных расходов на душу населения бедные индивиды несут сравнительно большее бремя, и система становится регрессивной. Равное количество ресурсов на душу населения не учитывает различие потребностей индивидов, прежде всего в дорогой высокотехнологичной помощи. Вместе с тем эти показатели наиболее удобны с точки зрения расчетов. Эта информация наиболее доступна и не вызывает методологических трудностей при оценке неравенства. Остальные показатели носят скорее концептуальный характер, поскольку определение доступа или потребностей вызывает ряд сложностей.

Доступность медицинской помощи — многоплановый показатель, измерить который весьма затруднительно. Поэтому в развитых странах зачастую вместо понятия «равный доступ» (equal access) используют понятие «равноправие в доступе» (equality of access), чтобы достичь справедливости при распределении медицинских услуг и ресурсов в сфере здравоохранения [Asante et al., 2006]. Для адекватной оценки доступа к медицинской помощи можно рассматривать его с точки зрения временных и финансовых издержек, которые люди несут при получении медицинской помощи. Проблема заключается в том, что доходы индивидов могут существенно различаться, тогда как временные и денежные затраты оказываются одинаковыми. Олсон и Роджерс [Olson, Rogers, 1991] предложили определять доступ как максимальный доступный уровень потребления медицинских услуг, при условии что заданы доход индивида, затраты времени и цены на медицинские услуги.

Не меньше споров вызывает и определение равных потребностей. Зачастую потребности в медицинских услугах приравниваются к состоянию здоровья: у людей с плохим здоровьем потребность выше, у людей с хорошим здоровьем — ниже. Этот подход представляется несколько упрощенным. Потребность можно определить как способность индивида получить пользу от медицинских услуг. Однако данный подход не учитывает технического развития отрасли. Способность индивида получить пользу от вылеченного заболевания остается такой же независимо от возможных вариантов лечения (с использованием новейшего оборудования или без него). Этот подход концентрируется на выгодах для здоровья, а не на выгодах от использования медицинских услуг. Кальер и Вагстафф [Culyer, Wagstaff, 1993] определяют потребность как минимальное количество ресурсов, необходимых для исчерпания возможности получить пользу от медицинских услуг. Если при заданном количестве ресурсов способность индивида получить от них пользу равна нулю, то и его потребность в медицинских услугах равна нулю. Если же способность оценивается как некое положительное значение, то величину потребности можно определить как количество ресурсов, необходимых для сведения способности получить пользу к нулю.

Одним из самых распространенных подходов к оценке неравенства в доступе к медицинской помощи является концепция равенства возможностей (equality of opportunity). Ее основу составляет разделение факторов неравенства на легитимные и нелегитимные. Некоторые факторы (нелегитимные) должны быть компенсированы, тогда как другие (легитимные) могут являться причинами неравенства и не требуют компенсации.

Основу данного подхода заложил Ромер [Roemer, 1993]. В его модели положение индивида  $y_i$  можно представить следующим образом:

$$y_i = y(c_i, e_i), \quad (1)$$

где  $y$  — функция, учитывающая как уровень технологий в обществе, так и перераспределительную политику государства;  $c_i$  — вектор нелегитимных факторов, называемых обстоятельствами;  $e_i$  — вектор легитимных факторов, называемых усилиями индивида. Государство должно максимизировать благосостояние наименее благополучного члена общества при заданном уровне усилий ( $\tilde{e}$ ) со стороны индивидов:

$$\max_c \min\{y(c, \tilde{e})\}, \quad (2)$$

Агрегируя по разным уровням усилий, получаем целевую функцию для правительства:

$$\max_c \int \min\{y(c, e)\}f(e)de, \quad (3)$$

где  $f(e)$  — функция плотности усилий в обществе.

Форма целевой функции (максимин) отражает эгалитарный подход к равенству, которого придерживается большинство современных исследователей в сфере здравоохранения. Противоположная концепция — либертариизм (минимальное вмешательство государства) — теряет своих сторонников. Примером может послужить реформа здра, Affordable Care Act, 2010] с целью увеличить страховое покрытие и расширить доступ к медицинским услугам. Эта реформа демонстрирует отход от либертариистских принципов и поворот в сторону эгалитаризма. В соответствии с эгалитарным подходом при устранении нелегитимного неравенства важную роль играет принцип компенсации: среди людей, приложивших одинаковые усилия  $e_i$ , приоритет отдается наименее благополучным индивидам. В дополнение к указанному принципу стоит учитывать утилитаристский принцип вознаграждения, согласно которому, если в обществе не существует нелегитимных различий (значение  $c$  одинаково для всех индивидов), то не должно существовать и неприятия неравенства, и государство фокусируется на максимизации суммы  $y$ .

Идеи Ромера получили большой отклик в научной литературе. Исследуя вопросы доступа к медицинской помощи, ученые также выделяют легитимные и нелегитим-

ные факторы неравенства. Легитимные факторы (например, различия в потребностях) обуславливают объективные различия в потреблении медицинских услуг и, соответственно, потребности в доступе к ним. Нелегитимные факторы (например, разный доступ для богатых и бедных индивидов) признаются дискриминирующими и подлежат устранению.

При таком подходе потребление медицинской помощи можно представить как линейную комбинацию факторов [Fleurbaey, Schokkaert, 2011]:

$$hc_i = \beta_0 + \beta_1 D_i + \beta_2 SES_i + \beta_3 hn_i + \beta_4 P_i + \varepsilon_i, \quad (4)$$

где  $hc_i$  — объем потребления медицинской помощи;  $D_i$  — вектор демографических характеристик индивида (возраст, пол, раса и т.п.);  $SES_i$  — социо-экономический статус (уровень дохода, образования, регион проживания и т.п.);  $hn_i$  — потребность в медицинских услугах;  $P_i$  — предпочтения индивида;  $\varepsilon_i$  — случайная ошибка.

Основной вопрос заключается в том, какие факторы относить к нелегитимным ( $c$ ), а какие — к легитимным ( $e$ ). Сложился консенсус, что переменные социо-экономического статуса относятся к нелегитимным, а потребность в медицинских услугах — к легитимным. Больше разногласий между исследователями вызывает вопрос, можно ли считать различия в предпочтениях легитимными или нет. Остановимся на упомянутых факторах несколько подробнее.

Уровень здоровья определяет потребность в медицинских услугах ( $hn_i$ ) (фактор  $e$  в модели Ромера), но, как показывают исследования, он зависит от уровня дохода индивида (фактор  $c$ ). Большой пласт литературы посвящен исследованиям связи неравенства уровня здоровья и неравенства доходов. О’Доннелл и др. [O’Donnell et al., 2015] приводят обзор литературы и суммируют результаты исследований этой темы за последние десятилетия. Неравенство в уровне здоровья является и причиной, и следствием неравенства доходов. Уровень здоровья влияет на возможность получать доход (заработную плату), а уровень доходов определяет возможность улучшать здоровье,

приобретая медицинские услуги, правильное питание и другие блага, определяемые образом жизни и влияющие на здоровье.

Если за деньги можно «купить здоровье», то это повышает чувствительность общества к неравенству доходов.

Учитывая изложенное выше, в большинстве стран, особенно развитых, правительство не отдает распределение медицинских услуг рыночным силам, а само участвует в системе здравоохранения. Государственное медицинское обеспечение пожилых и бедных индивидов и существующий во многих странах всеобщий охват медицинской помощью снижают различия в уровне здоровья, связанные с возможностями индивидов оплачивать медицинскую помощь. Но даже в развитых странах бюджетное финансирование здравоохранения и социальное медицинское страхование полностью не вытесняют платную медицинскую помощь, возможности получения которой, очевидно, больше у богатых граждан. Медицинские услуги — нормальное благо, спрос на которое растет с ростом дохода. Таким образом, влияние неравенства доходов на уровень здоровья по-прежнему довольно велико. Уровень дохода влияет и на косвенные факторы: качество жилья, уровень преступности в районе, уровень образования и образ жизни и др. [O'Donnell, van Doorslaer, van Ourti, 2015, p. 1476], определяющие уровень здоровья.

Социально-экономические и этнические факторы могут в какой-то степени объяснить различия в предпочтениях. Тогда появляется ряд новых вопросов. Например, можно ли считать различия в потреблении медицинской помощи нелегитимными, если они обусловлены результатами выбора, который делают пациенты, если выбор зависит от имущественной или расовой принадлежности? Можно ли на практике разделить различия в предпочтениях и различия в потребностях? И таких вопросов может быть много.

Вопрос о том, какие различия в получении медицинской помощи, связанные с разными предпочтениями, этически приемлемы,

является нормативным суждением и требует соответствующего обсуждения. То же относится и к демографическим параметрам: какие различия по возрасту, полу или расе приемлемы при неравном доступе к медицинской помощи. Внимание к социально-экономическому неравенству и пренебрежение влиянием наследственности или генетических факторов может скрыть, насколько на самом деле велико неравенство между индивидами на протяжении их жизни. Кроме того, не стоит забывать и об ответственности индивидов за образ жизни и подверженности факторам риска. Выбор индивидами образа жизни и выбор быть подверженным факторам риска также влияет на то, где будет проведена граница между *c* и *e*.

Философские дебаты об ответственности индивида при совершении им выбора начались еще с публикации Роулза [Rawls, 1982]. Сегодня существуют два подхода — теории «предпочтений» и «выбора». Согласно теории предпочтений, индивиды несут полную ответственность за свои цели и жизненные установки, они не могут требовать социальной защиты, если не предпринимают усилий, чтобы улучшить свое положение. Если же люди берут ответственность за свою жизнь, то государство должно оказывать помощь наименее благополучным членам общества (принцип *maximin*). Критики этой позиции отмечают, что зачастую предпочтения являются продуктом воспитания и воздействия социума, поэтому ответственность индивидов за жизненные выборы может быть только в той области, которую они способны контролировать. Флёрбей и Шоккарт приводят пример, как снижается потребление калорий после появления на упаковках надписей о составе продуктов [Fleurbaey, Schokkaert, 2011, p. 1053]. Сторонники теории предпочтений сказали бы, что индивиды несут ответственность за свой индекс массы тела, поскольку решают, какие продукты потреблять. Сторонники же теории выбора сказали бы, что на индивидуальные решения влияет окружающая среда. Индивиды не несут ответственности

за наличие или отсутствие информации о составе продуктов, но последняя влияет на их выбор. По их мнению, в задачи государственной политики можно включать не прямое воздействие на неравенство, а воздействие на окружающую среду, обуславливающую выбор индивидов.

При определении приемлемого уровня неравенства в сфере здравоохранения большинство исследователей используют рассмотренный подход — выделение легитимных и нелегитимных факторов, влияющих на неравенство. Дискуссия об этих факторах показывает, что в каждом исследовании границу между этими двумя группами нужно проводить индивидуально. В качестве примера установления такой границы приведем следующее определение неравенства: неравными признаются «расовые или этнические различия в качестве медицинской помощи, которые не обусловлены клинической необходимостью, предпочтениями или уместностью лечения» [Smedley et al., 2002]. Это определение неявно выделяет легитимные факторы различий (потребности и предпочтения) и предполагает, что вклад остальных факторов (демографических, социо-экономических) не является легитимным и его следует учитывать при измерении неравенства.

## 1.2. Концепция всеобщего доступа к медицинским услугам

Концепция всеобщего охвата медицинской помощью (всеобщего доступа к медицинским услугам), предложенная ВОЗ, широко обсуждается в научной литературе. Предметом анализа становятся возможные механизмы обеспечения всеобщего доступа и его влияние на неравенство в сфере здравоохранения. Гваткин и Эрго [Gwatkin, Ergo, 2011] отмечают, что чаще всего эта концепция реализуется в варианте «просачивания» сверху вниз: сначала выгоды получают более богатые члены общества, а потом — наименее обеспеченные слои населения. Соответственно, неравенство возрастает в краткосрочном периоде и может сохраняться в долгосрочном периоде. Авторы

ссылаются на эмпирическое исследование в Бразилии [Victoria et al., 2000] и на обследование ВОЗ. Как указано в этих источниках, повышение среднего охвата медицинской помощью приводит к тому, что низкий охват медицинской помощью всех кроме наиболее обеспеченных уступает место ситуации «маргинальных исключений», когда отмечается высокий охват всех групп, кроме наименее благополучных слоев.

В исследовании Всемирного банка [Maeda et al., 2014] на основе данных по 11 странам с различным уровнем дохода был выявлен механизм введения всеобщего охвата медицинской помощью. Как правило, начинают с работников государственного сектора или городских жителей, занятых в экономике. Они предъявляют больший спрос и получают больше медицинских услуг по сравнению с бедным населением или людьми, проживающими в сельской местности.

Некоторые государственные программы, например информирование о составе продуктов питания или кампании, разъясняющие поведенческие риски сложных заболеваний (рак, диабет и т.д.), также приносят непропорционально больше выгод более обеспеченным слоям населения. Несомненно, есть меры, которые приносят выгоды всем слоям общества (например, улучшение качества воды в регионе или снижение уровня загрязнения воздуха). Однако совокупный результат внедрения принципа всеобщего доступа к медицинской помощи может увеличить неравенство, поскольку в погоне за охватом наибольшего числа людей неохваченными окажутся наименее благополучные члены общества.

Шмидт и др. [Schmidt et al., 2015] выделяют несколько направлений влияния внедрения всеобщего доступа к медицинской помощи на равенство:

Неравенство в доступе растет из-за непропорционально большего выигрыша более благополучных слоев населения (суть аргумента изложена выше).

Всеобщий доступ ориентирован на клиническое лечение, а не на профилактику и превентивные меры. Выигрыш бедных

людей от доступа к сложным техническим процедурам (например, пересадке органа) не перекрывает потерь всех членов общества от недостаточного продвижения мер, препятствующих появлению заболеваний. Политическое и общественное давление направляет государственные расходы прежде всего на дорогостоящие методы лечения в ущерб программам, продвигающим здоровый образ жизни. Спрос на лечение, как правило, выше спроса на превентивные программы, поэтому последние развивают-

ся медленнее, что может привести к снижению общего уровня здоровья населения. В развивающихся странах с низким уровнем дохода не хватает квалифицированного медицинского персонала. Введение программы всеобщего охвата медицинской помощью увеличивает спрос на квалифицированных медицинских работников и тем самым создает новые диспропорции между клиническим лечением и превентивными программами.

## 2. Социальные различия в доступности медицинской помощи

### 2.1. Эмпирические исследования вопросов неравенства при обеспечении населения медицинской помощью

Эмпирические исследования неравенства представлены в литературе очень широко. В ряде работ приведена оценка горизонтального неравенства в доступе к медицинской помощи и факторов, его определяющих. Вместе с тем выбор инструментов анализа горизонтального неравенства зачастую не опирается на явную спецификацию вертикального неравенства, что могло бы привести к выбору других методов измерения [Alanson, Petrie, 2014].

Вертикальное равенство означает, что индивиды с разным уровнем потребностей потребляют приемлемое для них разное количество медицинских услуг. В эмпирических работах крайне редко проводится исследование вертикального неравенства, поскольку для этого нужна ценностная оценка переменных потребности в медицинской помощи и суждения о том, что считать приемлемым разным количеством медицинских услуг. Исследователю может быть весьма затруднительно дать такую оценку, поскольку придется не ограничиваться вопросами, связанными с медицинской помощью, и поставить проблему оптимального выбора между здоровьем

и другими параметрами благосостояния индивидов [Fleurbaey, Schokkaert, 2011]. В условиях ограниченности ресурсов определение приемлемого количества медицинской помощи для разных уровней потребностей не может сводиться к наилучшему набору медицинских услуг при данном уровне технического развития. Нужен анализ оптимальной аллокации ресурсов между различными отраслями при наличии ограничений по издержкам, что выходит за рамки исследования неравенства доступа к медицинской помощи.

В качестве примера зарубежных эмпирических исследований можно выделить работу Морриса и др. [Morris et al., 2005]. Для анализа потребления медицинской помощи в Национальной службе здравоохранения (НСЗ) Англии авторы использовали большой массив данных с 1998 по 2000 г. Они поставили цель — выяснить, есть ли неравенство доступа к медицинской помощи. В качестве метода исследования выбран множественный регрессионный анализ с использованием большого количества переменных, характеризующих заболеваемость, демографический и социо-экономический статус индивидов, а также факторы предложения медицинских услуг. Авторы рассматривали в качестве объекта горизонтальное равенство и оценивали значимость переменных, не связанных с потребностью

в помощи: доход, уровень образования, занятость/безработица, социальный и этнический статус. Как показало исследование, бедные индивиды и люди, принадлежащие к этническим меньшинствам, меньше пользуются вторичной (специализированной) медицинской помощью и больше — первичной медицинской помощью. Уровень предоставления медицинской помощи (факторы предложения на локальном уровне) также влияют на неравенство в доступе к медицинской помощи. Социально-экономические и этнические переменные влияют на уровень потребления медицинской помощи, вследствие чего в НСЗ присутствует горизонтальное неравенство: при одинаковых заболеваниях пациенты получают помощь в разном объеме. Среди сравнительных межстрановых исследований неравенства в получении медицинской помощи следует выделить работу ван Дорслаера и др. [van Doorslaer et al., 2004], где были проанализированы данные Европейского обследования домашних хозяйств (European Community Household Panel). Неравенство по переменной «вероятность посещения врача общей практики», обусловленное различиями в доходе, выявлено не было. Однако было обнаружено неравенство в потреблении по переменной «вероятность посещения врача-специалиста»: в выигрыше оказались богатые слои общества. Несмотря на меньшую потребность в такой медицинской помощи, для более богатых и более образованных индивидов вероятность посещения специалиста выше, чем для бедных слоев населения. Этот факт наблюдался во всех странах ЕС в выборке, но больше всего он заметен там, где есть частное медицинское страхование или возможность получить частные медицинские услуги быстрее или на особых условиях. Авторы делают вывод, что в европейских странах неравенство в доступе к услугам между бедными и богатыми сохраняется, хотя давно реализуется программа всеобщего охвата медицинской помощью. Методология исследования, предложенная ван Дорслаером и др. (декомпозиция

индекса концентрации Каквани), широко использовалась в других эмпирических исследованиях (сама статья процитирована более 300 раз). Одно направление исследований связано с декомпозицией индекса концентрации по странам, как развитым, так и развивающимся, другое — с рассмотрением отдельных видов заболеваний и доступа к медицинской помощи для их лечения. Среди новых направлений можно назвать исследования доступа к медицинской помощи пожилых людей и влияния на доступ социальных реформ, в частности пенсионной реформы (см., например: [Hagen, 2018]). Направление, связанное с расовой дискриминацией и неравенством в доступе к медицинской помощи, получило развитие в США. В качестве примеров страновых исследований можно назвать работы Транноя и др. [Tranpou et al., 2010], касающиеся Франции, и Роса Диаса [Rosa Dias, 2010], посвященные Великобритании. Среди других исследователей этой темы стоит упомянуть Ромера [Roemer, Tranpou, 2016], Джонса [Jones et al., 2014], Пасквалини и др. [Pasqualini et al., 2017]. Значительная часть эмпирической литературы посвящена неравенству в доступе к медицинской помощи в конкретных странах. В 1990–2000-е гг., исследования проводились в основном в развитых странах. После того как ООН приняла цели тысячелетия, а затем цели устойчивого развития, в том числе всеобщего охвата медицинской помощью, в фокусе страновых исследований оказались развивающиеся государства, в том числе беднейшие страны Африки. С начала XXI века государства Юго-Восточной Азии активно проводят политику всеобщего охвата медицинской помощью. Современные исследования посвящены как результатам реформ, так и оценке динамики неравенства. Серьезных успехов в сокращении неравенства добился Китай [Li et al., 2011; Long et al., 2013; Yu, 2015]. Исследователи изучают доступ к медицинской помощи не только в Китае, но и в других странах региона: Вьетнаме [Nguyen et al., 2012; Palmer, 2014], Таиланде [Li et al.,

2011], на Тайване [Jui-fen, Tung-liang, 2018] и др.

В Латинской Америке многие исследования посвящены влиянию политического строя на сферу здравоохранения. Например, Хартман [Hartman, 2016] рассматривает влияние постнеолиберальной политики на уменьшение неравенства в сфере здравоохранения. Помимо этого, проводятся исследования по доступности медицинской помощи для отдельных социальных групп или по классам заболеваний.

Отдельно стоит упомянуть огромный пласт литературы, посвященной реформе здравоохранения в США [Patient Protection and Affordable Care Act, 2010]. Исследуются вопросы, связанные с увеличением охвата населения медицинской помощью. Например, Соммерз и др. [Sommers et al., 2013] рассматривали доступ к медицинской помощи молодежи в возрасте до 26 лет и показали, что наибольший выигрыш получили люди с наихудшим уровнем здоровья. Сон [Sohn, 2017] показал, что по сравнению с белым населением люди афроамериканского и латиноамериканского происхождения гораздо сильнее ограничены в доступе к медицинским услугам, поскольку у них больше вероятность потерять медицинскую страховку в среднем возрасте.

В России проведено уже довольно много эмпирических исследований, которые позволили выявить, как в случае заболевания разнятся возможности получить медицинскую помощь для граждан, различающихся по полу, возрасту, образованию, уровню дохода, месту жительства (см., например: [Вялых, 2012, 2015; Гаврилов и др., 2016; Козырева, Смирнов, 2018; Кочкина, Красильникова, Шишкин, 2015; Степанов, Капелюк, 2016; Черкашина, 2014; Шишкин и др., 2008]). Полученные результаты касаются преимущественно отдельных аспектов неравенства и формируют достаточно фрагментированную картину социальных различий в доступности медицинской помощи. Существенно реже предметом анализа была динамика социальных различий в доступно-

сти медицинской помощи [Потапчик и др., 2011].

## 2.2. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью с 1994 по 2016 г.

В рамках настоящего исследования был проведен динамический анализ различий в доступности медицинской помощи для основных социально-экономических групп населения. В качестве эмпирической базы исследования использованы данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ за 1994–2016 гг. и специализированных социологических исследований по проблематике охраны здоровья, проведенных в последние годы по заказу НИУ ВШЭ.

Предметом анализа выступает прежде всего динамика различий в обращаемости граждан за разными видами медицинской помощи при возникновении проблем со здоровьем. Затем проводится детальный анализ ряда факторов, определяющих, различаются ли возможности получить медицинскую помощь. Рассматриваются причины отказа от обращения к врачам, различающиеся возможности получить бесплатную медицинскую помощь и различные причины обращения за платными медицинскими услугами. В заключение анализируются различия оценок представителями разных социально-демографических групп, результативности оказания медицинской помощи. Ранее такое комплексное исследование социальных различий в доступности медицинской помощи для российских граждан не проводилось.

### 2.2.1. Предмет и метод анализа

В данной части работы представлены результаты анализа динамики различий в обращаемости российских граждан за разными видами медицинской помощи в зависимости от ряда социально-демографических характеристик (возраст, тип населенного пункта, уровень образования и дохода, регион проживания), основанный на данных Российский мониторинг эконо-

мического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ с 1994 по 2016 г. [НИУ ВШЭ, 2021]. В указанный период была проведена 21 волна данного лонгитюдного опросного исследования, поэтому для лучшего восприятия общей динамики изменений в анализ включены данные восьми волн исследований с шагом в три года: за 1994, 1998, 2000, 2003, 2006, 2010, 2013, 2016 гг. В анализе использовались данные РМЭЗ по индивидам и домохозяйствам за указанные годы.

#### *Независимые переменные*

*Возраст.* Анализировались различия по трем возрастным категориям: младше трудоспособного возраста (лица до 18 лет), трудоспособного возраста (от 18 до 60 для мужчин и от 18 до 55 для женщин) и старше трудоспособного возраста (старше 60 для мужчин и старше 55 для женщин).

*Тип населенного пункта.* Населенные пункты, в которых проживали респонденты, разделены так: Москва и Санкт-Петербург, крупные города (областные центры), средние и малые города, сельские поселения.

*Уровень образования.* Взрослые респонденты дифференцированы по уровню образования: неполное среднее, общее среднее, среднее специальное, высшее.

*Уровень дохода.* Респонденты были разделены на квинтили в соответствии с уровнем дохода на одного члена домохозяйства.

#### *Ограничения анализа*

Помимо известных методологических и практических трудностей, связанных с анализом данных лонгитюдных опросных исследований, основные ограничения данного анализа сводятся к тому, что за 25 лет исследования вопросник серьезно модифицировался — из него исключали некоторые старые вопросы и включали новые. Кроме того, зачастую происходила смена формулировок вопросов для измерения ряда показателей, в результате чего некоторые данные оказываются логически не сопоставимыми по всем волнам, включенным в анализ.

Далее в ходе анализа будет указываться на подобные ограничения.

#### *2.2.2. Обращаемость за медицинской помощью*

В каждой волне респондентам задавали вопросы о том, имели ли они проблемы со здоровьем в течение 30 дней до момента проведения опроса и, если да, обращались ли они за медицинской помощью. В целом на протяжении всего исследуемого периода лица моложе трудоспособного возраста чаще обращались за медицинской помощью по сравнению с другими категориями респондентов (рис. 1). Если сравнивать разные временные периоды, лица данной возрастной категории стали реже обращаться за медицинской помощью: 52% в 1990-х гг. и 37% в 2003 г., т.е. практически столько, сколько и лица старше трудоспособного возраста в этот период.

С 1994 по 2000 г. уровень обращаемости за медицинской помощью у лиц трудоспособного возраста и лиц старшей когорты приблизительно одинаков; в последующие годы наблюдается устойчивое различие: последние обращаются за медицинской помощью значительно чаще. В этот период также наблюдается устойчивый рост обращаемости среди лиц младше трудоспособного возраста — от 37% в 2003 г. до 60% в 2016 г.

Рис. 2 демонстрирует динамику различий в уровне обращаемости за медицинской помощью в зависимости от типа населенного пункта, где проживали респонденты. Уровень оставался в целом достаточно стабильным, некоторое снижение отмечено в первой половине 2000-х гг.

Жители сельской местности в целом реже обращались за медицинской помощью по сравнению с жителями городов, в особенности столичных. В наибольшей степени подобная разница проявляется в 2010 и 2013 гг.; в 2016-м ситуация немного улучшилась: показатели сельских жителей, с одной стороны, и жителей крупных и средних городов — с другой, практически сравнялись.

На рис. 3 представлены данные о динамике обращаемости за медицинской помощью в зависимости от уровня образования ре-



спондентов. Картина достаточно сложная и неоднозначная: если в 1994 г. не было сильного расхождения среди респондентов с различным уровнем образования, то уже в 1998 г. наблюдается заметная разница: 35% среди людей с неполным общим образованием и более 45% среди тех, у кого есть общее среднее и высшее образование. Тем не менее в течение последующего десятилетия респонденты с общим средним образованием обращались за медицинской помощью значительно реже, чем те, кто имеет среднее специальное и высшее образование (между последними двумя группами практически нет различий). В 2013 г. все образовательные группы демонстрировали практически одинаковый уровень (около 35%), однако к 2016 г. наметилась очередная тенденция к расслоению.

Что касается респондентов с разным уровнем дохода, то рассматриваемый показате-

ль заметно варьировал лишь во второй половине 1990-х гг., когда наиболее бедные участники исследования существенно реже обращались за медицинской помощью по сравнению с более богатыми согражданами (рис. 4). Показательно, что в общем и целом за анализируемый период (в особенности начиная с 2003 г.) уровень дохода не оказывает значимого влияния на уровень обращаемости за медицинской помощью. К сожалению, данные РМЭЗ не позволяют проанализировать динамику обращаемости за разными видами медицинской помощи (амбулаторной и стационарной) за 1994–2016 гг. За это время формулировка релевантных вопросов в анкете претерпела изменения, и, строго говоря, данные за период до 2006 г. и за 2013–2016 гг. оказываются не сопоставимы.

Рисунок 1. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью (среди имевших проблемы со здоровьем) в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от возраста респондентов, %

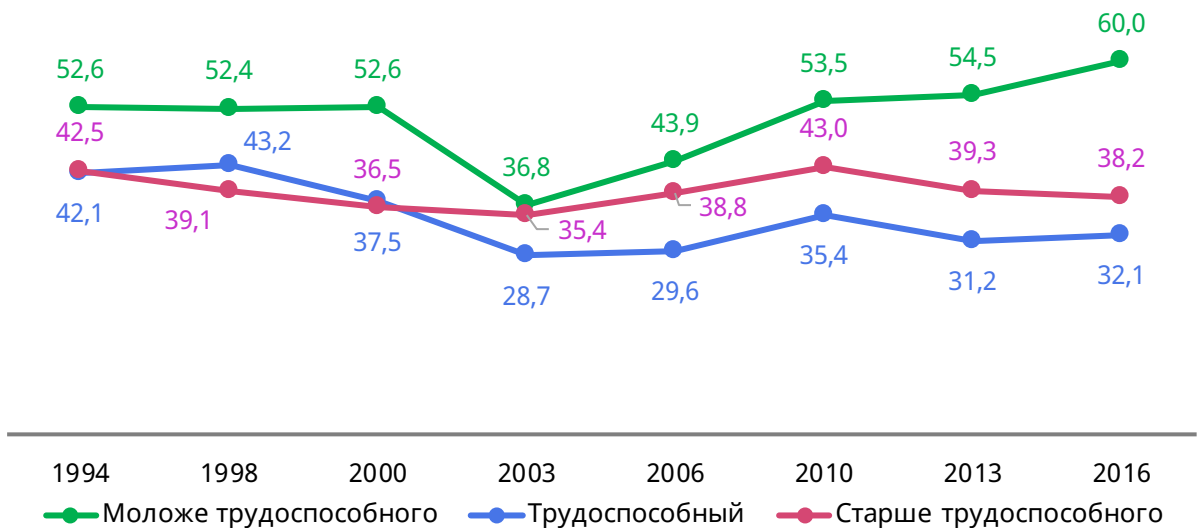


Рисунок 2. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью (среди имевших проблемы со здоровьем) в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от типа населенного пункта, %

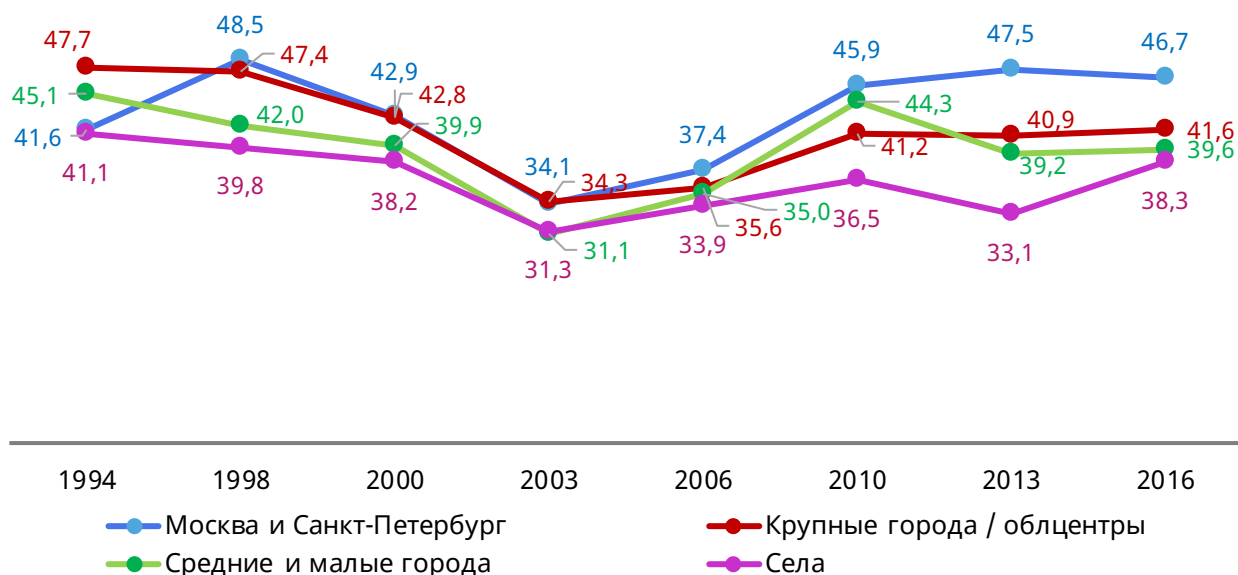


Рисунок 3. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью (среди имевших проблемы со здоровьем) в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от уровня образования респондентов, %

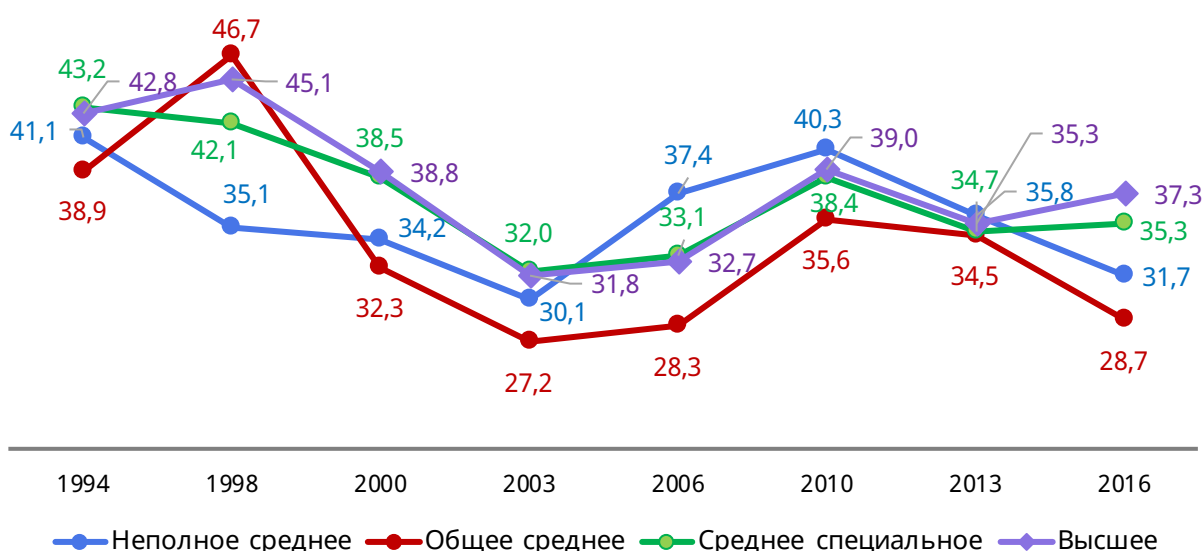
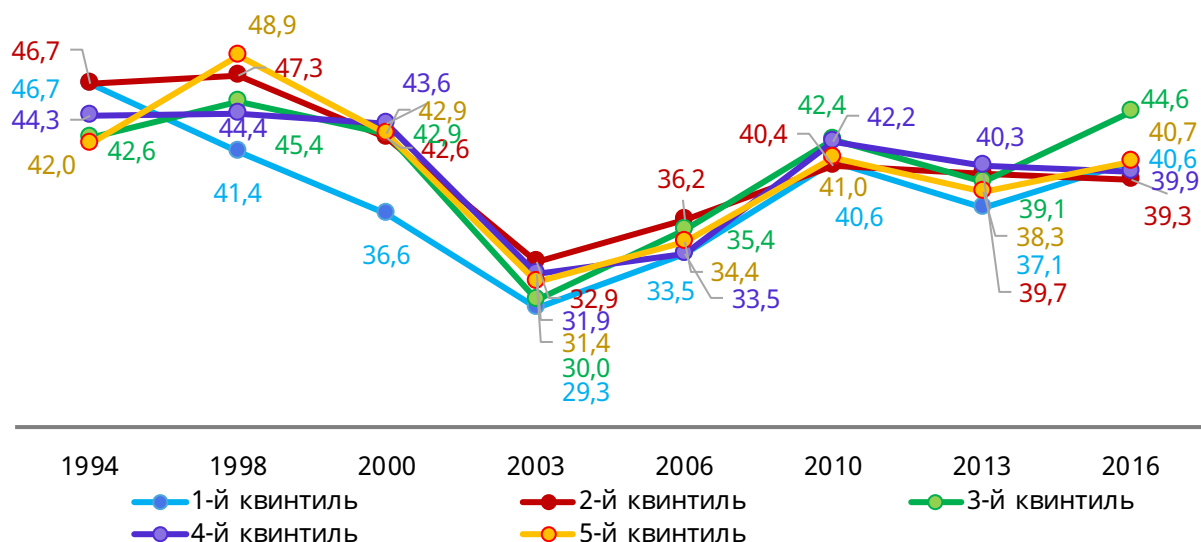


Рисунок 4. Динамика различий в обращаемости за медицинской помощью (среди имевших проблемы со здоровьем) в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от уровня дохода, %



### 2.2.3. Прохождение дополнительных диагностических обследований

С 1994 по 2010 г. респондентам РЭМЗ задавали вопрос о прохождении дополнительных медицинских процедур и обследований помимо основного обращения за медицинской помощью в течение последних 30 дней. На рис. 5 показана динамика прохождения дополнительных обследований в зависимости от возраста респондента. Различия остаются стабильными: чаще всего дополнительные обследования проходят лица трудоспособного возраста, несколько реже — лица старше трудоспособного возраста, и еще реже — лица моложе трудоспособного возраста. Это может свидетельствовать об определенной дискриминации старшего поколения в доступе к диагностическим исследованиям в 1990-х и начале 2000-х гг. Однако в 2006 и 2010 гг. доля респондентов старше трудоспособного возраста, которые проходили дополнительные диагностические обследования, была практически такой же, как у респондентов трудоспособного возраста. На рис. 6 показано, как часто проходили дополнительные медицинские обследования жители населенных пунктов различного типа.

Реже всего они назначались жителям сельской местности. Очевидно, что концентрация медицинского оборудования в городских медицинских учреждениях делает качественную медицинскую помощь менее доступной для сельских жителей. Что касается жителей городов разного размера, то картина в целом достаточно стабильна и не наблюдается серьезных различий в частоте прохождения дополнительных обследований. На рис. 7 представлена динамика прохождения дополнительных диагностических обследований в зависимости от уровня образования респондента. В целом чаще всего за дополнительными обследованиями обращались респонденты с высшим образованием; реже всего — лица с неполным средним образованием. Интересно некоторое проседание показателя у лиц с общим средним образованием: с 45% в 2003 г. до 34,4% в 2006 г., а также значительный рост до 50,3% в 2010 г. Тем не менее, за весь рассматриваемый период обращаемость за дополнительными диагностическими процедурами не имела серьезных отличий, если сравнивать лиц с высшим, средним специальным и общим средним образованием.

Рисунок 5. Динамика различий в прохождении дополнительных диагностических обследований среди обратившихся за медицинской помощью в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от возраста респондента, %

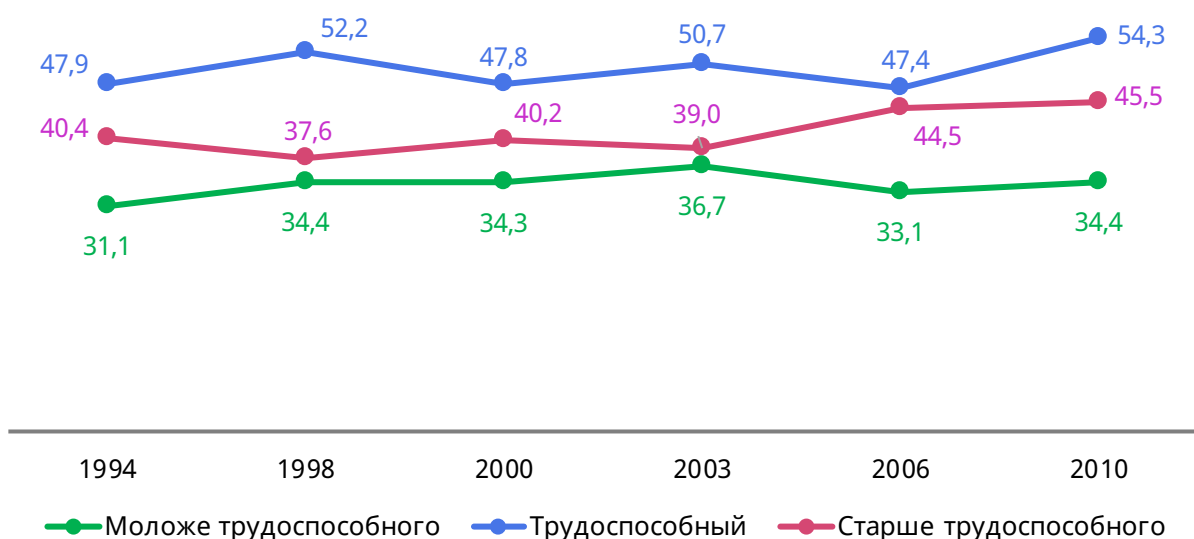


Рисунок 6. Динамика различий в прохождении дополнительных диагностических обследований среди обратившихся за медицинской помощью в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от места жительства респондента, %

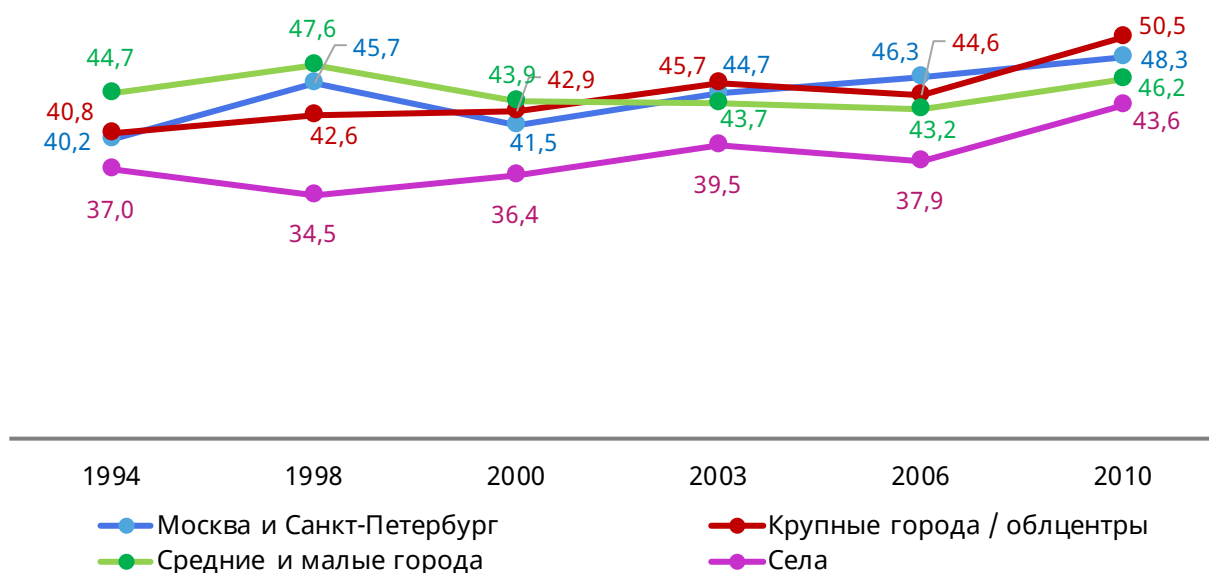


Рисунок 7. Динамика различий в прохождении дополнительных диагностических обследований среди обратившихся за медицинской помощью в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от уровня образования респондента, %

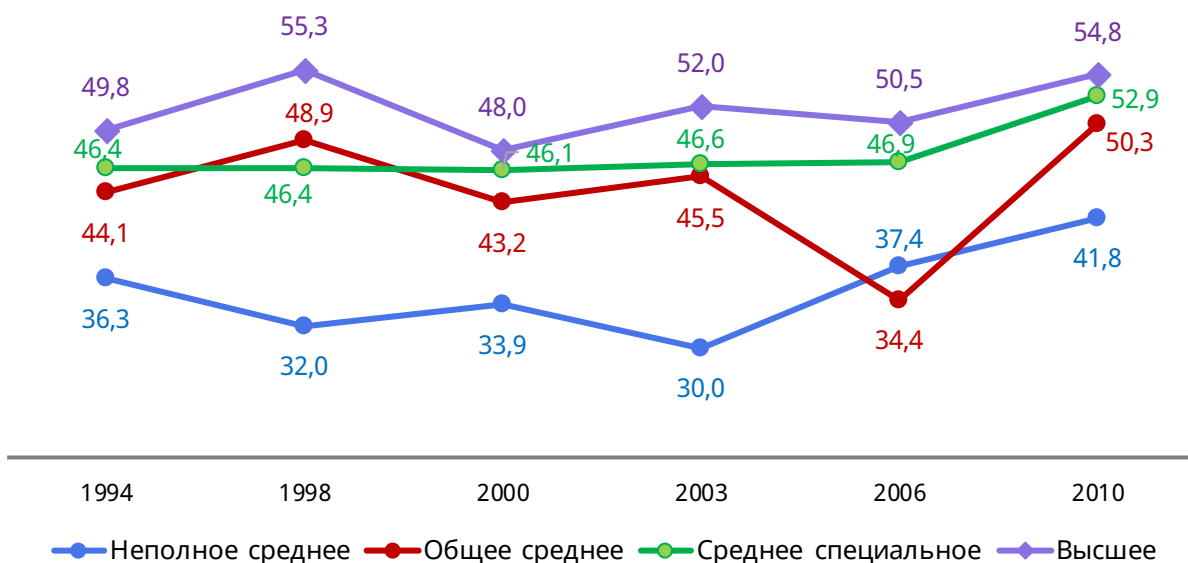
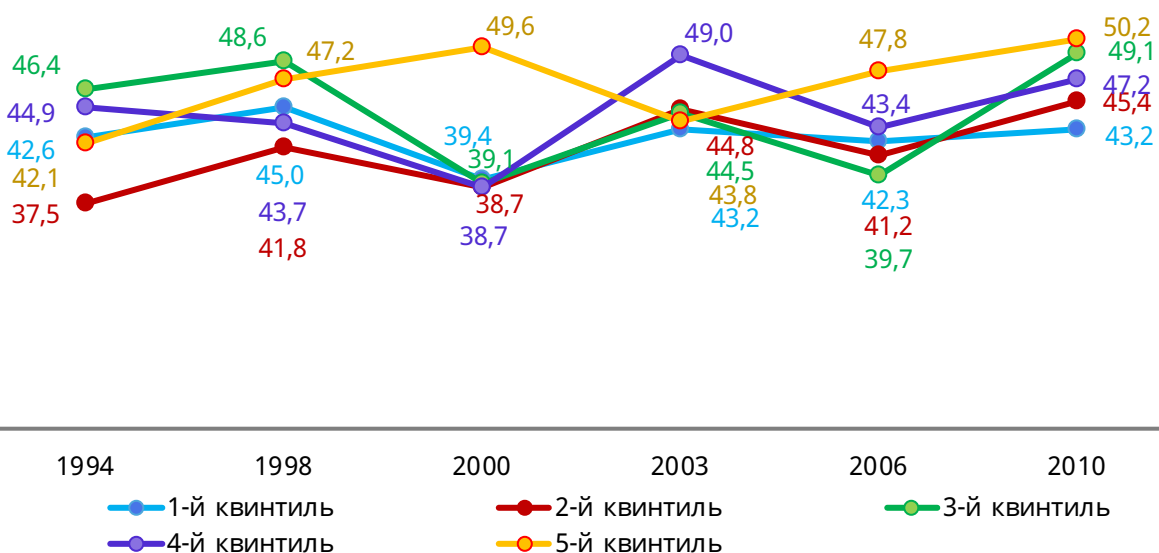


Рисунок 8. Динамика различий в прохождении дополнительных диагностических обследований среди обратившихся за медицинской помощью в течение последних 30 дней до момента опроса в зависимости от уровня дохода респондента, %



На рис. 8 сопоставлены данные о динамике прохождения дополнительных медицинских обследований и уровень дохода респондентов. Как видно, наибольшие различия между наиболее богатыми респондентами и остальной частью выборки проявились в 2000 и 2006 гг. В целом же показатели остаются относительно стабильными в течение всего анализируемого периода.

### 2.3. Анализ факторов, определяющих различия в доступности медицинской помощи

#### 2.3.1. Источники данных

В рамках исследовательских проектов НИУ ВШЭ Левада-центр\* провел специальные социологические опросы по тематике здравоохранения среди лиц, репрезентирующих взрослое (старше 16 лет) городское и сельское население:

анкетный опрос населения по вопросам здорового образа жизни и участия в финансировании здравоохранения (февраль 2017 г.; выборка — 4000 респондентов); анкетный опрос населения об отношении к собственному здоровью и о качестве медицинской помощи (сентябрь-октябрь 2014 г.; выборка — 4503 респондента).

#### 2.3.2. Причины отказа от обращения за медицинской помощью

Данные массовых опросов населения показывают, что в России сложилась устойчивая модель взаимодействия со сферой здравоохранения, которая воспроизводится практически в неизменном виде во всех социально-демографических слоях. Общая установка ориентирована скорее на самостоятельное лечение: две трети опрошенных с той или иной степенью категоричности сообщают о таком поведении (2017 г.). В среднем по всем опрошенным: 43% «чаще пытаются лечиться самостоятельно», 19% «практически всегда лечатся самостоятельно».

В случае заболевания примерно четверть взрослых людей предпочитают сразу же обращаться к врачу (24% в 2017 г.), и еще 13%

чаще обращаются к врачу, а не прибегают к самолечению. Устойчивость сложившейся поведенческой модели подтверждается тем, что мало кто затруднился ответить на этот вопрос (в среднем не более 2%, т.е. на уровне погрешности). В случае проблем со здоровьем поведенческая модель почти автоматически воспроизводится у всех рассматриваемых категорий населения (рис. 9). Как показывает анализ причин отказа от обращения к врачам, чаще всего люди объясняют свое поведение отсутствием времени и надеждами на то, что сами смогут справиться с недомоганием. Прямые указания на сомнения в эффективности врачебной помощи («Не хочу тратить время на врачей») встречаются относительно реже, но все же входят в тройку самых распространенных объяснений сложившейся модели поведения.

Более подробное рассмотрение того, почему люди избегают обращаться за медицинской помощью, как и в случае собственно обращений к врачам, подтверждает, что у представителей различных социально-демографических групп есть устойчивые мотивы такого поведения. Для межгрупповых сравнений были взяты только три основных мотива:

самоуверенность («Могу справиться с болезнями без помощи врачей»);

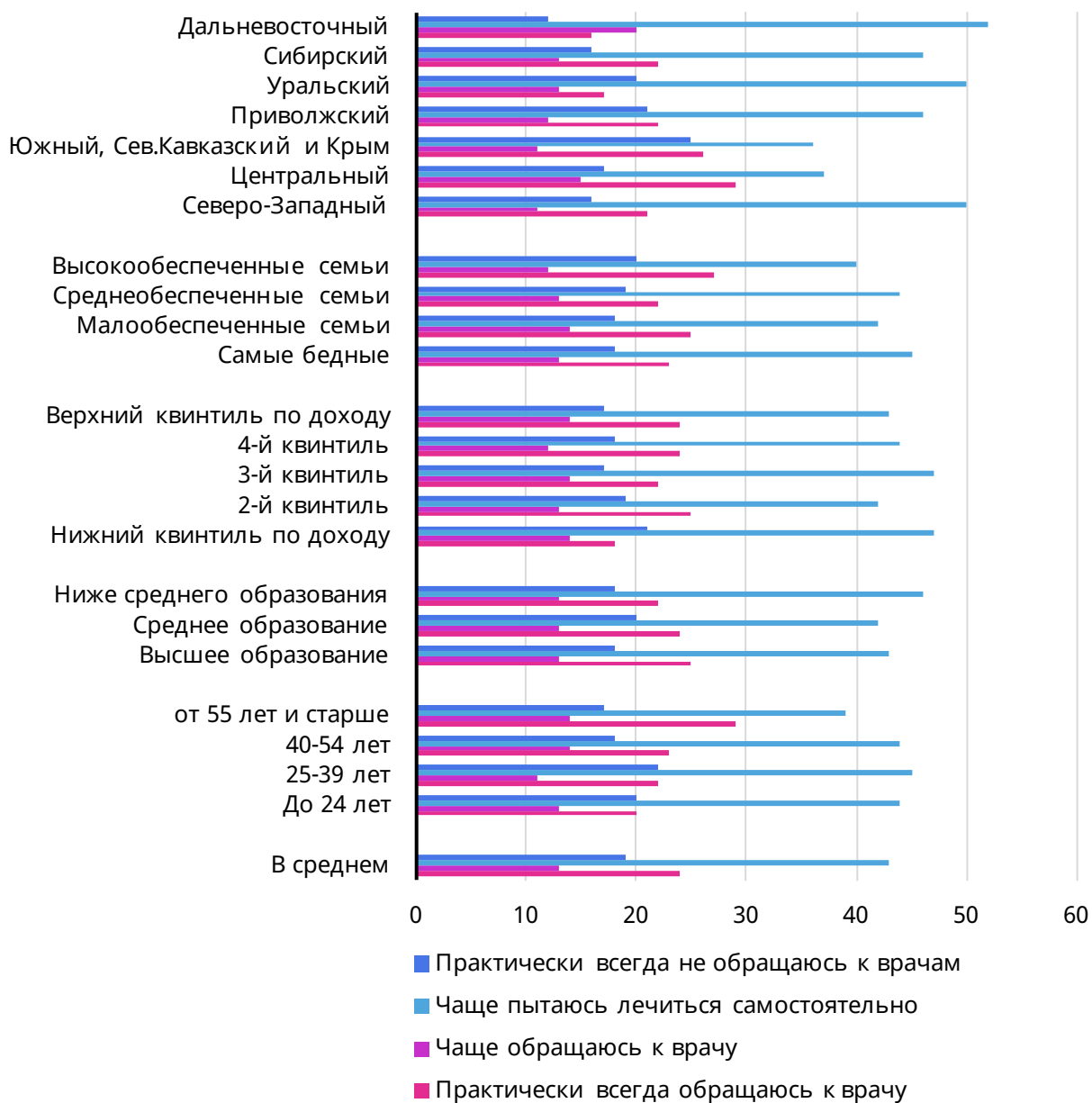
временные ограничения («Не хочу долго ждать приема в очередях», «Нет времени», «Не хочу тратить время на походы к врачу», «Неудобно», «Далеко ехать»);

проблемы с доверием медицине («Не доверяю врачам», «Не верю в медицину», «На хороших врачей нет средств, а к плохим ходить не хочу», «Доступные мне врачи равнодушны, невнимательны», «Не хочу попадать в зависимость от врачей»).

Эти три группы причин уклонения от обращения с медициной охватывают более 95% высказываний респондентов на эту тему (рис. 10).

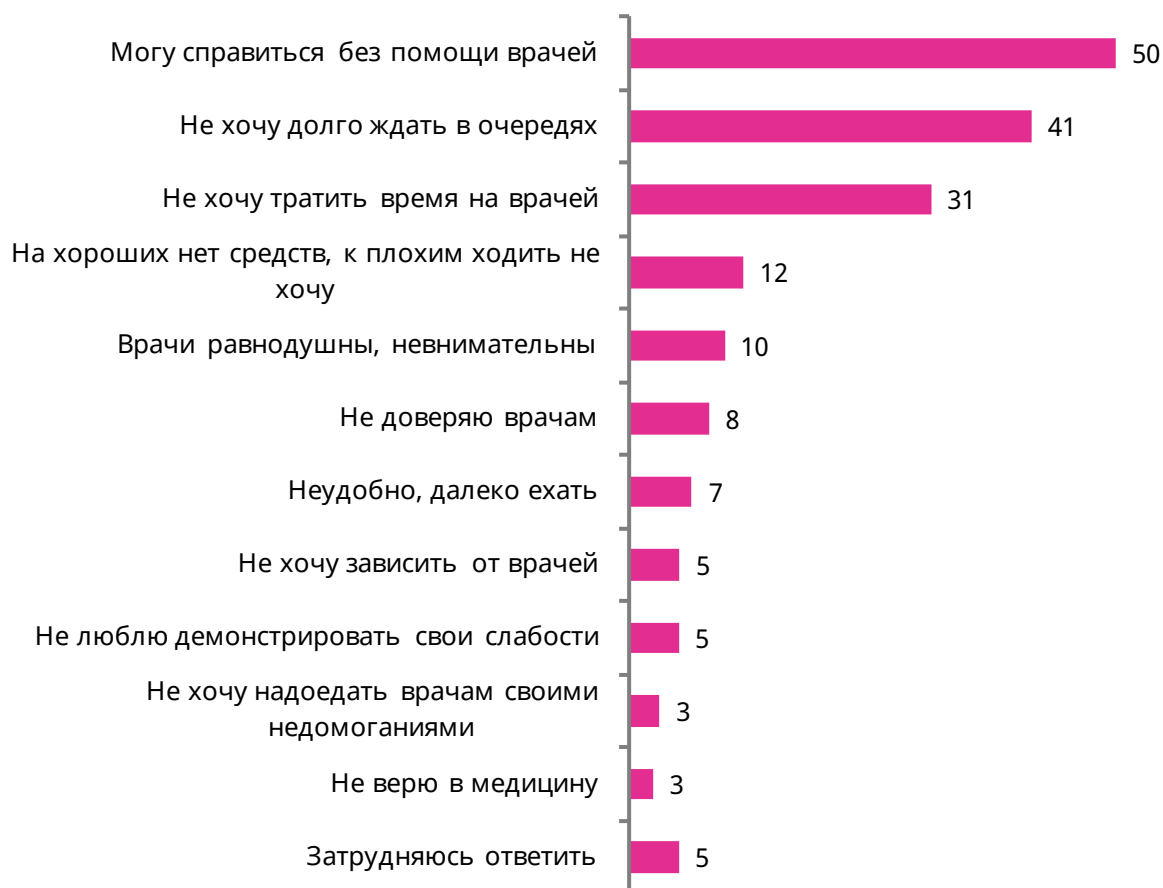
\* Решением Минюста РФ Левада-Центр включён в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента.

Рисунок 9. Распространенность обращений к врачу в случае возникновения проблем со здоровьем, 2017 г., % от числа опрошенных<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Доля затруднившихся с ответом не превышает 3% и не приводится.

Рисунок 10. Причины отказа от обращения к врачам, 2017 г., % от числа ответивших

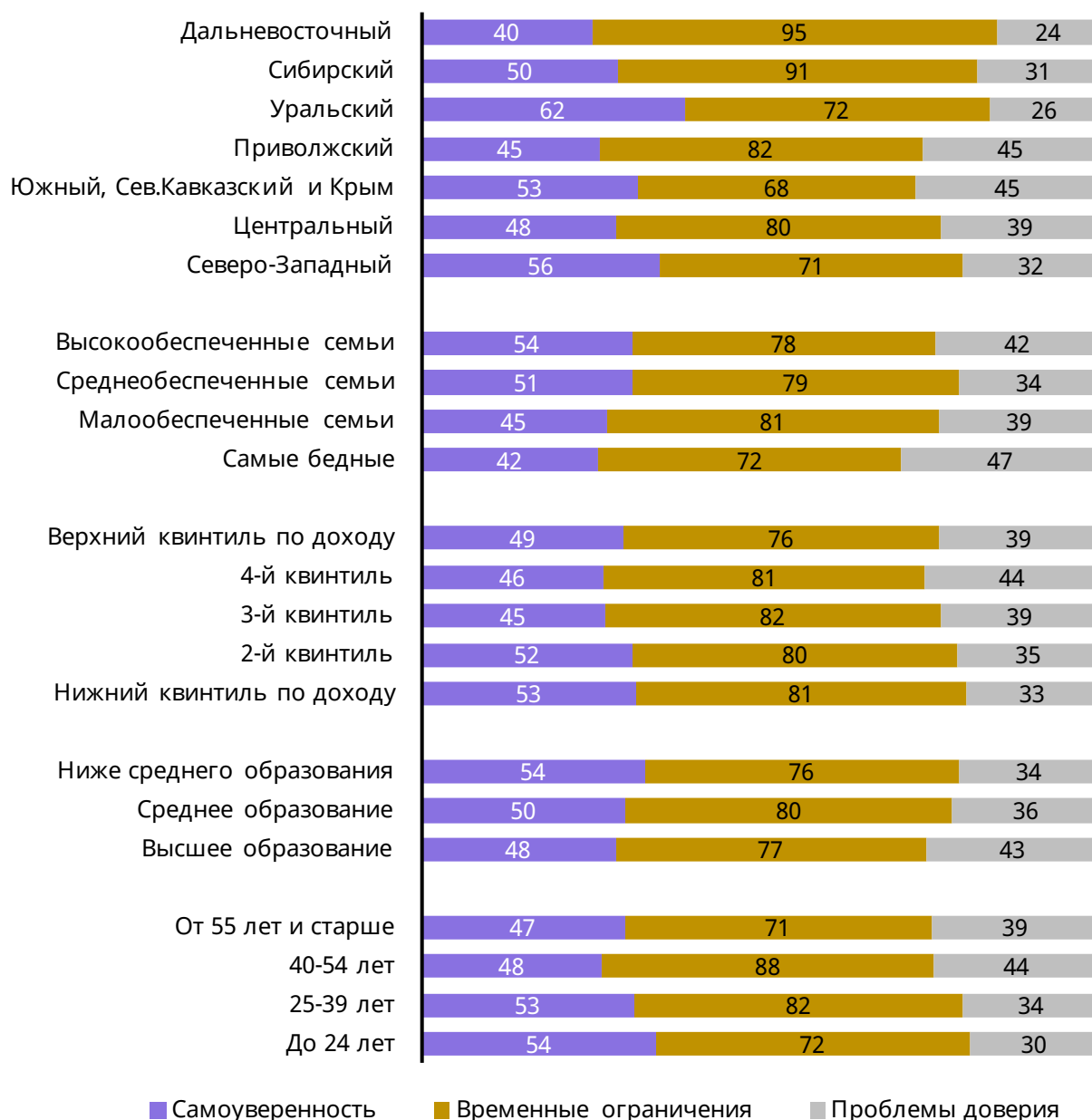


Если рассматривать распространенность основных причин отказа от обращений к врачам, можно констатировать отсутствие существенных различий, почему разные социально-демографические группы населения отказываются от общения с врачами (рис. 11). Стоит обратить внимание на несколько более высокий уровень недоверия к медицине, свойственный людям с высшим образованием, обеспеченным гражданам, жителям центральной части страны. В этих группах увеличение значимости фактора доверия, как правило, компенсируется снижением частоты упоминаний о возможности самостоятельно преодолеть проблемы со здоровьем. Это косвенно подтверждает, что выражение уверенности в собственных

возможностях в значительной мере отражает неуверенность в профессионализме врачей.



Рисунок 11. Распространенность основных причин отказа от обращения к врачам по социально-демографическим группам населения, 2017 г., % от числа ответивших. Вопрос допускал множественный выбор ответов



Во всех случаях проблемы доступности (временной, территориальной) медицинской помощи оказываются основными субъективными объяснениями широкого распространения самолечения. Важно подчеркнуть, что респонденты редко упоминали необходимость платить за медицинские

услуги как причину того, что они не всегда прибегают к помощи врачей.

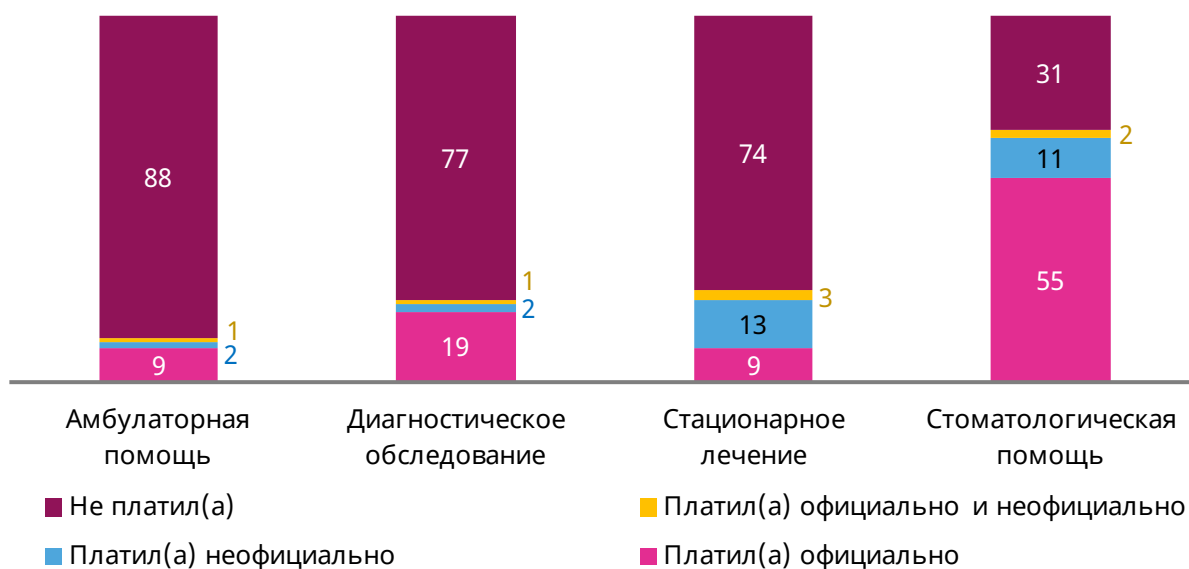
### 2.3.3. Причины обращения за платными медицинскими услугами

Платная медицинская помощь давно стала привычным явлением в российском здраво-

охранении, но не является доминирующей практикой. Исключение составляет стоматологическая помощь, где традиции прямой оплаты за фактически полученный объем помощи сложились еще при советской власти. Исследование, проведенное в 2014 г., демонстрирует эти различия (рис. 12). Реже всего оплачивают амбулаторные услуги (исключая проведение диагностических про-

цедур): за свой счет их приобретает лишь один из десяти пациентов (12% получавших такую помощь). Наиболее значима доля тех, кто пользуется услугами стоматологических кабинетов: 69% пациентов сами платят за полученную помощь. Об оплате услуг стационара, равно как и диагностических услуг, сообщает примерно четверть пациентов.

Рисунок 12. Распространенность оплаты медицинской помощи по видам помощи, 2014 г., % от числа получивших помощь соответствующего вида



Независимо от вида медицинской помощи, кроме стационарной, пациенты оплачивают услуги преимущественно по официальным каналам. Если человек получает лечение в стационаре, преобладают неофициальные платежи. При получении стоматологической помощи неофициальные платежи также значительны, но распространены примерно в пять раз меньше, чем официальные. Во всех случаях использование одними и теми же респондентами официальных и неофициальных платежей является редким явлением.

Как правило, люди предпочитают заплатить за медицинские услуги в тех случаях, когда считают бесплатную медпомощь совершен-

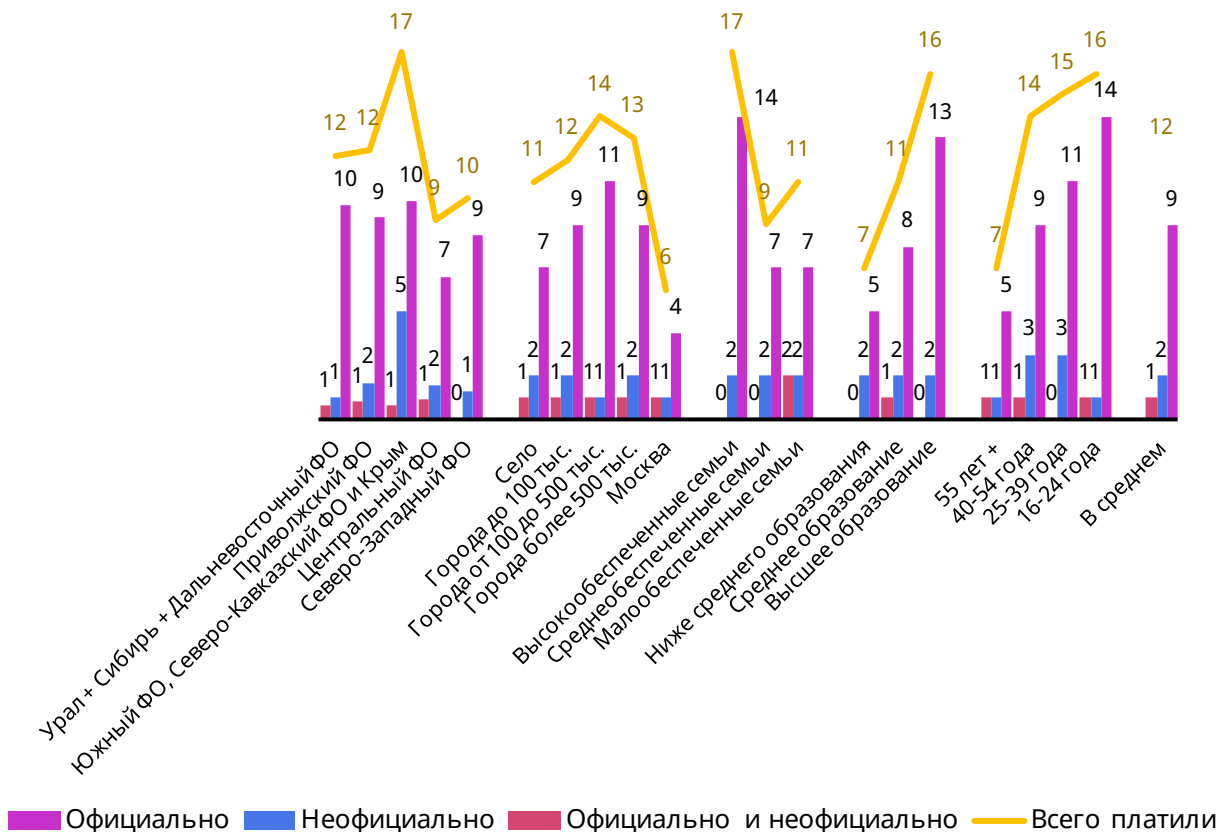
но недоступной. На отсутствие необходимых бесплатных медицинских услуг сообщили 46% оплачивавших амбулаторную помощь, 57% — диагностическую, 35% — стационарную и 61% — стоматологическую. Столь широкое распространение таких мнений отнюдь не означает, что оплачиваемые услуги обязательно выходят за рамки стандартов бесплатной медицинской помощи. Речь идет о том, что пациент субъективно воспринимает необходимость платить как вынужденный шаг. Причиной может быть то, что люди плохо знают свои права или гарантированные законом права на практике не соблюдаются (из-за недостатка финансирования, по организационным причинам и пр.).

Вероятность того, что пациент воспользуется платными медицинскими услугами, слабо варьирует в основных социально-демографических группах, а характер различий мало зависит от того, о какой помощи идет речь — амбулаторной, диагностической, стационарной или стоматологической. Мы имеем дело со сложившимися моделями поведения, которые воспроизводятся при получении конкретных услуг. Социально-демографические различия меньше всего проявляются там, где платные услуги наиболее распространены — в стоматологии. Самые значительные и устойчиво воспроизводимые различия связаны с возрастом и местом проживания респондента. Реже всего к платным услугам прибегают люди старшего возраста (55 лет и старше), жители центральной части России (среди них

особенно редко — москвичи). По сравнению с предыдущими двумя факторами уровень платежеспособности пациента оказывается менее значимым (напомним, речь идет о том, насколько часто люди платят, а не о сумме затрат).

Рассмотрим различия более подробно. Если речь идет об амбулаторной помощи (рис. 13), частота обращений за платными услугами наиболее показательна связана с возрастом: 16% среди самых молодых пациентов и 7% среди лиц старшего возраста. Однако самые значительные перемены касаются именно лиц старшего возраста. Это согласуется со структурой причин выбора платных форм обслуживания, где важное место занимает дефицит времени. С наступлением пенсионного возраста снижается острота временных ограничений.

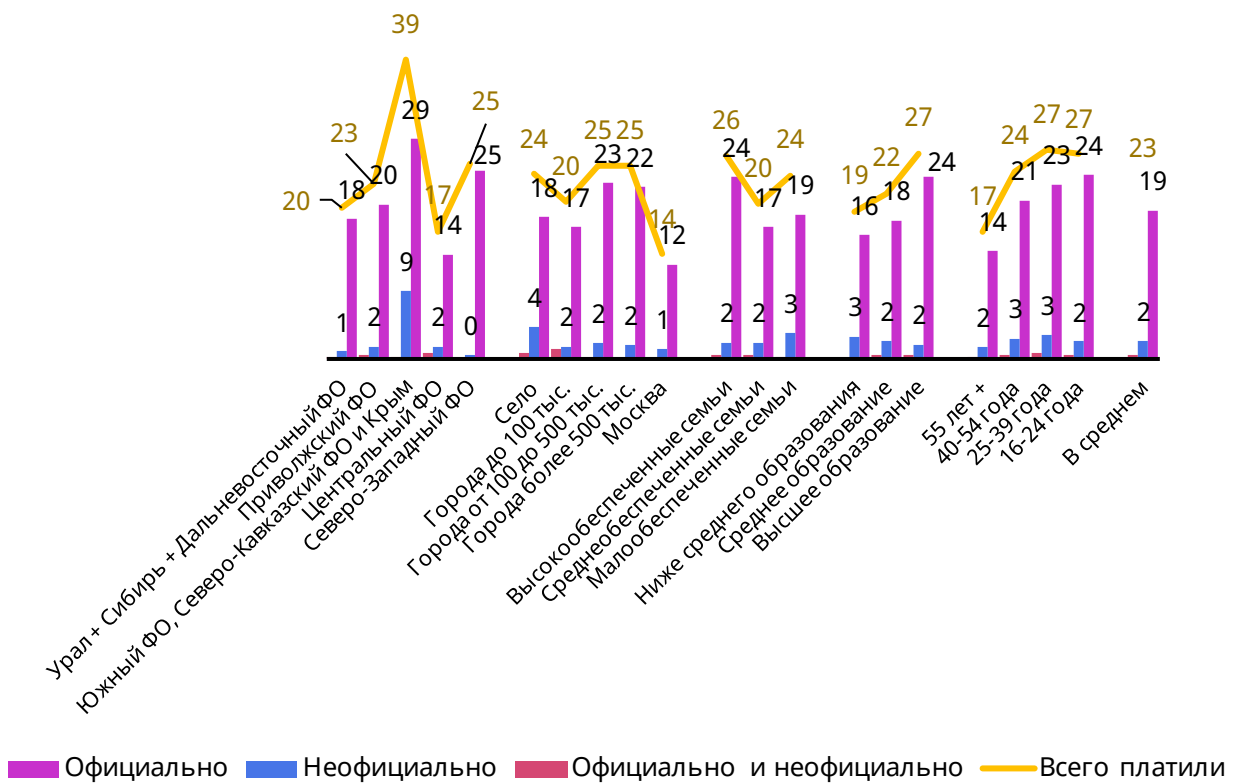
Рисунок 13. Распространенность оплаты амбулаторной медицинской помощи по социально-демографическим группам населения, 2014 г., % от числа получивших помощь соответствующего вида



Весьма значительно варьирует распространенность платных медицинских услуг в зависимости от уровня образования пациента. Различия по этому показателю могут пересекаться с возрастными. В последние десятилетия существенно вырос уровень формального образования за счет молодых лиц: среди тех, кому от 25 до 39 лет, доля людей с высшим образованием достигает 40%, тогда как в старшей возрастной группе (старше 55 лет) их почти вдвое меньше (23%). Влияние уровня материального достатка на частоту приобретения медицинских услуг демонстрирует весьма важную особенность

дифференциации денежных доходов населения. Несмотря на высокий уровень номинальных различий в уровне доходов богатых и бедных, потребительское поведение массовых слоев населения меняется только у верхушки общества (в верхнем квинтиле или, в лучшем случае, квинтиле в распределении по доходу). Соответственно, только наиболее обеспеченные респонденты значительно чаще сообщают о платных амбулаторных услугах. Когда речь идет о диагностических обследованиях, то различия между бедными и богатыми практически исчезают (рис. 14).

Рисунок 14. Распространенность оплаты диагностических услуг по социально-демографическим группам населения, 2014 г., % от числа получивших помощь соответствующего вида



По отношению к стационарной и стоматологической помощи фактор уровня материального достатка не оказывает

заметного влияния на частоту оплаты услуг (рис. 15, 16).

Рисунок 15. Распространенность оплаты стационарной медицинской помощи по социально-демографическим группам населения, 2014 г., % от числа получивших помощь соответствующего вида

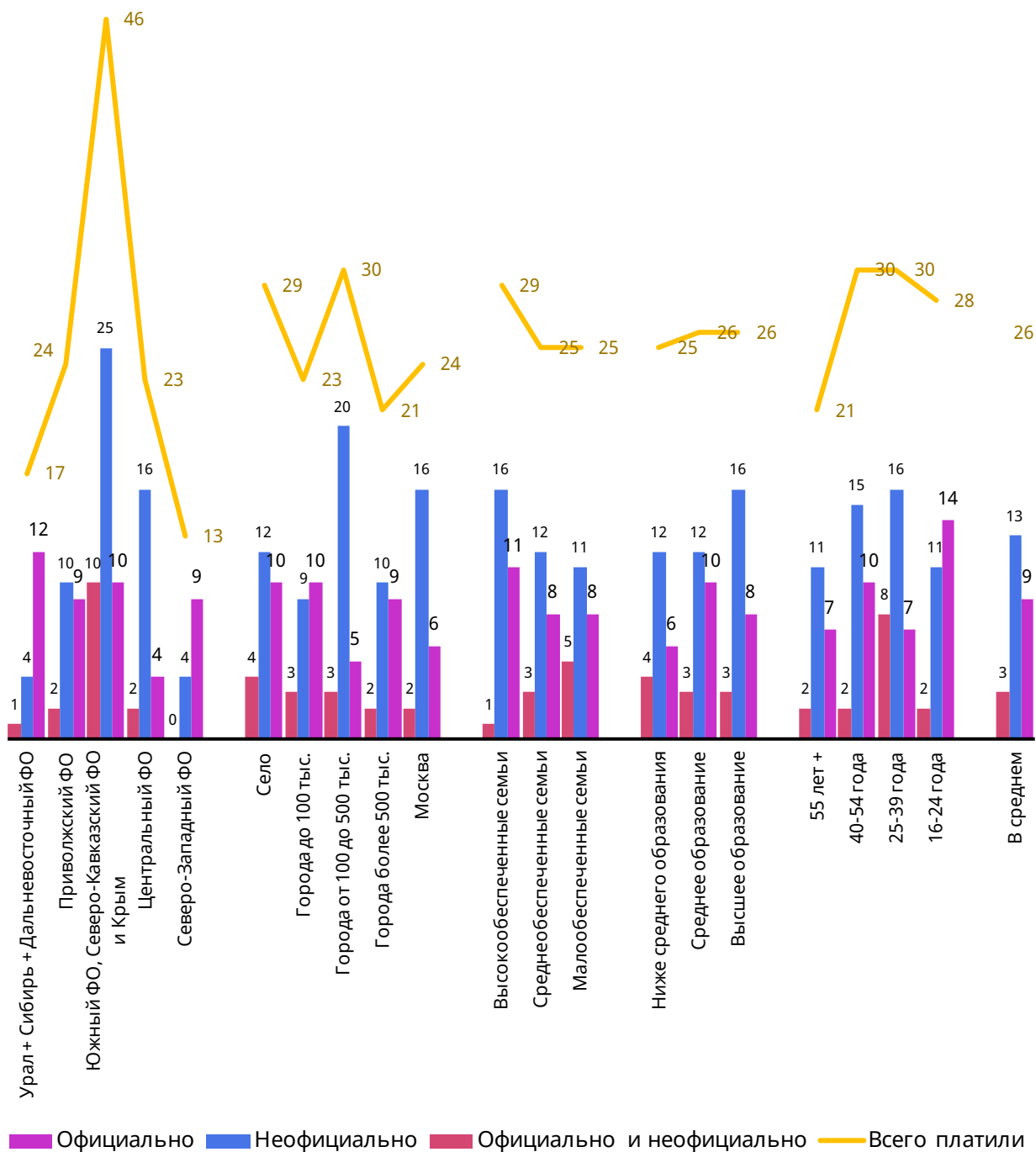
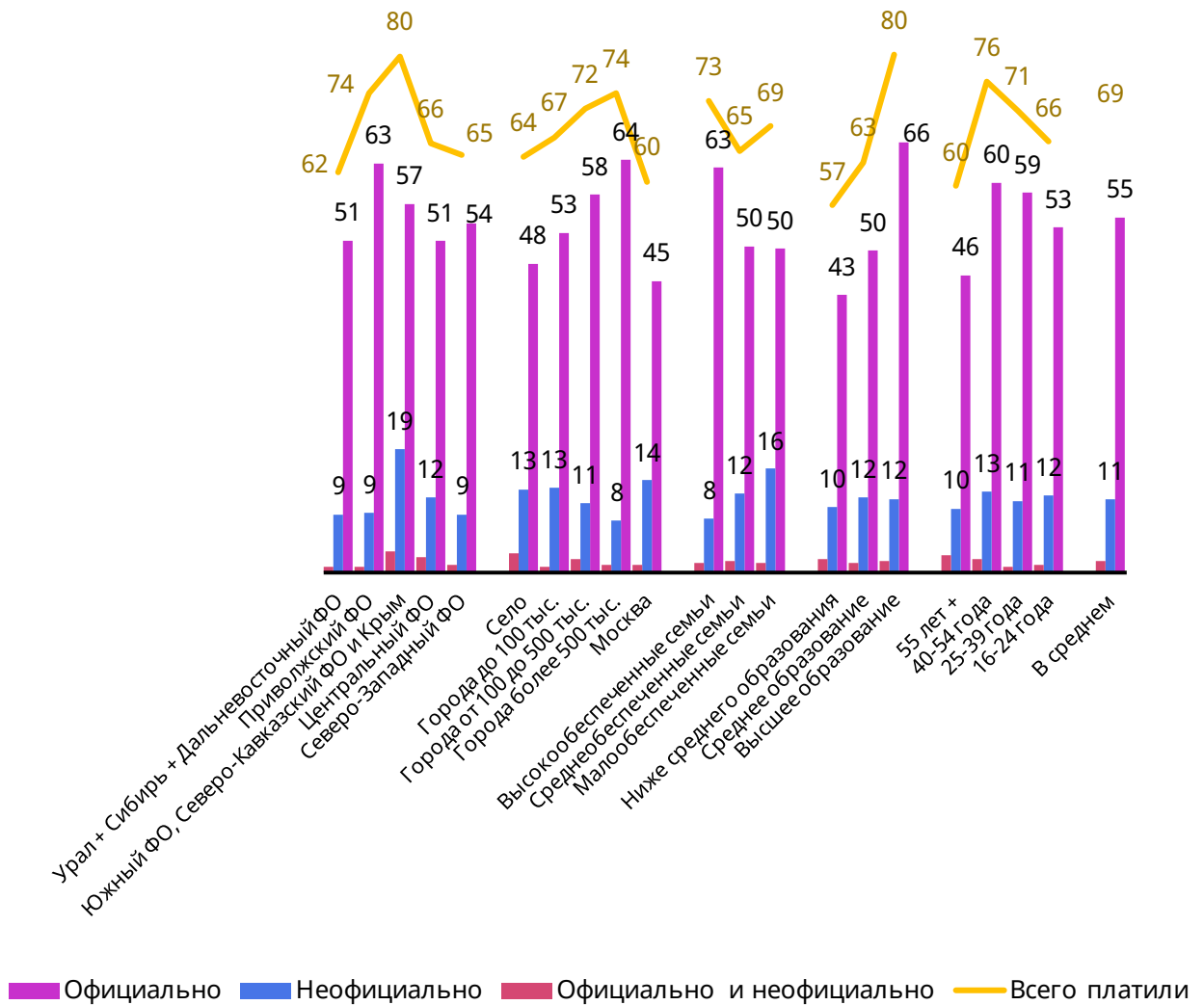


Рисунок 16. Распространенность оплаты услуг стоматологии по социально-демографическим группам населения, 2014 г., % от числа получивших помощь соответствующего вида



Уровень урбанизации влияет на частоту пользования платными медицинскими услугами, но не слишком сильно, а главное, не монотонно. Во всех случаях, кроме стационарной помощи, жители Москвы реже всего сообщают о пользовании платной медицинской. Если речь идет об амбулаторной и диагностической помощи, то прочие городские населенные пункты страны оказываются примерно в одинаковом положении: их жители сообщают об оплате примерно в 1,5 раза чаще, чем москвичи. Насколько позволяют судить данные, уровень распространения платных услуг в стационарах практически не зависит от того, в населенном пункте какого типа проживает пациент. Независимо от вида медицинской помощи особенно часто о платных услугах сообщают жители юга России (Южный, Северо-Кавказский ФО и Крым). Эти региональные различия кажутся наиболее значимыми и, возможно, объясняются не только отличиями в структуре расселения (относительно низким уровнем урбанизации), но и культурными особенностями. К сожалению, в рамках имеющихся данных нельзя проверить эти гипотезы.

В целом анализ показывает, что, с одной стороны, при амбулаторном лечении отмечаются наибольшие социально-демографические различия в поведении разных групп пациентов при выборе платного медицинского обслуживания. С другой стороны, именно в этом случае респонденты реже всего сообщают об обращении за платными услугами, т.е. в целом различия граждан в уровне доходов, образовании возрасте и месте жительства лишь в незначительной степени повышают либо снижают веро-

ятность обращения к платным услугам. Следовательно, рассматриваемые факторы неравенства доступа к медицинской помощи в целом слабо сказываются в том, что дефицит помощи восполняется за счет платных услуг. Все основные социальные группы пациентов примерно одинаково часто обращаются к услугам платной медицины. Регрессионный анализ также показал, что социально-демографические факторы слабо влияют на вероятность приобретения медицинских услуг. На основе данных опроса 2017 г. были оценены модели, показывающие, как пользование платными амбулаторными и стационарными услугами (зависимые переменные) связано с основными социально-демографическими характеристиками: возрастом, образованием, финансовым положением семьи, а также типом населенного пункта и регионом (федеральным округом), где проживает респондент (независимые переменные) (табл. 1 и 2). Модели были оценены методом бинарной логистической регрессии с пошаговым включением переменных. Характеристики качества приближения модели оказались достаточно низкими, что свидетельствует о слабом влиянии выбранных социально-демографических факторов на вероятность пользования платными медицинскими услугами. Кроме того, уровень материального благосостояния респондента не оказывает значимого влияния на вероятность приобретения медицинских услуг: при отборе значимых переменных фактор финансового положения семьи не вошел в окончательную модель пользования и амбулаторными и стационарными услугами.

Таблица 1. Оценки модели зависимости оплаты амбулаторных услуг от основных социально-демографических факторов

Независимые переменные	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Москва = 1	-1,235	0,189	42,873	1	0,000	0,291
Село = 1	-0,419	0,112	14,088	1	0,000	0,657
Южный и Северо-Кавказский ФО, Крым = 1	0,564	0,127	19,836	1	0,000	1,757
Центральный ФО = 1	0,376	0,116	10,452	1	0,001	1,456
Возраст 55 лет и старше = 1	-0,399	0,095	17,536	1	0,000	0,671
Высшее образование = 1	0,473	0,099	22,793	1	0,000	1,604
Constant	-0,556	0,081	46,907	1	0,000	0,574

Характеристики качества модели:

-2Log likelihood = 2857,706; Cox&Snell  $R^2$  = 0,049; Nagelkerke  $R^2$  = 0,067.

Таблица 2. Оценки модели зависимости оплаты стационарных услуг от основных социально-демографических факторов

Независимые переменные	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Южный и Северо-Кавказский ФО, Крым = 1	0,955	0,260	13,440	1	0,000	2,599
Центральный ФО = 1	0,543	0,209	6,792	1	0,009	1,722
Урал, Сибирь и Дальневосточный ФО = 1	-0,710	0,247	8,251		0,004	0,492
Возраст 40–54 года = 1	-0,417	0,206	4,108	1	0,043	1,518
Высшее образование = 1	0,678	0,185	13,415	1	0,000	1,969
Constant	-1,257	0,166	57,558	1	0,000	0,285

Характеристики качества модели:

-2Log likelihood = 823,247; Cox&Snell  $R^2$  = 0,082; Nagelkerke  $R^2$  = 0,115.

Приведенные ранее данные, описывающие парные связи, продемонстрировали, что население с высокими доходами больше пользовались платными амбулаторными услугами. В отличие от кросс-таблиц, множественный регрессионный анализ позволяет оценить совокупное влияние множества факторов и выделить наиболее значимые. Более высокий уровень семейного достатка характерен для городских жителей Европейской части России, особенно москвичей. Согласно регрессионному анализу, на пользование платными медицинскими услугами не влияет уровень денежных доходов семей, но

есть значимая связь с типом населенного пункта, региональным и поселенческим факторами, что, очевидно, свидетельствует о преобладающем значении последних. Среди значимых социально-демографических факторов наибольшую роль играют региональные и образовательные. Граждане, проживающие на юге и в центре страны, с большей вероятностью пользуются платной амбулаторной и стационарной помощью, а жители Урала, Сибири и Дальнего Востока скорее не будут оплачивать стационарную помощь (вероятность оплаты амбулаторной помощи статистически не



значима). Наличие высшего образования также положительно связано с оплатой медицинских услуг и стационарных, и амбулаторных. Люди в возрасте 40–55 лет с более высокой вероятностью станут оплачивать стационарную помощь (об оплате амбулаторной помощи неизвестно). Для лиц 55 лет и старше снижается вероятность оплаты амбулаторной помощи (для случаев оплаты стационарной помощи не удалось получить статистически надежных оценок). Регрессионные оценки подтверждают рассмотренные ранее зависимости, выявленные на основе анализа таблиц распределения.

#### 2.4. Различия в субъективных оценках результативности оказания медицинской помощи

Анализ неравенства в доступности медицинской помощи требует, чтобы были оценены различия в качестве медицинской помощи, которую получают граждане, относящиеся к разным социально-демографическим группам. В данном исследовании источником таких оценок выступают сами респонденты. Разумеется, пациентам весьма сложно оценить качество медицинской помощи, поскольку, как правило, обычные люди не обладают необходимыми знаниями для профессиональной оценки действий врачей. Тем не менее субъективные представления о результативности обращения за медицинской помощью формируются в результате общения с медиками и на основе общего социально-психологического климата. На представления влияют и личные качества пациентов. Субъективное восприятие служит основой оценок удовлетворенности услугами и, возможно, информационной базой для решений об обращении за врачебной помощью в будущем. В опросе 2014 г. респондентам задавали вопросы о том, как они оценивают результаты оказанной медицинской помощи. Как правило, сложностей не возникало: только 6% респондентов не дали определенного ответа на вопрос о результативности амбулаторных услуг. Когда речь шла о стационарной

и стоматологической помощи, практически никто не выбрал ответ «Не могу оценить». Результаты оказания медицинской помощи всех трех видов (амбулаторной, стационарной, стоматологической) в основном оцениваются позитивно: помощь врача привела к существенному улучшению состояния здоровья. Девять из десяти пациентов стоматолога отметили, что благодаря помощи врача им стало существенно лучше, и только 7% не заметили положительных перемен после посещения врача. В случае стационарной помощи отмечен двукратный разрыв между этими оценками. У амбулаторных пациентов положительные отзывы преобладают с минимальным перевесом: 47% говорят о видимых позитивных результатах, а 41% не отмечает их.

Собственно два мнения о результативности полученных услуг практически полностью описывают ситуацию. Респонденты очень редко упоминали другие предлагаемые варианты ответов: более тяжелые отрицательные последствия врачебных действий и возникновение осложнений (ожидаемых или нет). Учет частоты упоминаний возникновения осложнений (в качестве отрицательных последствий) не изменяет общий положительный баланс оценок результативности врачебной помощи даже в амбулаторном звене. Поэтому для анализа социально-демографических различий в оценках результативности медицинской помощи далее рассматриваются только две наиболее часто встречающиеся позиции. Социально-демографические различия того, как респондент оценивает результативность различных видов медицинской помощи, связаны в первую очередь с возрастом: по мере взросления респондент больше склонен проявлять негативное отношение к врачам (рис. 17). Тем не менее даже среди людей старшего поколения (55 лет и старше) негативные оценки результатов полученного лечения начинают несколько преобладать только в сегменте амбулаторной помощи.

Уровень материальной обеспеченности также заметно отражается на оценках результа-

тивности медицинской помощи: более обеспеченные пациенты склонны позитивнее оценивать медицинскую помощь (рис. 18). Различия особенно заметны в оценках амбулаторной помощи. Среди тех, кто оценивает доход своей семьи как достаточный

только для обеспечения питания (не нужно экономить и занимать), преобладают негативные оценки результативности амбулаторной помощи.

Рисунок 17. Оценки результатов медицинской помощи по видам помощи в зависимости от возраста пациента, 2014 г., % от числа получивших помощь соответствующего вида

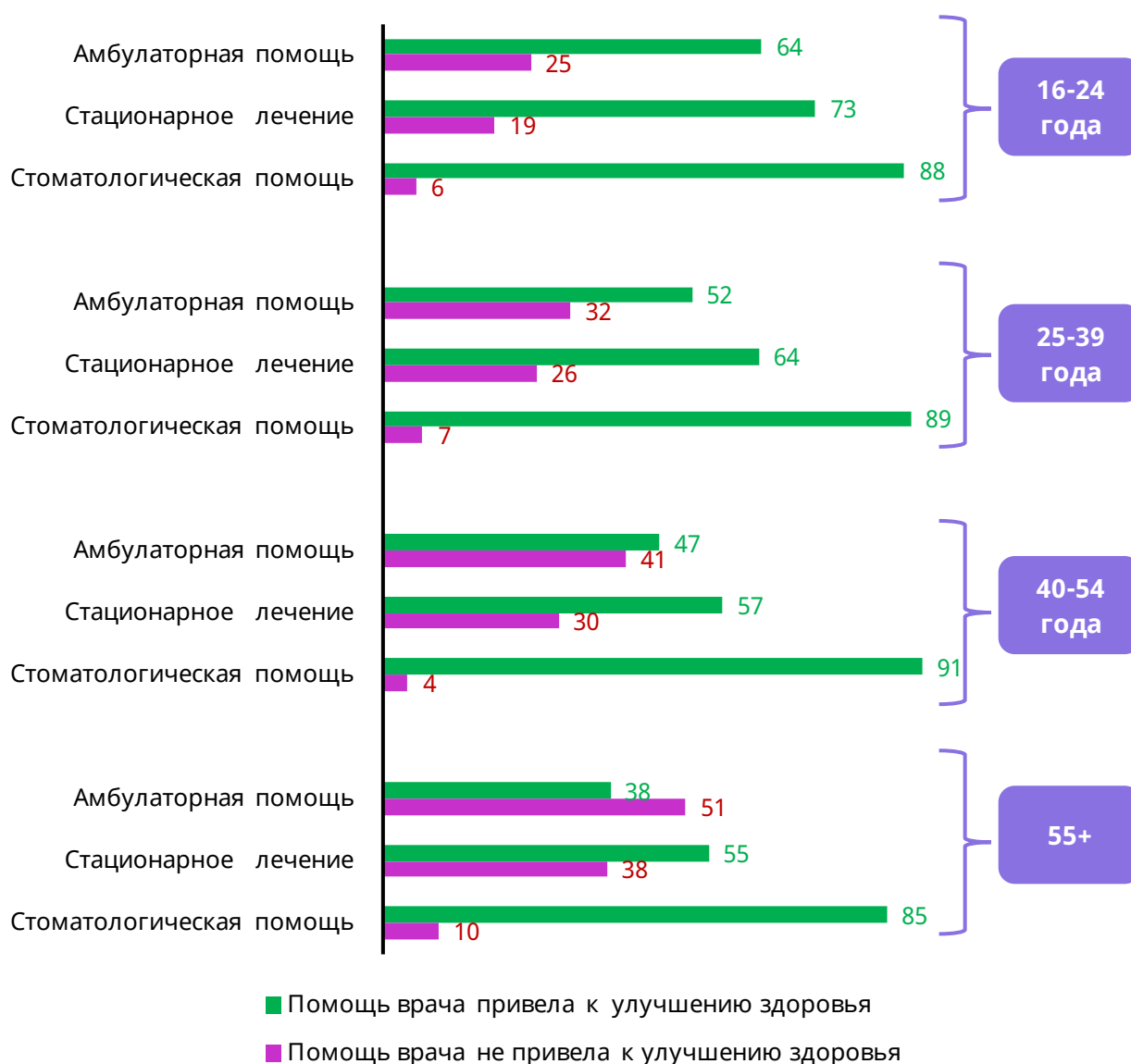
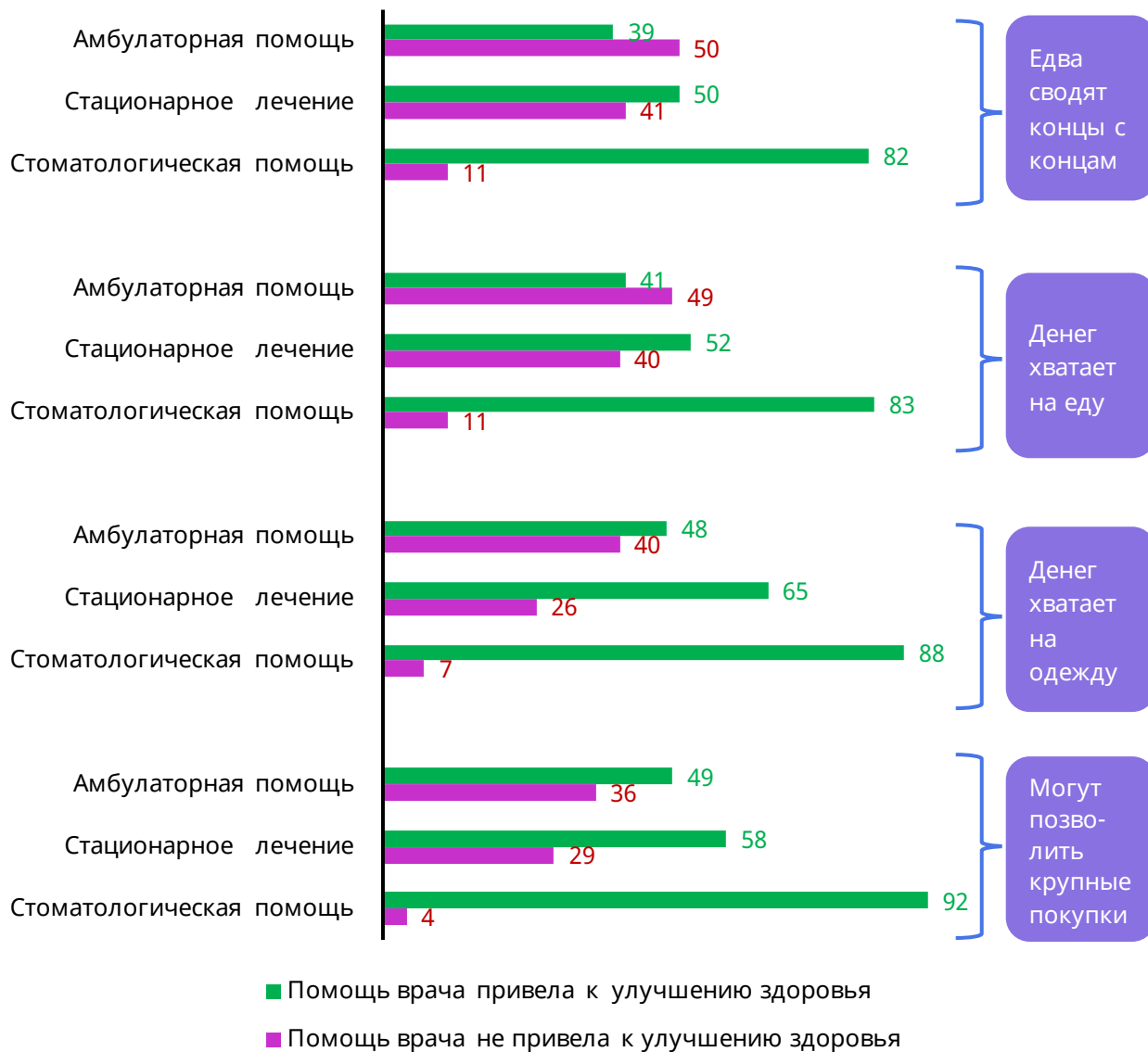


Рисунок 18 . Оценки результатов медицинской помощи по видам помощи в зависимости от материального достатка пациента, 2014 г., % от числа получивших помощь соответствующего вида



## 2.5. Основные выводы

Анализ социального неравенства в доступности медицинской помощи для населения России позволяет сделать следующие основные выводы:

1. В последние три десятилетия динамика различий в том, как часто основные социально-демографические группы обращаются за медицинской помощью, была сложной и неоднозначной. В целом такие различия увеличивались до начала 2000-х гг. и снижались в период экономического роста. В самые последние годы эти различия вновь стали нарастать.
2. В 1990-е гг. возрастные группы заметно различались по частоте обращений за медицинской помощью, и имели место признаки некоторой дискриминации пожилых людей в доступе к диагностическим исследованиям. В 2000-х гг. лица старше трудоспособного возраста стали обращаться к врачам чаще, чем работающие граждане. Лица в трудоспособном возрасте чаще обращаются за платной амбулаторной медицинской помощью, а те, кто старше, — за платной стационарной. И эти различия между возрастными группами сохраняются.
3. Очень неоднозначной была динамика различий между гражданами с разным уровнем образования, но в самые последние годы наметилась тенденция: медицинскими услугами стали чаще пользоваться граждане с более высоким уровнем образования.
4. Если сравнивать рассматриваемый показатель у жителей населенных пунктов разных типов, то различия были менее существенными и мало менялись во времени. Наиболее заметны различия в обращаемости этих групп за платной медицинской помощью в начале 2000-х гг. Особо следует отметить, что в последнее время сельские жители обращаются за медицинской помощью почти с той же частотой, как и граждане, проживающие в крупных и средних городах.
5. Значимые различия между группами с разным уровнем дохода прослеживаются лишь во второй половине 1990-х гг., когда наиболее бедные участники исследования

значимо реже обращались за медицинской помощью по сравнению с более богатыми согражданами.

6. Среди представителей основных социально-демографических групп отсутствуют существенные различия в мотивации, почему они не обращаются к врачам. При этом респонденты редко ссылались на платное предоставление медицинских услуг как причину того, что они не всегда прибегают к помощи врачей.

7. Вероятность того, что пациент будет обращаться за платным медицинским обслуживанием, не слишком сильно варьирует для основных социально-демографических групп, а характер этих различий мало зависит от того, идет ли речь об амбулаторной, стационарной или стоматологической помощи. Только наиболее обеспеченные респонденты значительно чаще сообщают о том, что пользуются платными амбулаторными услугами. Практически исчезают различия между бедными и богатыми, когда речь идет о диагностических обследованиях.

8. Наиболее значительные и устойчиво воспроизводящиеся различия связаны с возрастом и местом проживания респондента. Реже всего к платным услугам прибегают люди старшего возраста (55 лет и старше), а также жители центральной части России (среди них особенно редко — москвичи). Уровень платежеспособности оказывается менее значимым фактором. Во всех случаях, кроме стационарной помощи, москвичи реже всего сообщают о пользовании платной медициной. По всем видам медицинской помощи особенно часто о платных услугах сообщают жители юга России (Южный, Северо-Кавказский ФО и Крым). Эти региональные различия, возможно, объясняются не только отличиями структуры расселения (относительно низким уровнем урбанизации), но и культурными особенностями.

9. Социально-демографические различия при оценке результативности различных видов медицинской помощи связаны в первую очередь с возрастом респондента. Чем старше респондент, тем больше он склонен

проявлять негативное отношение к врачам. Более обеспеченные пациенты склонны лучше оценивать полученную медицин-

скую помощь. Различия особенно заметны в оценках амбулаторной помощи.

### 3. Территориальное неравенство в государственном финансировании медицинской помощи

#### 3.1. Предмет анализа

В ряде исследований изучены различия в уровне государственного финансирования здравоохранения для разных территорий и показаны очень высокие масштабы дифференциация подушевого финансирования здравоохранения между субъектами Российской Федерации [Бондаренко и др., 2012; Калашников, 2015; Леонтьева, 2017; Маркес, 2008]. Эти различия интенсивно менялись со временем, что связывается с преобразованиями в системе обязательного медицинского страхования и системе межбюджетных трансфертов. В этом разделе детально рассматриваются масштабы этих различий и их изменение во времени. Объектом изучения являются:

- расходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) в расчете на душу населения;
- суммарные государственные расходы на здравоохранение в субъектах Российской Федерации (затраты бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение и расходы территориальных фондов ОМС) в расчете на душу населения.

Анализ проведен по данным за 2010, 2014 и 2016 гг. Выбор этих лет обусловлен следующими обстоятельствами. В 2010 г. действовала система ОМС, введенная в начале 1990-х гг., масштабы централизации взносов на ОМС и, соответственно, выравнивания финансовой обеспеченности территориальных программ ОМС были невелики. В конце 2010 г. был принят Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Федеральный закон, 2010], который ввел централизацию средств ОМС и перераспределение всего

их объема между субъектами Российской Федерации для выравнивания финансового обеспечения территориальных программ ОМС. Предусмотренные законом изменения происходили в 2011–2015 гг., при этом 2014 г. был последним годом «переходного периода» от старой модели ОМС к новой. В 2015 и 2016 гг. уже функционировала новая модель ОМС.

Сравнение масштабов различий между регионами в финансировании здравоохранения в 2010, 2014 и 2016 гг. позволяет оценить результативность реформы ОМС, а именно того, насколько удалось выровнять финансовую обеспеченность региональных систем здравоохранения.

В данном исследовании рассматриваются и анализируются следующие виды расходов:

- расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов ОМС;
- расходы бюджетов территориальных фондов ОМС;
- дотации и субвенции из бюджета федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС;
- в качестве информационной базы используются официальные источники данных;
- отчеты об исполнении консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации [Казначейство России, [б.г.]];
- законы субъектов Российской Федерации об исполнении бюджетов территориальных фондов ОМС;
- федеральные законы об исполнении бюджета Федерального фонда ОМС [Федеральный закон, 2011; 2015; 2017];

- доклады о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за анализируемый период [Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2011; 2015; 2017].

Размеры государственного финансирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации сравнивались в расчете на душу населения с учетом коэффициента удорожания условной единицы бюджетной услуги<sup>2</sup>.

### 3.2. Различия в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС

В качестве характеристики финансовой обеспеченности территориальных программ ОМС использован показатель фактических расходов территориальных фондов ОМС. Строго говоря, помимо затрат на выполнение территориальных программ ОМС к рас-

ходам фондов ОМС могут быть отнесены расходы инвестиционного характера и др. Для анализа территориальных различий в финансовом обеспечении здравоохранения эти виды расходов можно не разделять. Данные о расходах территориальных фондов ОМС доступны по всем субъектам Российской Федерации. В приложении (см. табл. А) приведены расходы бюджетов территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения с учетом коэффициента удорожания условной единицы бюджетной услуги по каждому субъекту Российской Федерации. По этим данным вычислены значения индекса Джини (табл. 3), который представляет собой количественный показатель неравенства распределения указанных расходов в исследуемой группе регионов. Данный коэффициент может принимать значения от 0 до 1, при этом чем выше значение, тем сильнее неравенство распределения.

Таблица 3. Динамика неравенства в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС, 2010-2016 гг.

Показатель	2010	2014	2016
Индекс Джини для расходов территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения	0,1287	0,1122	0,0825

В 2010 г. к числу регионов с наиболее высоким уровнем расходов бюджета территориального фонда ОМС в расчете на душу населения, относились Чукотский автономный округ, Москва и Тюменская область, а к тем, где самые низкие расходы, — Республика Мордовия, Республика Калмыкия и Республика Марий Эл. Анализ расходов территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения в 2010 г. показал, что между регионом с наибольшими расходами и средним значением по стране разница составляет

2,7 раза, между регионом с наименьшими расходами и тем же средним значением — 1,5 раза. В расчете на душу населения субъект Российской Федерации, с самым высоким уровнем расходов в 2010 г. тратил 9721,54 руб., а субъект с самыми низкими расходами — 2328,64 руб., т.е. в 4,2 раза меньше. В среднем для всех бюджетов территориальных фондов ОМС расходы составили 3575,21 руб. на одного жителя. В 2010 г. в 16 регионах расходы территориальных фондов ОМС были выше среднероссийского значения,

<sup>2</sup> Используются значения коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги по субъектам Российской Федерации [Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, 2005].

в 67 — ниже среднероссийского значения. Значение коэффициента Джини для расходов из бюджетов всех территориальных фондов ОМС — равно 0,1287, что свидетельствует об относительно неравномерном региональном распределении уровня расходов на ОМС.

Анализ расходов территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения в 2014 г. показал, что между регионом с максимальными расходами и средним значением по стране разница составила 1,6 раза, а между регионом с наименьшими расходами и средним значением — 1,3 раза. У двух субъектов Российской Федерации расходы территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения были очень низкими: в Севастополе — 37,58 руб., в Республике Крым — 19,71 руб. Сравнение их показателей со среднероссийским не показывает реальную межрегиональную дифференциацию, поскольку в 2014 г. эти регионы только вошли в состав Российской Федерации и система ОМС на их территории еще не функционировала полноценно. Соответственно, их не учитывали в исследовании.

Среди остальных регионов максимальные расходы территориального фонда ОМС в расчете на душу населения составили 13451,72 руб., минимальные — 6752,99 руб., т.е. в 2 раза меньше. По сравнению с 2010 г. этот разрыв сократился в 2 раза. Средний уровень расходов составил 8677,73 руб. Самые высокие расходы бюджета территориального фонда ОМС в расчете на душу населения в 2014 г. были в Чукотском автономном округе, Магаданской области и Москве, самые низкие — в Чеченской Республике и Карачаево-Черкесской Республике. В целом по стране у 27 регионов расходы были выше среднероссийского значения, у 58 регионов — ниже этого показателя. Коэффициент Джини для расходов территориальных фондов ОМС был равен 0,1122, что меньше, чем в 2010 г. (0,1287).

Как показал анализ расходов территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения в 2016 г., между регионами с максимальными и минимальными расходами и средним значением по стране сохранилась та же разница, что и в 2014 г., — 1,6 и 1,3 раза. В расчете на душу населения регион с максимальными расходами тратил 15411,91 руб., а с минимальными — 7416,89 руб., или в 2,1 раза меньше.

В среднем по стране из бюджетов территориальных фондов ОМС в 2016 г. на одного жителя потрачено 9693,06 руб. Самые высокие расходы из бюджета Территориального фонда ОМС в расчете на душу населения имели Чукотский автономный округ, Москва и Сахалинская область, минимальные расходы — Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика и Карачаево-Черкесская Республика. Коэффициент Джини для расходов территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения равен 0,0825, что заметно меньше, чем в 2010 и 2014 гг. (см. табл. 3). Это свидетельствует об уменьшении межрегиональных различий в расходах территориальных фондов ОМС.

### 3.3. Распределение дотаций и субвенций регионам из Федерального фонда ОМС

В приложении (табл. В) представлены объемы дотаций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС в 2010 г. и субвенции из того же источника в 2014 и 2016 гг. Данные показатели приведены в расчете на душу населения с учетом коэффициента удорожания условной единицы бюджетной услуги по каждому субъекту Российской Федерации. В табл. 4 показаны значения индекса Джини, построенного по этим данным.

Таблица 4. Динамика неравенства в распределении дотаций и субвенций регионам из Федерального фонда ОМС, 2010–2016 гг.

Показатель	2010	2014	2016
Индекс Джини для размера дотаций и субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения	0,3205	0,0418	0,0408

В 2010 г. дотации из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС на выполнение территориальных программ ОМС варьировали в диапазоне от 2,28 до 1746,54 руб. в расчете на душу населения. В среднем дотации, направленные в бюджеты территориальных фондов ОМС, составляли 509,27 руб. в расчете на душу населения. Для 49 регионов данный показатель был ниже, а для 34 регионов — выше среднероссийского уровня. К числу регионов, получивших максимальные дотации в расчете на душу населения, относились Республика Ингушетия, Чеченская Республика и Забайкальский край, наименьшие дотации получили Москва, Тюменская область и Липецкая область. Индекс Джини для дотаций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения равен 0,3205, что свидетельствует о выраженной неравномерности распределения дотаций между регионами.

Анализ распределения субвенций Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС для финансового обеспечения ОМС за 2014 г. показал вариативность от 5587,20 до 10115,39 руб. в расчете на душу населения. Средний размер субвенций, направленных в бюджеты территориальных фондов ОМС, по Российской Федерации в 2014 г. составил 7022,9 руб. Если сравнивать со среднероссийским уровнем, то в 61 регионе субвенции в расчете на душу населения выше этого уровня, в 22 — ниже. К числу регионов, где получены максимальные субвенции, относятся Москва, Магаданская область и Московская область, среди регионов, для кого субвен-

ции минимальны, — Ленинградская область, Кабардино-Балкарская Республика и Карачаево-Черкесская Республика. Индекс Джини для распределяемых субвенций из Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС равен 0,0418 в расчете на душу населения, что свидетельствует о резком сокращении неравенства в распределении субвенций между регионами по сравнению с 2010 г.

Анализ распределения субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС для финансового обеспечения организации ОМС в субъектах Российской Федерации за 2016 г. в расчете на душу населения показал, что субвенции варьируют от 7225,11 до 12482,30 руб. В среднем по стране данный показатель составляет 8717,0 руб. 73 субъекта Российской Федерации получили субвенции меньше среднероссийского уровня в расчете на душу населения, а 12 регионов — больше указанного уровня. В расчете на душу населения максимальные субвенции получили Москва, Ненецкий автономный округ и Московская область, минимальные — Ленинградская область, Кабардино-Балкарская Республика и Карачаево-Черкесская Республика. Индекс Джини для распределяемых субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения равен 0,0408. По сравнению с 2014 г. этот показатель почти не изменился, что свидетельствует о достижении стабильного равномерного распределения субвенций между регионами.



### 3.4. Региональные различия в государственном финансировании здравоохранения из всех источников

Затраты на здравоохранение на уровне субъекта Российской Федерации рассчитывались путем сложения расходов его консолидированного бюджета и расходов бюджета территориального фонда ОМС. Для исключения двойного счета (в бюджете субъекта РФ и бюджете территориального фонда ОМС) платежей на ОМС неработающего населения за счет бюджета субъекта Российской Федерации и межбюджетных трансфертов из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда ОМС указанные затраты вычитались из расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации. Расчеты оказались трудоемкими вследствие того, что соответствующие расходы по-разному учитывались в бюджетах субъектов Российской Федерации в рассматриваемые годы и потребовали специального анализа отчетов об исполнении консолидированных бюджетов всех субъектов Российской Федерации.

В функциональной классификации расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации расходы на здравоохранение отражаются в разделе 0900 «Здравоохранение, физическая культура и спорт» в отчетах, подготовленных на 01,01,2011, и в разделе 0900 «Здравоохранение» в отчетах по состоянию на 01,01,2017 и на 01,01,2015.

Анализ отчетов об исполнении консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации за 2010 г. показал, что в структуре расходов бюджета межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда ОМС, отнесены в раздел 1100 «Межбюджетные трансферты». Таким образом, дополнительные перечисления, которые производились из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда ОМС, включая страховые взносы на ОМС неработающего

населения, не были отражены разделе 0900 «Здравоохранение». Соответственно, при расчете государственного финансирования здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации суммировались расходы бюджета субъекта Российской Федерации по разделу 0900 и расходы бюджета территориального фонда ОМС.

Анализ отчетов об исполнении консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации за 2014 г. показал, что в ряде регионов межбюджетные трансферты и страховые взносы на ОМС неработающего населения отражались в подразделе 0909 «Другие вопросы в области здравоохранения» как вид расхода 251 «Перечисления другим бюджетам бюджетной системы РФ» (например, в Белгородской, Ленинградской, Томской и Челябинской областях, Республике Карелия, Москве, Ханты-Мансийском автономном округе и в других регионах). Некоторые регионы (например, Ивановская, Курская, Орловская, Тамбовская, Астраханская и Кемеровская области, Республика Мордовия, Чеченская Республика и другие регионы) в вышеупомянутом разделе и виде расхода отражали только страховые взносы на ОМС неработающего населения, а межбюджетные трансферты, перечисляемые в бюджет территориального фонда ОМС, — в подразделах 0901 «Стационарная медицинская помощь», 0902 «Амбулаторная помощь», 0904 «Скорая медицинская помощь» по тому же виду расхода. Другие регионы (например, Владимирская, Кировская, Свердловская и Ростовская область, Ненецкий автономный округ, Республика Адыгея и др.) в подразделе 0909 «Другие вопросы в области здравоохранения» по виду расхода 251 «Перечисления другим бюджетам бюджетной системы РФ», наоборот, отражали только межбюджетные трансферты.

Анализ отчетов об исполнении консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации за 2016 г. показал, что большинство регионов (например, Москва, Астраханская и Ульяновская области, Краснодарский край, Удмуртская

Республика, Республика Алтай и др.) отражали страховые взносы на ОМС неработающего населения в разделе 0909 «Другие вопросы в области здравоохранения» по виду расхода 321 «Пособия, компенсации и иные социальные выплаты гражданам, кроме публичных нормативных обязательств», а межбюджетные трансферты — в том же разделе по виду расхода 580 «Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования». Новосибирская область, Красноярский край, Алтайский край и другие регионы отражают межбюджетные трансферты в других подразделах отчета по тому же виду расхода. Есть и такие регионы, где в разделе 0900 «Здравоохранение» не отражали страховых взносов на ОМС неработающего населения. Так, согласно отчету об исполнении консолидированного бюджета в Брянской, Липецкой и Волгоградской областях, Республике Дагестан и других регионах, расходы в указанном разделе значительно ниже страховых взносов на ОМС неработающего населения, а значит, указанные расходы были отнесены в другой раздел расходов бюджета.

Таким образом, в отличие от отчетов 2010 г., в отчетах за 2014 и 2016 гг. страховые взносы на ОМС неработающего населения и межбюджетные трансферты как по разделам и подразделам, так и по видам расходов отражались в бюджетах субъектов Российской Федерации не единообразно. Эти обстоятельства были учтены при расчете затрат на финансирование здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации в указанные годы. В табл. 5 приложения приведены государственные расходы на здравоохранение в каждом регионе, рассчитанные как сумма расходов консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и расходов территориального фонда ОМС с учетом межбюджетных трансфертов и взносов на ОМС неработающего населения (дублирование данных отчислений в расчетах исключено) в расчете на душу населения. Расходы на здравоохранение за анализируемые периоды вычисляются с учетом коэффициента удорожания условной единицы бюджетной услуги по каждому субъекту Российской Федерации. В табл. 5 представлены значения индекса Джини, построенного по этим данным.

Таблица 5. Динамика неравенства государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в субъектах Российской Федерации, 2010–2016 гг.

Показатель	2010	2014	2016
Индекс Джини для размера государственных расходов на здравоохранение (из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и территориальных фондов ОМС)	0,1586	0,1267	0,1228

Если сопоставлять государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в 2010 г. в регионе и их среднее значение по стране, то в регионах с максимальными расходами эта разница составляла 2,1 раза, в регионах с минимальными расходами — 1,8 раза. В расчете на душу населения первые тратили 17519,18

руб., а вторые — 4623,13 руб., или в 3,8 раза меньше. В среднем по стране расходы на одного жителя составили 8449,93 руб. Самые высокие расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в 2010 г. имели Москва, Санкт-Петербург и Тюменская область, самые низкие — Республика Дагестан, Приморский край и Республика Северная

Осетия (Алания). В целом выше среднероссийского уровня расходы на здравоохранение в пересчете на душу населения были в 17 регионах, ниже — в 66 регионах. Индекс Джини для расходов на здравоохранение в субъектах Российской Федерации в расчете на душу населения составил 0,1586. Можно говорить об относительно неравномерном межрегиональном распределении расходов на здравоохранение в расчете на душу населения. Для сравнения: в странах, где все население охвачено услугами здравоохранения и обеспечено относительно легким доступом к этим услугам, коэффициент Джини составляет примерно 0,1 [Маркес, 2008].

Анализ расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в 2014 г. показал, что в регионах с наибольшими расходами последние были выше среднего значения по стране в 2,0 раза, а в регионах с наименьшими расходами — ниже среднего в 1,8 раза. В расчете на душу населения регион с максимальными расходами тратил 25691,56 руб., а регион с минимальными расходами — 7060,24 руб., т.е. в 3,6 раза меньше. Масштаб различий несколько уменьшился по сравнению с 2010 г. (3,8 раза).

В среднем по стране в 2014 г. расходы составили 12830,54 руб. в расчете на одного жителя. Высокие расходы на здравоохранение несли Москва, Ненецкий автономный округ и Сахалинская область, низкий уровень расходов был в Севастополе, Забайкальском крае и Республике Крым.

В целом по стране расходы на здравоохранение в пересчете на душу населения выше среднероссийского уровня были в 19 регионах, ниже — в 66 регионах. Индекс Джини для расходов на здравоохранение в субъектах Российской Федерации в пересчете на душу населения в 2014 г. был равен 0,1267, т.е. расходы распределялись более равномерно по сравнению с 2010 г.

Если сопоставлять государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в 2016 г. в регионе и их среднее значение по стране, то в регионах с максимальными расходами эта разница составляла 1,9 раза, а в регионах с минимальными расходами — 1,6 раза. В расчете на душу населения субъект Российской Федерации

с наибольшими расходами тратил 26569,68 руб., а субъект Российской Федерации с наименьшими расходами — 8776,94 руб. (в 3 раза меньше). Разрыв между показателями регионов по-прежнему сокращался. В среднем в 2016 г. на одного жителя тратили 13687,76 руб. Наибольшие расходы на здравоохранение в расчете на душу населения несли те же регионы, что и в 2014 г. Наименьшие расходы на здравоохранение в расчете на душу населения были в Республике Дагестан, Забайкальском крае и Республике Ингушетия. В целом по стране в 2016 г. выше среднероссийского значения расходы были в 15 регионах, ниже него — в 70 регионах.

Индекс Джини для расходов на здравоохранение в субъектах Российской Федерации в расчете на душу населения в 2016 г. равен 0,1228. Таким образом, в 2016 г. имело место более равномерное распределение государственных расходов на здравоохранение среди регионов.

Оценивая дифференциацию государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения за 2010, 2014 и 2016 гг. по индексу Джини, можно сделать вывод, что в 2010 г. межрегиональные различия по уровню подушевых расходов на здравоохранение были более значительными, чем в 2014 и 2016 гг. После реформы ОМС, проведенной в 2011–2015 гг., заметно плавное снижение межрегиональных различий в расходах на здравоохранение.

### 3.5. Основные выводы

1. В 2010–2016 гг. заметно сократились различия в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС. Неравномерность значительно уменьшилась в 2014 г. по сравнению с 2010 г. и плавно снижалась, если сравнивать 2014 и 2016 гг.

2. Степень неравномерности в распределении дотаций и субвенций из Федерального фонда ОМС между регионами значительно уменьшилась, если сравнивать 2010 г. с 2014 г., и плавно снижалась, если сопоставлять 2014 и 2016 гг.

3. В 2010 г. наблюдались более значительные межрегиональные различия в уровне подушевых расходов на здравоохранение

из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и бюджета территориального фонда ОМС, чем в 2014 и 2016 гг.

4. Полученные оценки свидетельствуют о результативности реформирования системы ОМС в 2011–2015 гг. и системы фи-

нансирования здравоохранения в целом. Масштабы регионального неравенства сократились, но сохраняется более чем двукратный разрыв между наиболее и наименее обеспеченными регионами.

## 4. Неравенство в распределении бремени расходов на здравоохранение среди российского населения

В настоящем разделе представлены результаты анализа распределения расходов на медицинскую помощь среди российского населения. Анализ сфокусирован на сопоставлении расходов на медицинскую помощь для групп респондентов, разделенных на децили в соответствии с подушевым семейным доходом. Анализ выполнен по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ с 1994 по 2016 г.

### 4.1. Расходы на медицинскую помощь взрослого населения в разрезе децильных групп по подушевому доходу

В качестве расходов на медицинскую помощь рассматривалась сумма всех указанных респондентами трат на прием врача, обследования, лечение в стационаре, вызов скорой помощи, покупку лекарственных средств и лечение у стоматолога. Для интерпретации результатов анализа необходимо иметь в виду, что за годы проведения РМЭЗ формулировки вопросов и их детализация претерпели ряд изменений (например, в ранних волнах не задавали отдельные вопросы о плате за лечение у стоматолога и вызов медицинской помощи), вопросы об обращаемости за медицинской помощью различных видов касались разных временных периодов: 30 дней, 3 месяцев и года. Для сопоставимости результатов в ходе анализа было принято решение о сведении всех расходов к периоду в 30 дней путем усреднения показателей (деление на количество месяцев). Тем не менее важно иметь в виду возникающие здесь возможные ограничения.

Доход респондентов определялся как общий доход домохозяйства за последние 30 дней до даты опроса, разделенный на количество членов домохозяйства.

Для прослеживания динамики изменений использовали данные четырех волн исследования — за 1994, 2000, 2010 и 2016 гг. На рис. 19 представлены данные о средних расходах на здравоохранение для различных доходных групп в 1994 г. У первых семи децилей по уровню подушевого дохода сумма расходов на медицинскую помощь не сильно отличается, начиная с восьмого дециля траты на здравоохранение значительно увеличиваются. Примечательно, что у самых богатых респондентов расходы на медицинскую помощь в 4,5 раза выше, чем у самых бедных. В целом начиная с пятого дециля существует линейная связь между доходом респондентов и их расходами на медицинскую помощь.

В 2000 г. минимальные траты на медицину несут представители третьего и седьмого дециля по уровню дохода, максимальные — десятого (рис. 20). Самые бедные респонденты из первого и второго децилей потратили на медицинскую помощь больше, чем представители «средних» доходных групп. Таким образом, в 1990-е гг., в период трансформационного кризиса, неравенство расходов на медицинскую помощь у групп населения, различающихся по уровню семейных доходов, приобрело нелинейный характер, но разница в расходах самых бедных и самых богатых на медицинскую помощь уменьшилась до 3 раз.

Рисунок 19. Средние расходы на медицинскую помощь для различных доходных групп, 1994 г., руб. (Расходы на здравоохранение за последние 30 дней)

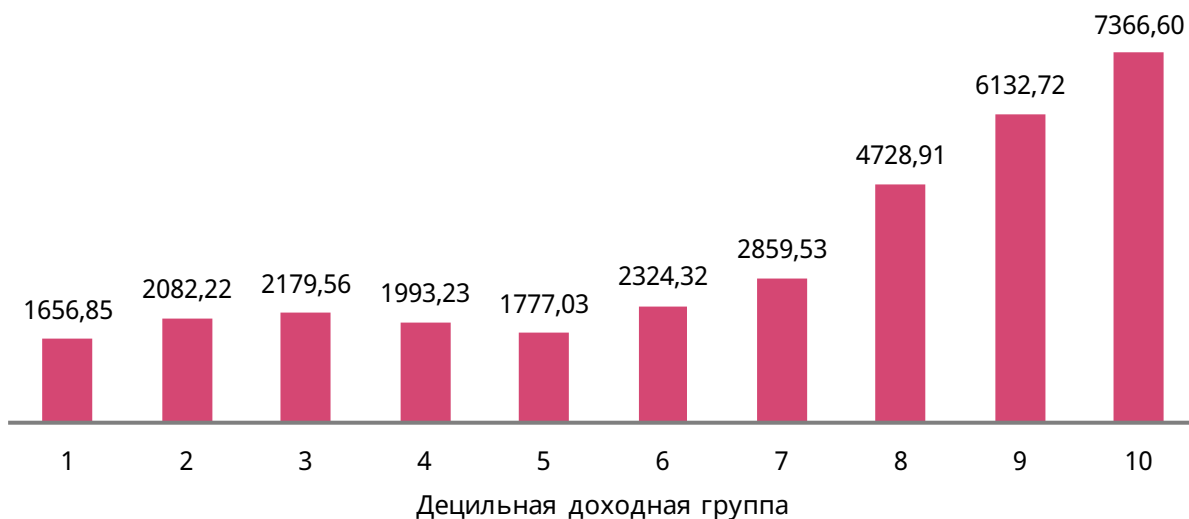
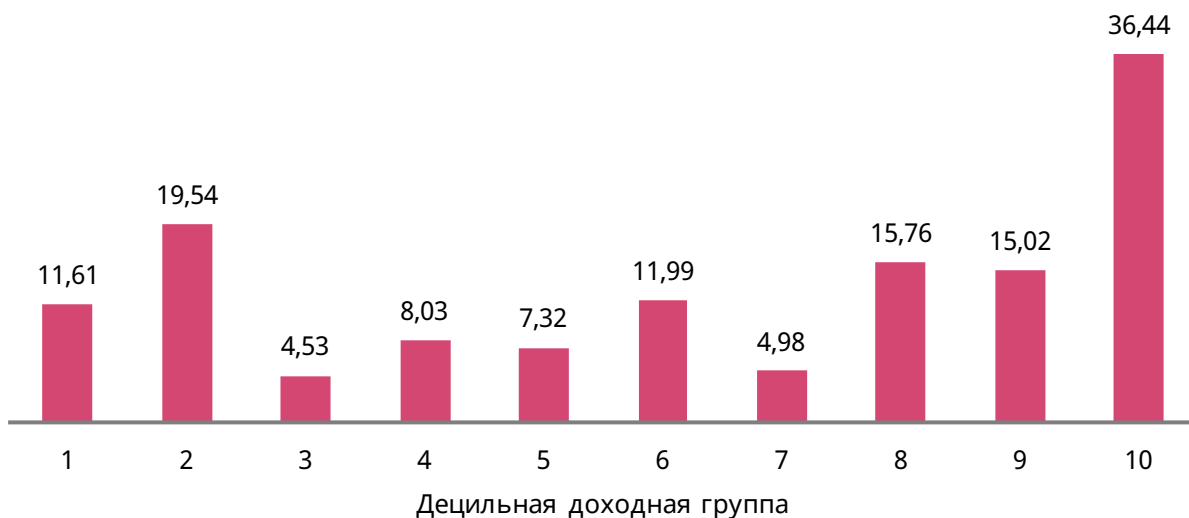


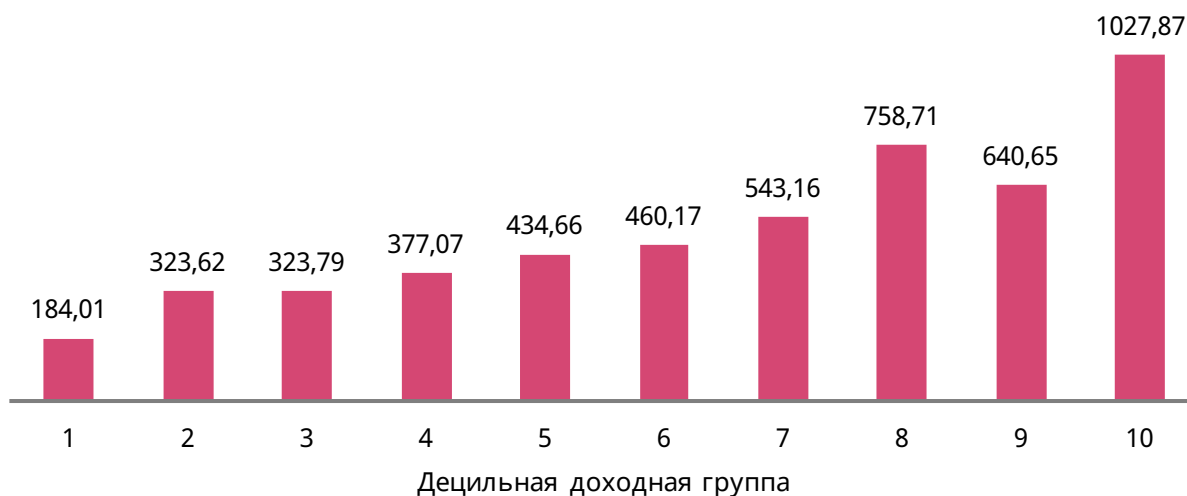
Рисунок 20. Средние расходы на медицинскую помощь для различных доходных групп, 2000 г., руб. (Расходы на здравоохранение за последние 30 дней)



На рис. 21 представлены расходы различных доходных групп на медицинскую помощь в 2010 г. В целом можно проследить относительно слабую линейную зависимость расходов на медицинскую помощь от уровня доходов респондентов — более богатые респонденты тратят больше денег, чем более бедные. Таким образом, во время эконо-

номического подъема неравенство в расходах на медицинскую помощь между разными доходными группами населения вновь приобрело линейный характер. Разница в уровне расходов самых бедных и самых богатых на медицинскую помощь заметно увеличилась и составила более 5 раз.

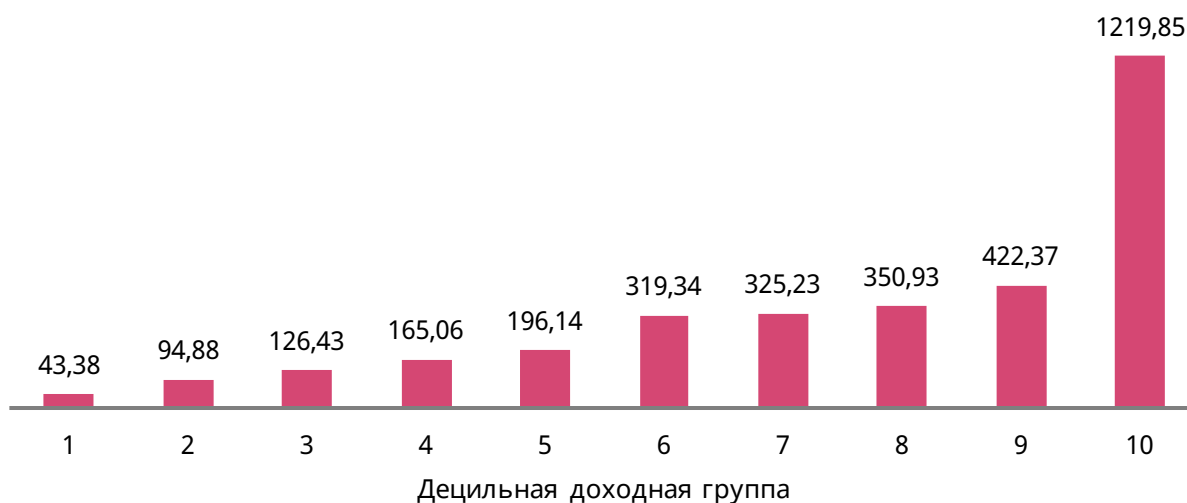
Рисунок 21. Средние расходы на медицинскую помощь для различных доходных групп, 2010 г., руб.  
(Расходы на здравоохранение за последние 30 дней)



Наконец, на рис. 22 представлены аналогичные данные опроса в 2016 г. С одной стороны, видно более равномерное распределение расходов на медицинскую помощь среди различных доходных групп, в особенности «средних» и относительно богатых —

с шестого по девятый дециль. С другой стороны, по сравнению с самыми бедными у самых богатых респондентов расходы на медицинскую помощь почти в 30 раз больше.

Рисунок 22. Средние расходы на медицинскую помощь для различных доходных групп, 2016 г., руб.  
(Расходы на здравоохранение за последние 30 дней)



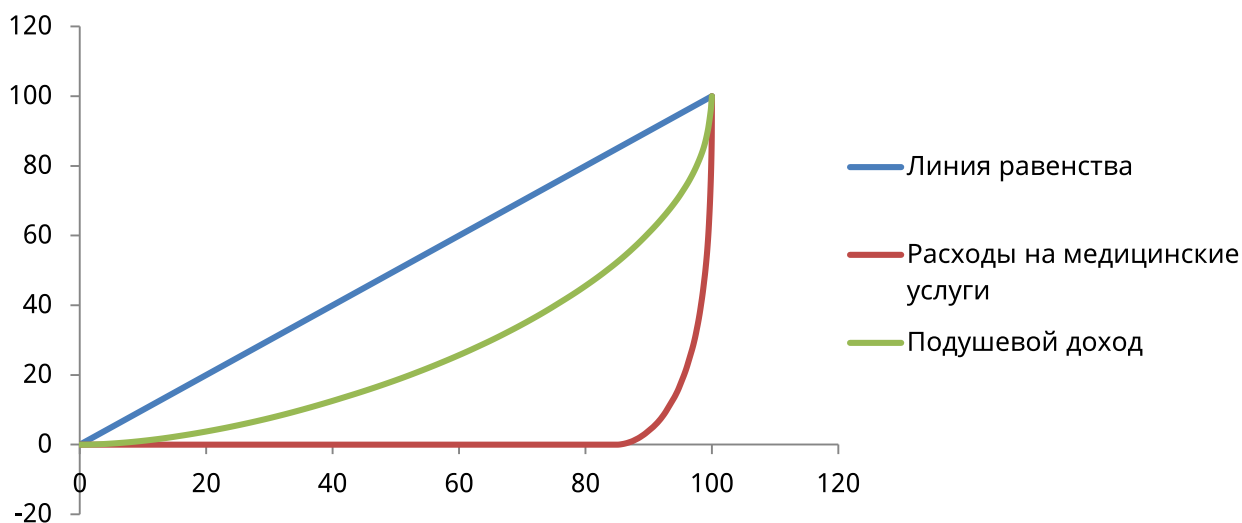
## 4.2. Характеристики неравенства в распределении расходов на медицинскую помощь

Для измерения неравенства в распределении расходов на медицинскую помощь были построены кривые Лоренца, характеризующие распределение подушевых доходов и распределение подушевых расходов на медицинскую помощь, и проведен расчет значений индекса Джини для распределения подушевых расходов на медицинскую помощь и индекса Каквани для распределения доходов и расходов.

Кривая Лоренца — графический способ изображения функции распределения, при помощи которого можно судить о степени неравенства различных показателей доходов и расходов населения. Она представляет собой линию, аккумулирующую доли численности (ось абсцисс) и доходов/расходов населения. В гипотетическом случае равного распределения, когда каждая группа населения имеет доходы/расходы, пропорциональные ее численности, кривая Лоренца становится прямой линией, проходящей через начало координат и точку с координатами (1,1). На практике же кривые Лоренца чаще всего лежат ниже линии полного равенства, а показателем нера-

венства распределения является степень приближения кривой к оси абсцисс. Индекс Каквани в рассматриваемом случае рассчитывается как разница между коэффициентами Джини для распределения расходов на медицинскую помощь и распределения доходов. Он используется для количественной оценки неравенства бремени расходов на здравоохранение. Значения индекса Каквани лежат в интервале от -2 до 1. В гипотетической ситуации, если весь доход в группе сосредоточен в руках одного индивида, а все медицинские расходы оплачиваются одним самым бедным индивидом, индекс Каквани равен -2. Если гипотетически имеет место равномерное распределение доходов и все медицинские услуги оплачиваются одним наиболее богатым индивидом, индекс Каквани равен 1. На рис. 23 изображены кривые Лоренца для распределения доходов и расходов респондентов на медицинскую помощь по данным опроса за 1994 г. Индекс Джини для распределения доходов равен 0,5; для расходов на медицинскую помощь — 0,95. Индекс Каквани — 0,45. Эти данные говорят о том, что среди респондентов имеет место высокий уровень неравенства в распределении расходов на медицинскую помощь.

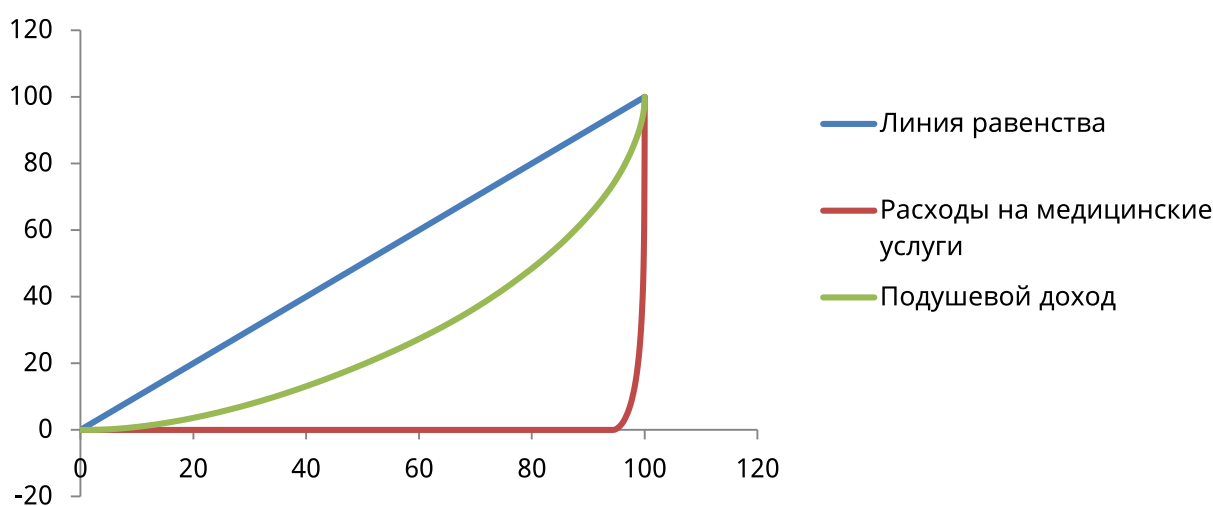
Рисунок 23. Кривые Лоренца для распределения подушевых доходов и расходов на медицинскую помощь, 1994 г.



На рис. 24 представлены аналогичные кривые Лоренца по данным за 2000 г. Индекс Джини для распределения доходов равен 0,47, для распределения расходов на медицинскую помощь — 0,99. Значение индекса

Каквани — 0,52. Эти данные позволяют говорить об очень сильном неравенстве в распределении бремени расходов на медицинскую помощь, даже более сильном, чем в 1994 г.

Рисунок 24. Кривые Лоренца для распределения подушевых доходов и расходов на медицинскую помощь, 2000 г.



На рис. 25 представлены кривые Лоренца для распределения доходов и расходов на медицинскую помощь по данным за 2010 г. Индекс Джини для распределения доходов равен 0,38. Для расходов на медицинскую помощь — 0,83. Индекс Каквани — 0,45.

Эти данные позволяют говорить о сильном неравенстве в расходах на медицинскую помощь по отношению к уровню дохода. По сравнению с 2000 г. масштабы неравенства сократились и наблюдается довольно заметная тенденция к более равномерному распределению.

Кривые Лоренца для распределения доходов и расходов на медицинскую помощь по данным за 2016 г. представлены на рис. 26. Значение индекса Джини для распределения доходов — 0,35, для расходов на медицинскую помощь — 0,97. Индекс Каквани равен 0,62. Среди опрошенных выявлено очень сильное неравенство в расходах на медицинскую помощь, по сравнению

с 2010 г. оно стало существенно более заметным. По всей видимости, это обусловлено изменением макроэкономической ситуации в стране и, как следствие, трансформацией структуры расходов населения на здравоохранение.

Интерпретируя данные о значительном неравенстве среди респондентов по масштабу расходов на медицинскую помощь, нужно иметь в виду, что в основе расчетов — ответы на вопросы о тратах за последние 30 дней. В этом смысле нулевые расходы большинства респондентов, и, как следствие, высокие формальные показатели неравенства вполне объяснимы. Тем не менее выявленная динамика изменений: увеличение неравенства в 2000 г., заметное снижение неравенства в 2010 г. и вновь повышение в 2016 г., является достаточно показательной.



Рисунок 25. Кривые Лоренца для распределения подушевых доходов и расходов на медицинскую помощь, 2010 г.

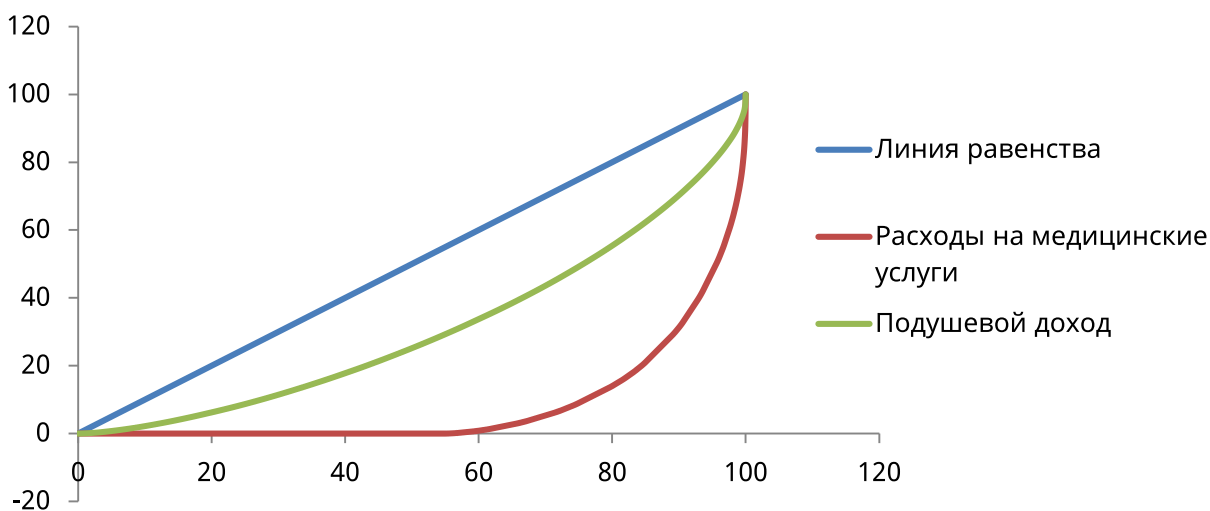
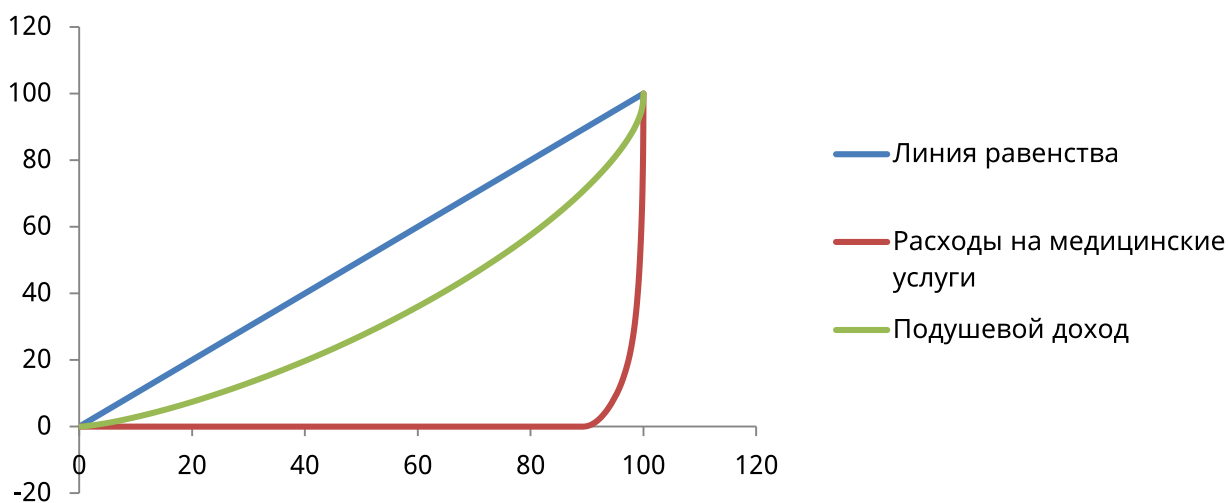


Рисунок 26. Кривые Лоренца для распределения подушевых доходов и расходов на медицинскую помощь, 2016 г.

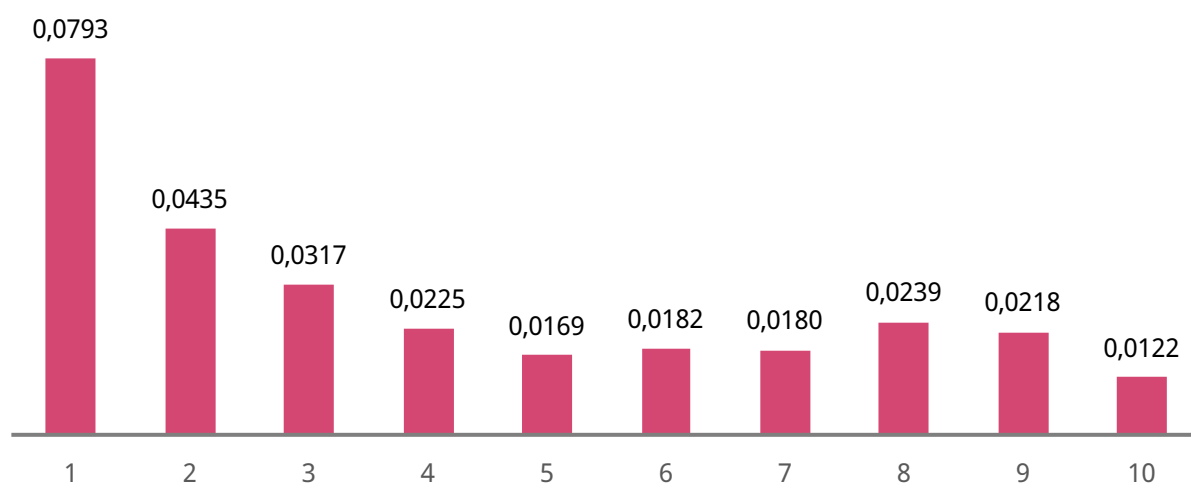


### 4.3. Доля расходов граждан на медицинскую помощь в подушевых доходах в разрезе децильных групп по доходам

Были проанализированы доли расходов респондентов на медицинскую помощь в зависимости от уровня дохода. На рис. 27 представлены данные за 1994 г. В течение месяца

до опроса расходы на медицинскую помощь составили наибольшую долю в доходах наиболее бедных респондентов — около 8% для первого дециля и около 4% для второго. В то же время наименьшую долю доходов потратили на медицинскую помощь наиболее богатые участники исследования — около 1%.

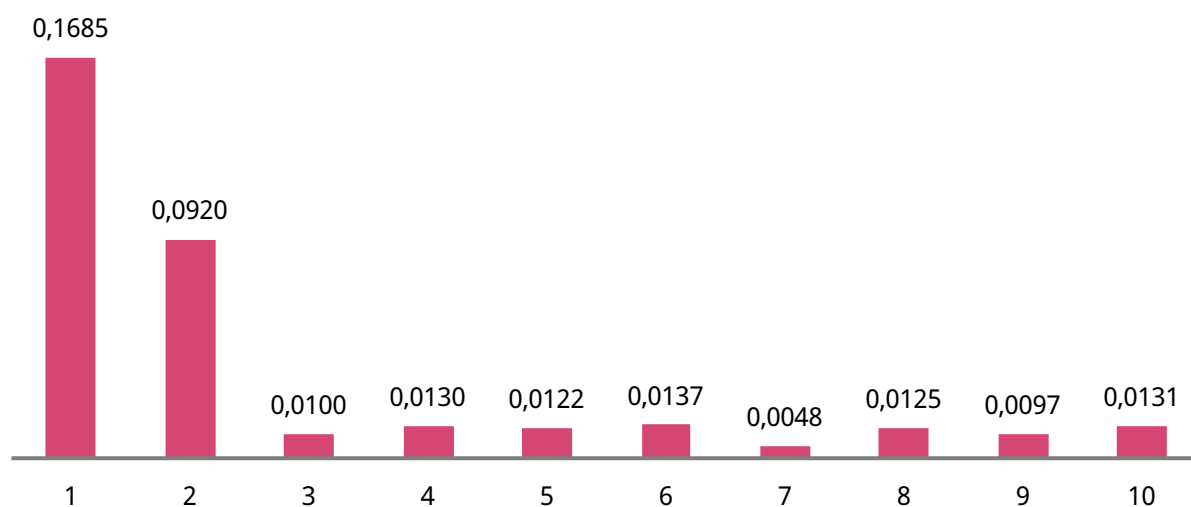
Рисунок 27. Доля расходов на медицинскую помощь в структуре доходов респондентов для разных доходных групп, 1994 г.



На рис. 28 представлены аналогичные данные на основе опроса в 2000 г. По сравнению с 1994 г. заметно увеличилась и доля расходов на медицинскую помощь в структуре доходов самых бедных респондентов (17% для первого дециля и 9% для второго),

и неравенство в пользу в более богатых участников исследования. У последних доля расходов на медицинскую помощь примерно одинакова и составляет от 1 до 3% от месячного дохода.

Рисунок 28. Доля расходов на медицинскую помощь в структуре доходов респондентов для разных доходных групп, 2000 г.



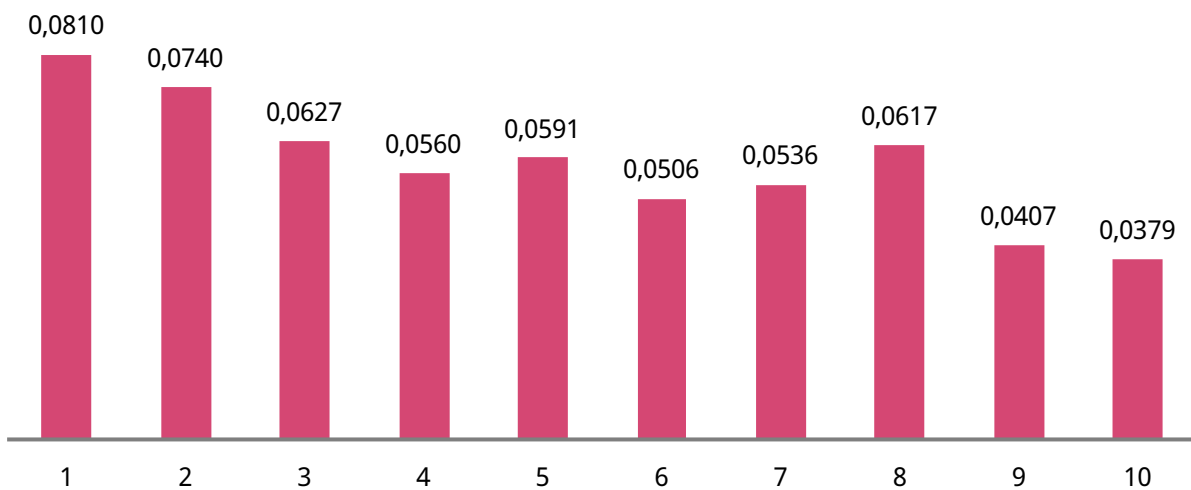
На рис. 29 изображено распределение долей расходов на медицинскую помощь для разных групп по данным за 2010 г. Имеет место значительное отличие от ситуации в предыдущие годы:

- доля расходов на медицинскую помощь заметно возросла для всех без исключе-

ния доходных групп и составила в среднем от 4 до 8% от месячного дохода;

- по сравнению с 1994 и 2000 гг. очевидна тенденция к выравниванию бремени расходов на медицинскую помощь, если сопоставить респондентов, принадлежащих к различным доходным группам.

Рисунок 29. Доля расходов на медицинскую помощь в структуре доходов респондентов для разных доходных групп, 2010 г.



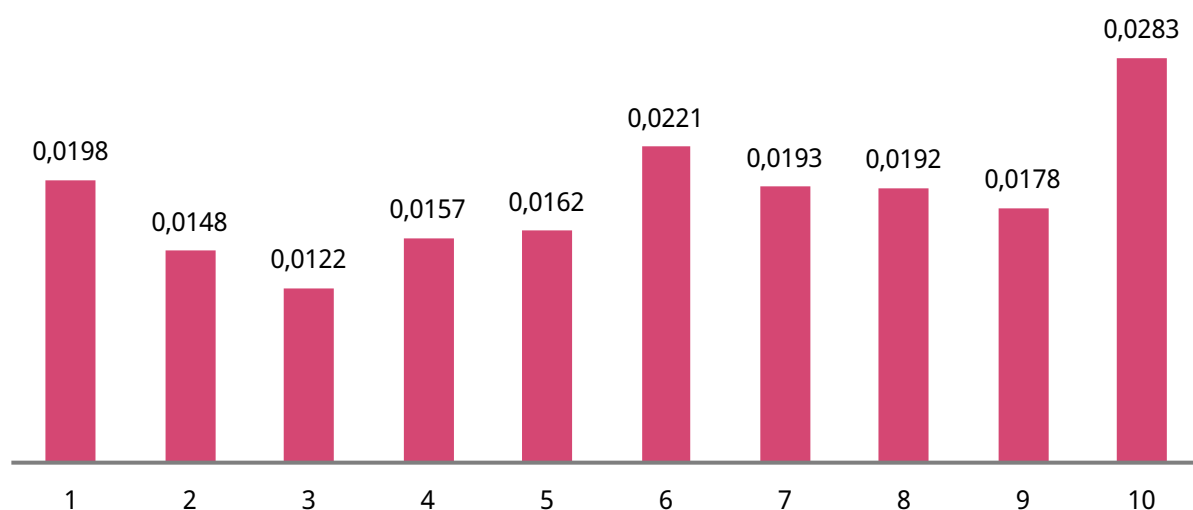
На рис. 30 заметно изменение трендов в 2016 г.:

- доля расходов на медицинскую помощь среди всех доходных групп снизилась по сравнению с 2010 г. в несколько раз;
- наибольшая доля расходов на медицинскую помощь наблюдается в верхнем дециле, у самых богатых респондентов, которые потратили на медицинскую

помощь в среднем около 3% от месячного дохода.

Эти данные указывают на то, что изменилась доступность медицинской помощи для граждан с различным уровнем дохода. Вероятно, под влиянием макроэкономических факторов платные медицинские услуги стали менее доступны, в первую очередь для относительно небогатых людей.

Рисунок 30. Доля расходов на медицинскую помощь в структуре доходов респондентов для разных доходных групп, 2016 г.



#### 4.4. Доля граждан с «катастрофическими» расходами на медицинскую помощь в разрезе децильных групп по доходам

Завершающий этап анализа включал в себя расчет долей респондентов с «катастрофическими» расходами на медицинскую помощь в разных доходных группах. У таких граждан среднедушевые расходы на медицинскую помощь за последний месяц превысили 10, 20 и 30% от среднедушевого дохода. В 1994 г. В целом наиболее серьезное бремя расходов на медицинскую помощь в структуре доходов несли самые бедные респонденты, среди которых процент людей, входящих во все три категории, оказывается наибольшим (рис. 31). Среди респондентов со средним уровнем дохода наиболее значителен разрыв между теми, чьи расходы на медицинскую помощь превышают 30% от доходов, и теми, кто несет менее весомые финансовые нагрузки. В 2000 г. доля тех, чьи расходы на медицинскую помощь превышают 30% от дохода, также оказывается наиболее высокой среди наименее богатых респондентов (рис. 32). Среди людей со средним доходом доля таких оказывается приблизительно одинаковой (0,8–1,3%), и несколько меньше у (0,3–1,0%) среди наиболее обеспеченных участников исследования.

По сравнению с предыдущими годами в 2010 г. среди всех трех категорий респондентов наблюдается более равное распределение. Тех, чьи расходы на медицинскую помощь превысили 10, 20 и 30% от подушевого дохода, меньше всего в верхнем дециле — среди самых богатых респондентов, которые представляют собой наиболее выделяющуюся в этом году на общем фоне категорию. Несмотря на общую тенденцию, среди наиболее бедных респондентов несколько больше доля тех, чьи расходы на медицинскую помощь превысили 30% от дохода (6–7%), чем среди людей с более высоким доходом (3–4%) (рис. 33). По сравнению с 2010 г. к 2016 г. распределение доли расходов на медицинскую помощь между доходными группами существенно изменилось: наибольшая доля тех, чьи расходы на медицинскую помощь превысили 30% от дохода, наблюдается уже среди наиболее богатых респондентов (около 2%), а наименьшая (менее 1%) — среди наиболее бедных. Впрочем, различия между группами по этому показателю оказываются в целом не такими высокими. Тем не менее заметна тенденция, что наиболее серьезную долю расходов на медицинскую помощь несут более богатые респонденты (рис. 34).

Рисунок 31. Доли респондентов, чьи расходы на медицинскую помощь превысили 10, 20 и 30% от среднедушевого дохода для разных децильных доходных групп, 1994 г., %

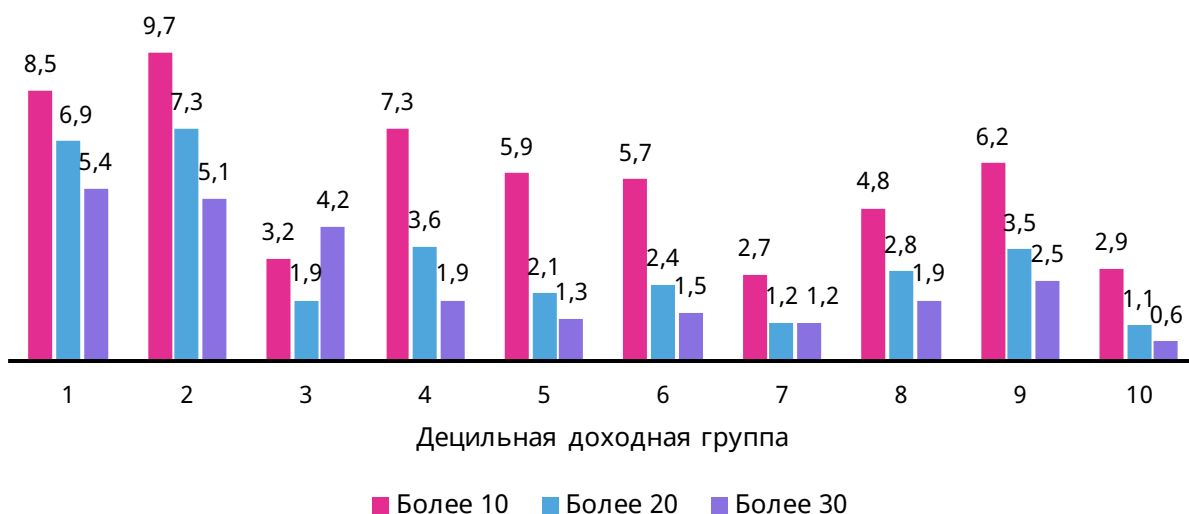


Рисунок 32. Доли респондентов, чьи расходы на медицинскую помощь превысили 10, 20 и 30% от среднедушевого дохода для разных децильных доходных групп, 2000 г., %

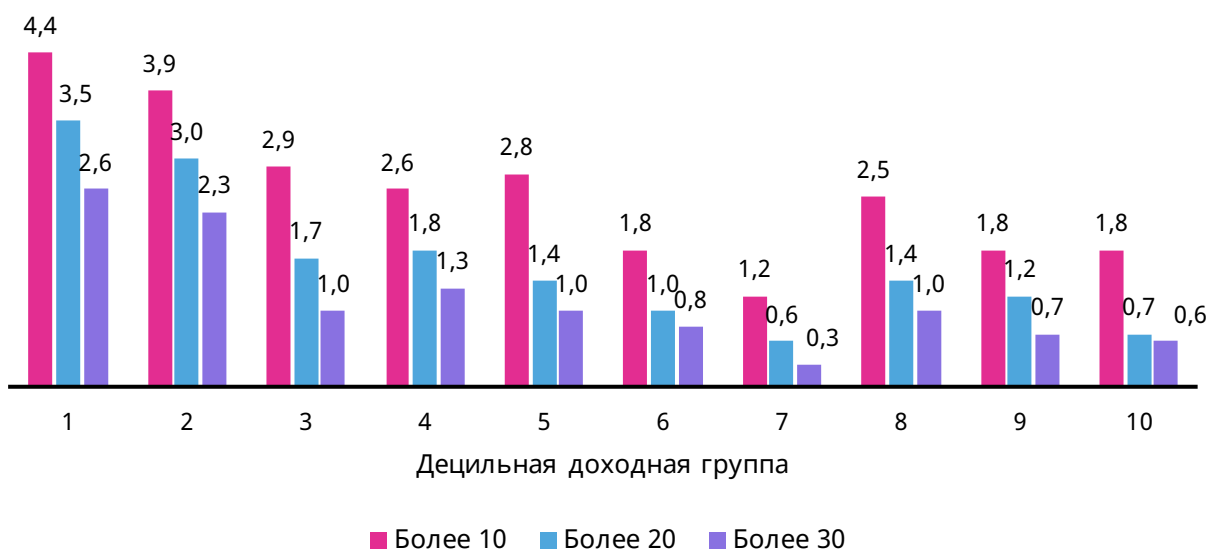


Рисунок 33. Доли респондентов, чьи расходы на медицинскую помощь превысили 10, 20 и 30% от среднедушевого дохода для разных децильных доходных групп, 2010 г., %

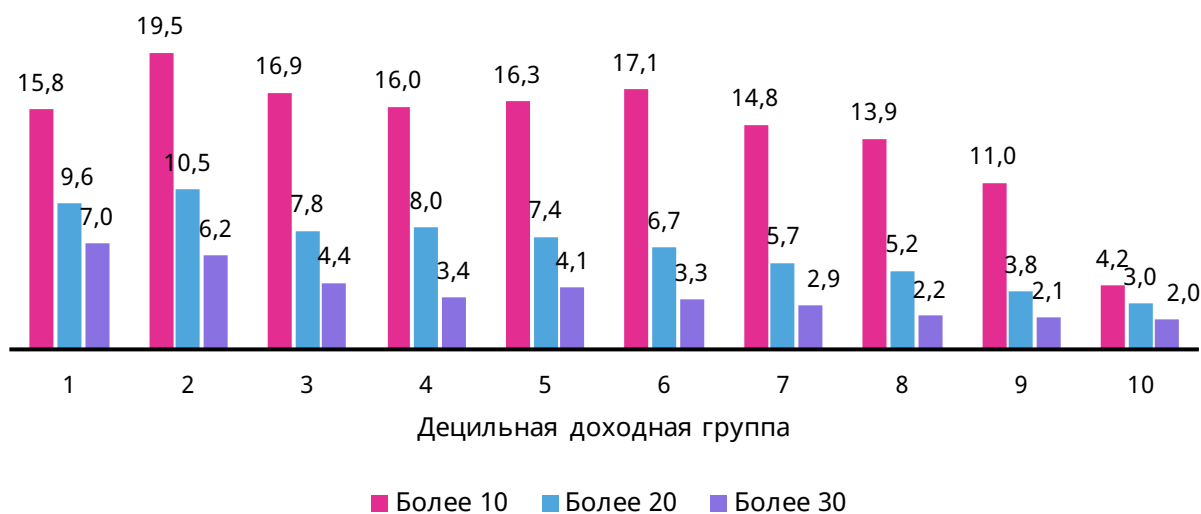
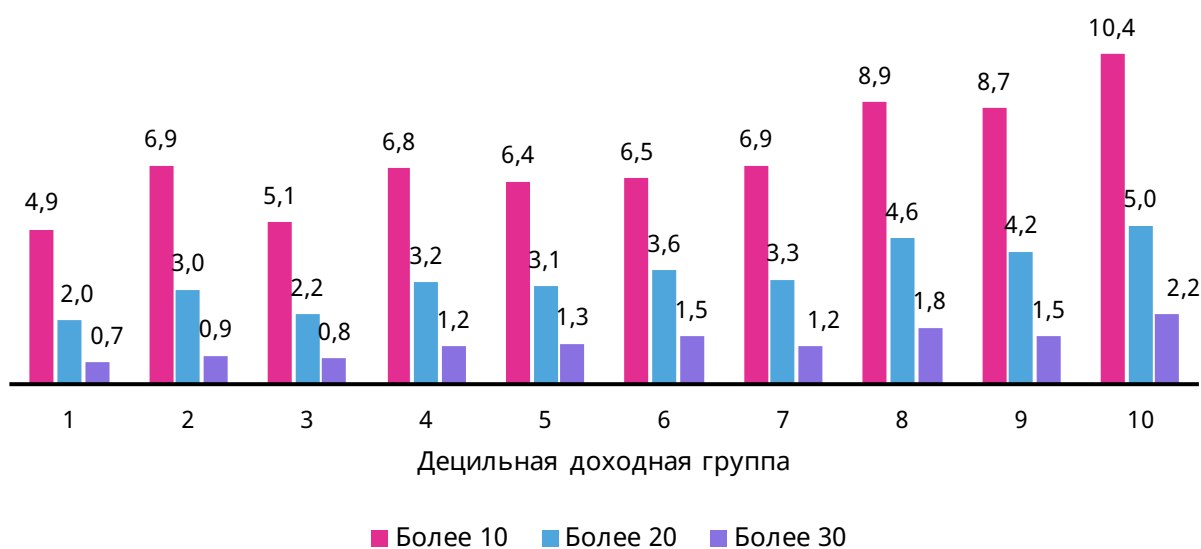


Рисунок 34. Доли респондентов, чьи расходы на медицинскую помощь превысили 10, 20 и 30% от среднедушевого дохода для разных децильных доходных групп, 2016 г., %



#### 4.5. Основные выводы

Анализ распределения расходов на медицинскую помощь среди российского населения позволяет сделать следующие выводы:

1. Распределение расходов на медицинскую помощь (затрат на оплату медицинских услуг и покупку лекарственных средств) между группами российского населения, различающимися по уровню семейных доходов, характеризуется значительным неравенством.
2. С 1994 по 2016 г. разница в расходах на медицинскую помощь между самыми бедными и самыми богатыми выросла с 4,5 до 30 раз. Но динамика этих различий была неоднозначной. В 1990-е гг., во время трансформационного кризиса, эта разница сократилась до 3 раз. В период экономического роста она стала увеличиваться и в 2010 г. составляла более 5 раз. Последующее замедление экономического роста сопровождалось резким ростом неравенства в расходах на лечение между гражданами с высокими доходами и всеми остальными группами.
3. Неравенство в распределении расходов на медицинскую помощь значительно превышает неравенство в распределении подушевых доходов. В рассматриваемый период индекс Джини для распределения доходов находился в интервале от 0,35 до 0,50, а индекс Джини для распределения расходов на медицинскую помощь — от 0,83 до 0,99.
4. Неоднозначной динамикой характеризуется и распределение доли расходов на медицинскую помощь в подушевых доходах

респондентов. В 1990-е гг. заметно возросла доля расходов на медицинскую помощь в структуре доходов самых бедных респондентов. В период экономического роста различия по доле расходов на медицинскую помощь между разными доходными группами существенно сократились. При замедлении экономического роста доля расходов на медицинскую помощь в подушевых доходах сократилась у всех доходных групп, но у групп с более высокими доходами меньше, в результате чего доходные группы поменялись местами по характеристике бремени расходов на медицинскую помощь.

5. Различия между доходными группами по доле граждан с «катастрофическими» расходами на медицинскую помощь (у них среднедушевые расходы на медицинскую помощь за последний месяц превысили 10–30% от среднедушевого дохода) были значительными в 1990-е гг., затем сократились в период экономического роста, а далее вновь выросли, но богатые и бедные доходные группы поменялись местами: для богатых бремя этих расходов стало больше.

6. Замедление темпов экономического роста и снижение реальных доходов населения в течение нескольких последних лет [Овчарова и др., 2017] обусловило неравномерное сокращение расходов на медицинскую помощь у разных доходных групп населения, что привело к радикальному изменению профиля неравенства в распределении бремени этих расходов.

## 5. Субъективное восприятие населением неравенства в доступности медицинской помощи

Для подготовки раздела использованы данные опросов Левада-центра, проведенных в рамках исследовательских проектов НИУ ВШЭ в 2011, 2017 и 2018 гг., а также опроса Левада-центра в 2018 г.

### 5.1. Различия в отношении граждан к неравным возможностям получить медицинскую помощь

В нашей стране чрезвычайно распространено мнение о значительном неравенстве

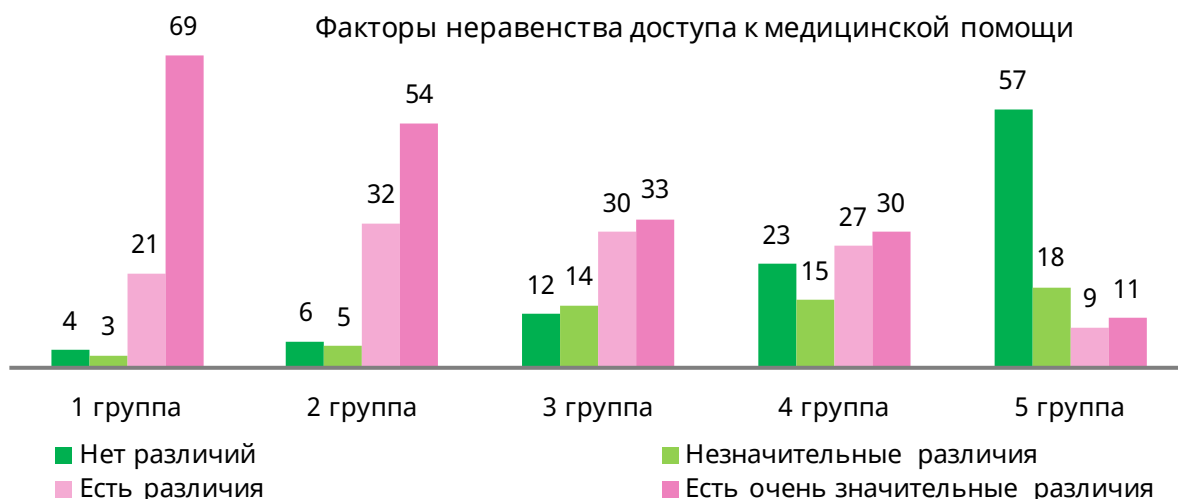
между бедными и богатыми людьми, когда речь идет о возможности получить хорошую медицинскую помощь. Это подтверждают результаты опроса Левада-центра (репрезентативная выборка населения России: 1600 человек в возрасте 18 лет и старше), проведенного 20–24 апреля 2018 г. Судя по данным опроса, неравенство в доходах расценивается людьми как наиболее важная причина<sup>3</sup> неравенства в доступе к медицинской помощи желаемого качества (рис. 35). Девять из десяти взрослых уверен-

<sup>3</sup> Из предложенного в анкете набора основных социально-демографических характеристик.

но отвечают, что у бедных и богатых людей в России разные возможности получить хорошую медицинскую помощь, а почти три четверти оценивают эти различия как «очень значительные».

*Как вы считаете, есть ли сейчас в России различия в возможности получения хорошей медицинской помощи?*

Рисунок 35. Распределение ответов на вопрос между (1) бедными и богатыми; (2) жителями крупных городов и жителями малых городов и сел; (3) жителями разных регионов страны; (4) молодыми и пожилыми людьми; (5) мужчинами и женщинами, % от числа опрошенных



Источник: опрос Левада-центра, апрель 2018 г.

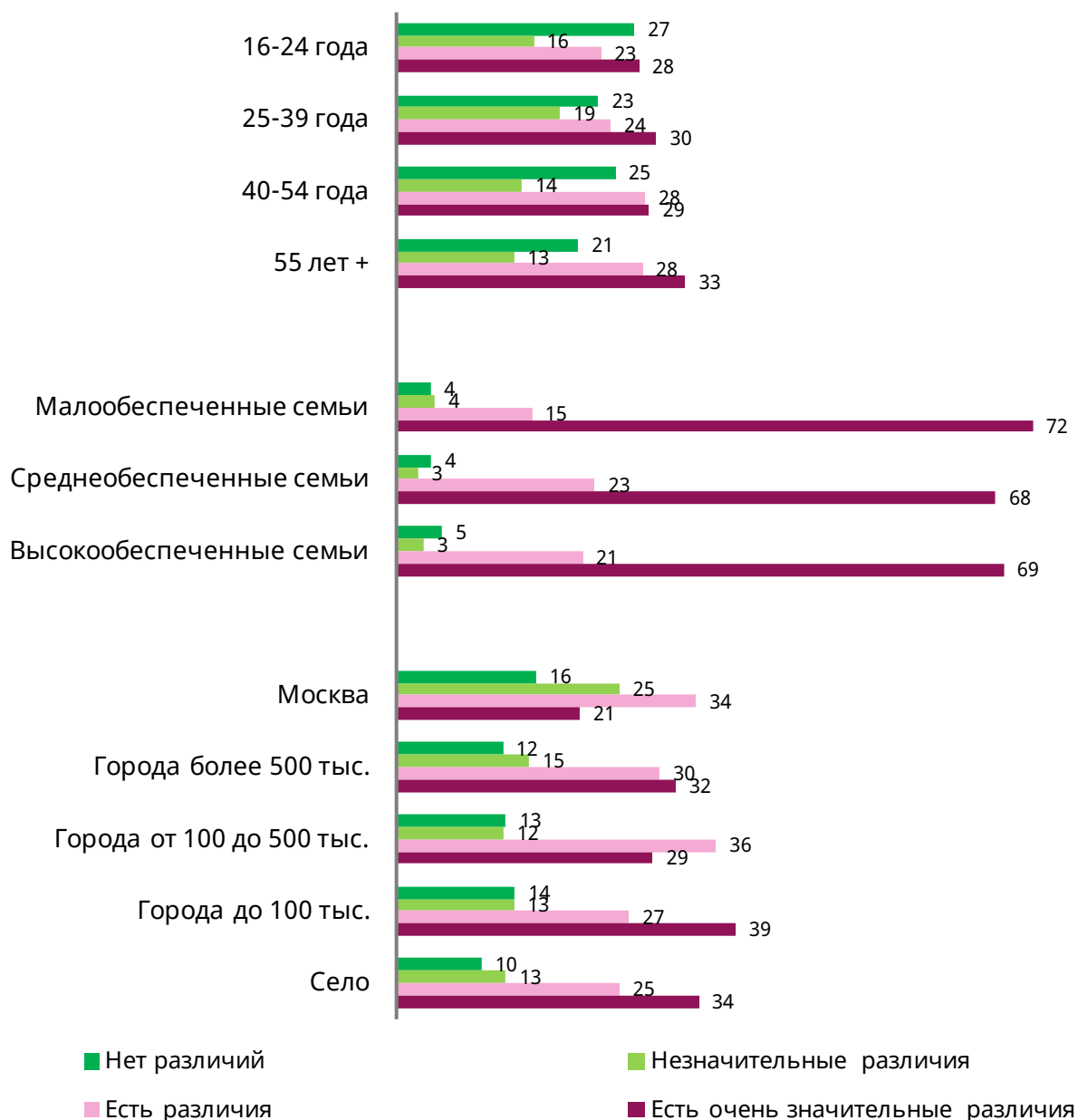
Другой важный фактор неравенства — это место проживания респондента. Как и в случае с доходом, практически все граждане уверены, что у населения сел и малых городов есть дополнительные трудности с медицинским обслуживанием по сравнению с жителями крупных городов, хотя проблема воспринимается чуть менее остро: только примерно половина опрошенных указывают на серьезность этих различий. Население убеждено, что у жителей разных регионов страны имеются неодинаковые возможности получения хорошей врачебной помощи. Почти две трети отмечают региональные отличия, но люди оценивают их как менее острые по сравнению в перечисленными выше. Если говорить о базовых социально-демографических различиях, три фактора неравенства — денежные доходы, тип и регион места жительства — образуют, по субъективным оценкам людей, основной

каркас препятствий для обеспечения равнодоступного и, следовательно, справедливого доступа всех граждан к услугам здравоохранения.

Граждане относительно редко оценивают половозрастные различия как серьезный фактор неравенства в получении медицинской помощи. Почти каждый четвертый уверен в том, что молодые и пожилые пациенты получают одинаковую медицинскую помощь. Противоположное мнение распространено несколько шире: 30% говорят о значительных различиях возможностей. Факторы социально-демографического неравенства в отношении доступа к медицинским услугам одинаково оцениваются представителями соответствующих групп населения: богатые и бедные, жители крупных и малых городов, молодые и пожилые практически одинаково часто сообщают о субъективно значимом различии возможностей (рис. 36).



Рисунок 36. Распределение мнений о значимости разных факторов неравенства доступа к услугам здравоохранения по группам респондентов, % от числа опрошенных



Источник: опрос Левада-центра, апрель 2018 г.

Группы населения, различающиеся именно по факторам, субъективно оцениваемым как имеющие существенное влияние на доступность медицинских услуг, придерживаются схожих мнений. Устойчивость представлений отражает их привычность и позволяет предположить, что эти сформировавшиеся оценки мало зависят от повседневного практического опыта. В первую очередь это относится к оценкам влияния денежного дохода на возможности получения медицинских услуг, которые оказались наиболее устойчивыми. Во всех доходных группах в равной мере присутствует убежденность в том, что более высокие доходы дают приоритетные возможности медицинского обслуживания, т.е. все с равной вероятностью указывают на то, что есть более привилегированные слои населения. В то же время субъективные представления людей о том, что у жителей населенных пунктов разных типов отличающиеся возможности, показывают несколько более благоприятную оценку положения дел с точки зрения представителей территорий, где наилучшее обеспечение услугами здравоохранения, особенно среди москвичей. Объективно лучшая доступность услуг здравоохранения в более крупных населенных пунктах приводит к тому, что снижается острота субъективного восприятия поселенческого фактора: каждый шестой москвич (16%) вообще не видит различий в возможностях получения хорошей медицинской помощи, и только каждый пятый (21%) считает их «очень значительными»; последней точки зрения придерживается треть сельчан (34%) (рис. 36). Расширение спектра предоставляемых услуг улучшает субъективные оценки, снижая остроту восприятия поселенческого фактора дифференциации доступа. Ситуация отличается от влияния имущественной дифференциации на субъ-

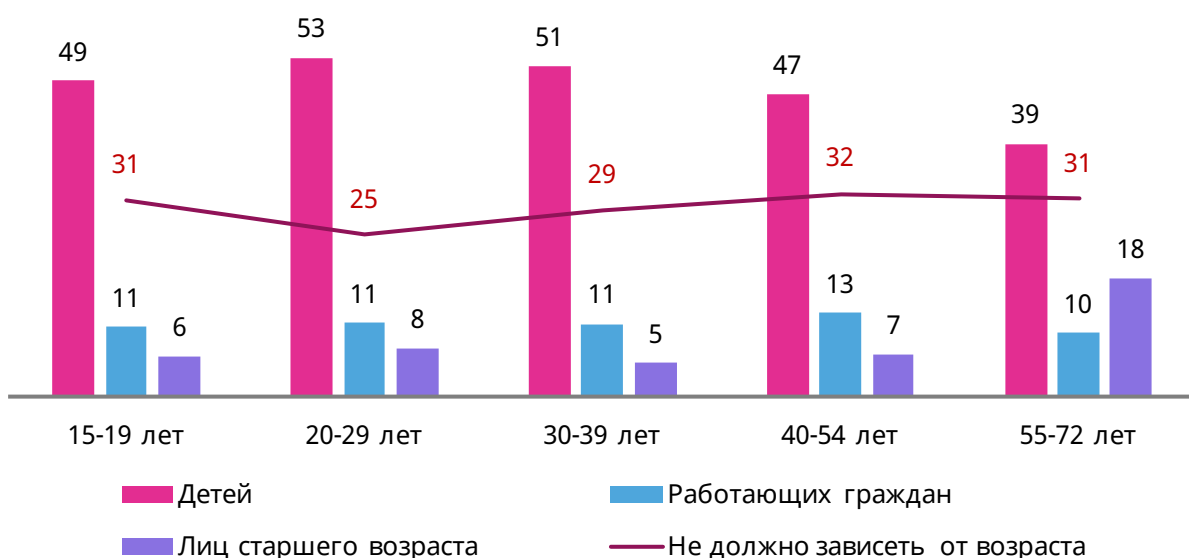
ективное восприятие неравенства в доступе к услугам здравоохранения.

Указания на имущественное неравенство как фактора, значимого для доступа, — это выражение чувства несправедливости, которое распространено во всех слоях общества. Высокообеспеченные граждане, которым остальные приписывают привилегированное положение, точно так же недовольны существующим положением вещей, как и менее обеспеченные граждане.

Из доступных в этом исследовании для сравнения трех факторов дифференциации (доход, возраст и тип населенного пункта) возрастные различия оказываются наименее острыми. Даже среди старшего поколения каждый пятый (21%) вообще не видит возрастной дискриминации при предоставлении медицинских услуг, и не более трети (33%) считают ее очень значительной. У молодых лиц оценки немного более благоприятные. Стоит уточнить, что в исследовании вопрос о возрастных различиях не учитывал и не предлагал для рассмотрения респондентам специфические услуги педиатрии (самых молодых групп населения), т.е. респондентам практически предлагалось оценить уровень различий по возрасту по отношению к доступности медицинских услуг только для взрослого населения. Более подробно проблемы доступности медицинских услуг для детей позволяют осветить данные другого исследования, также проведенного весной 2018 г. Тогда респондентов просили указать приоритетные возрастные группы населения, обслуживание которых требует дополнительного государственного финансирования в первую очередь. По оценкам граждан, наиболее важной задачей является улучшение медицинской помощи детям (рис. 37).

*На улучшение медицинской помощи какой группе граждан сейчас следует направить дополнительные средства в первую очередь?*

Рисунок 37. Распределение ответов на вопрос по возрастным группам, % от числа опрошенных



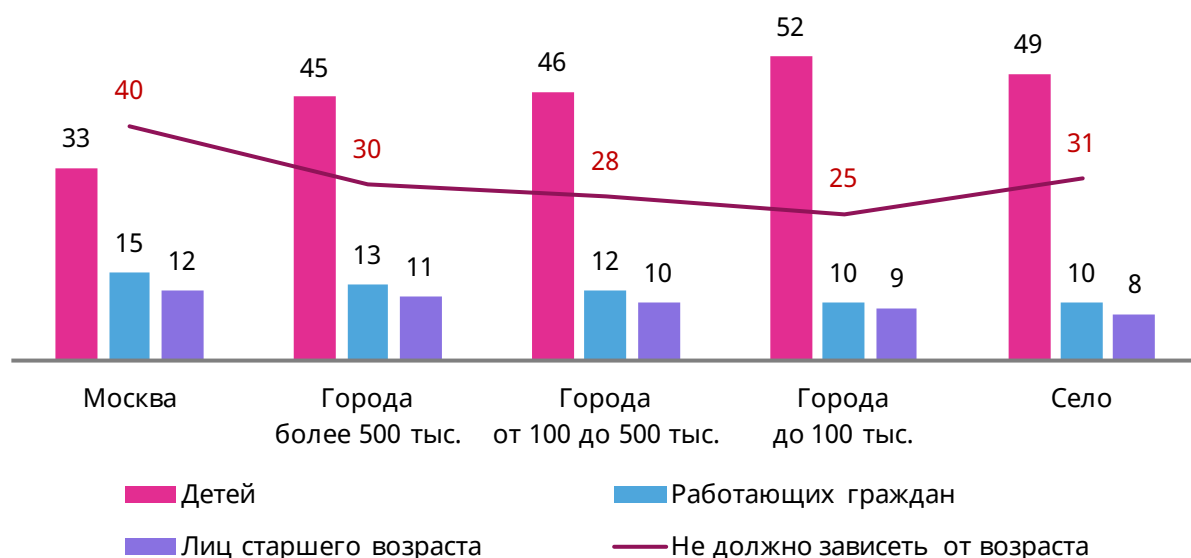
Источник: опрос Левада-центра по заказу НИУ ВШЭ, апрель 2018 г.

В среднем почти половина опрошенных (47%) полагает, что сейчас дополнительное государственное финансирование отрасли в первую очередь нужно направлять на профилактику и лечение заболеваний детей. Согласно второму по популярности мнению, вообще не следует принимать во внимание возрастные различия (в среднем такой ответ дали 30%). На необходимость приоритетного финансирования медицинской помощи для остальных возрастных категорий населения указало меньшинство: по мнению 11% в фокусе внимания должны быть работающие, с точки зрения 10% — лица старшего возраста. И даже в этой последней группе (среди людей в возрасте 55 лет и старше) все же чаще всего высказывается мнение о том, что приоритет финансирования должен быть отдан педиатрии. У остальных базовых социально-демографических групп, выделенных по полу, образо-

ванию, уровню дохода, региону проживания, меньше отличий, когда они называют приоритеты дополнительного финансирования. Стоит лишь отметить характерное отличие москвичей, которые не только чаще говорят о недопустимости возрастных приоритетов при увеличении финансирования здравоохранения, но и даже когда стараются выбрать приоритетные группы, в целом демонстрируют наиболее равномерное распределение предпочтений. Тем самым подтверждается тенденция: возрастные различия в отношении доступа к медицинским услугам все больше вызывают неодобрение там, где в настоящий момент обеспечиваются наилучшая медицинская помощь (рис. 38).

*На улучшение медицинской помощи какой группе граждан сейчас следует направить дополнительные средства в первую очередь?*

Рисунок 38. Распределение ответов по типу населенного пункта, % от числа опрошенных



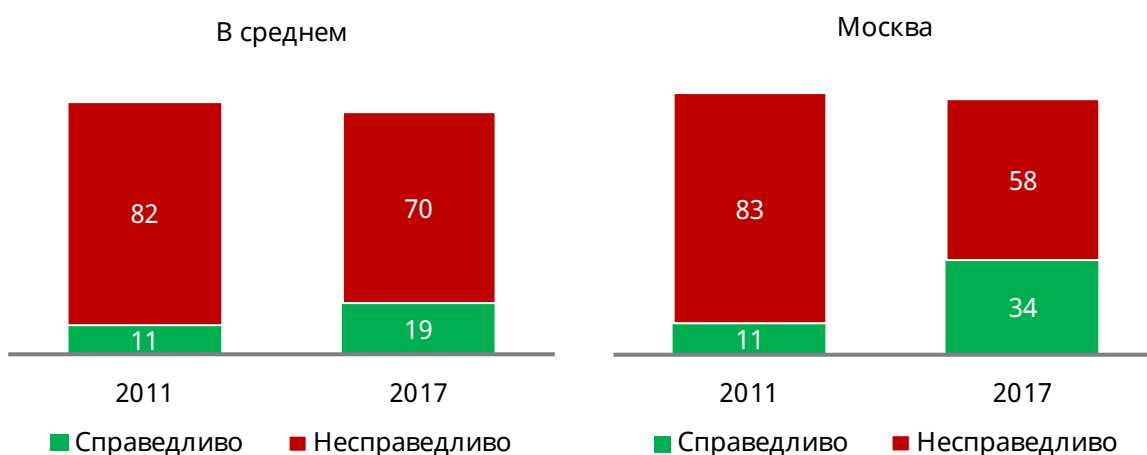
Источник: опрос Левада-центра по заказу НИУ ВШЭ, апрель 2018 г.

Однако результаты других исследований (рис. 39) показывают, что более высокие требования к соблюдению принципов равенства доступа к услугам здравоохранения предъявляют в тех регионах, где лучше обстоят дела в отрасли. В целом сохраняется представление о том, что разные возможности получить медицинскую помощь в богатых и бедных регионах несправедливы, но понемногу распространяется противоположное мнение. В 2017 г. уже почти каждый пятый опрошенный одобрял ситуацию, когда более обеспеченные субъекты Российской Федерации, которые могут себе позволить тратить больше денег на здравоохранение, обеспечивают своим жителям лучшие возможности получить

медицинскую помощь. Насколько можно судить, за то время, которое прошло между двумя опросами (2011 и 2017 гг.), в целом обеспеченность населения услугами здравоохранения как минимум не ухудшалась, особенно в Москве. Тем не менее именно в Москве стала существенно больше доля тех, кто допускает справедливость различий в зависимости от уровня финансовой обеспеченности региона.

*Считаете ли вы справедливым или нет, что жители более богатых российских регионов, в которых региональный бюджет может тратить больше денег на здравоохранение, имеют лучшие возможности получения медицинской помощи, чем жители бедных регионов?*

Рисунок 39. Динамика распределения ответов, % от числа опрошенных. Доля затруднившихся с ответом не приводится



Источники: опросы Левада-центра 2011 и 2017 гг.

## 5.2. Отношение граждан к принципам солидарности в финансировании медицинской помощи

Когда исследователи проводят опросы населения по поводу реформирования разных сфер российской жизни, граждане высказывают субъективные оценки с акцентом на то, что положение дел там требует немедленного внимания и решительных мер социальной политики. Тем не менее, как показывают результаты многолетних опросов населения по проблемам реформирования не только здравоохранения, но и других сфер, любые попытки изменения уже сложившихся правил отторгаются населением, хотя, казалось бы, допускается определенная возможность нововведений (т.е. мер, которые ранее не применялись). Обсуждаемые и тестируемые в массовых опросах различные частные меры (как можно изменить порядок финансирования медицинской помощи) вызывают сопротивление, варьирующееся в зависимости от того, насколько сильно меры, которые оцениваются по ожидаемому результату, отклоняются от сложившегося порядка вещей.

Например, по данным опроса 2017 г., более половины опрошенных (53%) считают справедливым действующий порядок финансирования государственных услуг здравоохранения неработающим гражданам за счет работающих. Среди работающих и неработающих граждан примерно одинаковые доли тех, кто согласен с этим (57 и 50% соответственно).

Граждане не связывают источники финансирования бесплатных социальных услуг с затратами самих людей, равно как не ассоциируют налоги, которые платит население, с правом получить привилегии. Налоги — это традиционный «откуп», а бесплатные услуги — это столь же традиционное неотъемлемое право, как правило, в сознании людей отсутствует связь между двумя этими институтами. Поэтому любые попытки заставить население «рационально», «справедливо» распределять общественные ресурсы обречены на провал: сложившееся недоверие к государственным институтам блокирует все ссылки на «целевые» направления расходования и т.д. Применительно к вопросу о поддержке существующего порядка финансирования медицинской помощи неработающим за счет работающих (т.е. государственного финансирования) это

означает, что опрошенные подтверждают справедливость и неизбежное право неработающих граждан на бесплатное медицинское обслуживание.

С одной стороны, почти две трети опрошенных (63%) считают неправильным, если право на получение бесплатных медицинских услуг будет зависеть от регулярности посещения врачей (прохождения диспансеризации). Как услуга диспансеризация хорошо известна, она никогда ранее не была условием бесплатного обслуживания. Более того, у большинства людей не сформировалась привычка регулярно проходить медицинские обследования, и как правило, диспансеризация воспринимается как обязательная, но формальная процедура. Не удивительно, что люди отрицательно оценивают предложение связать получение медицинской помощи с каким-либо формальным условием.

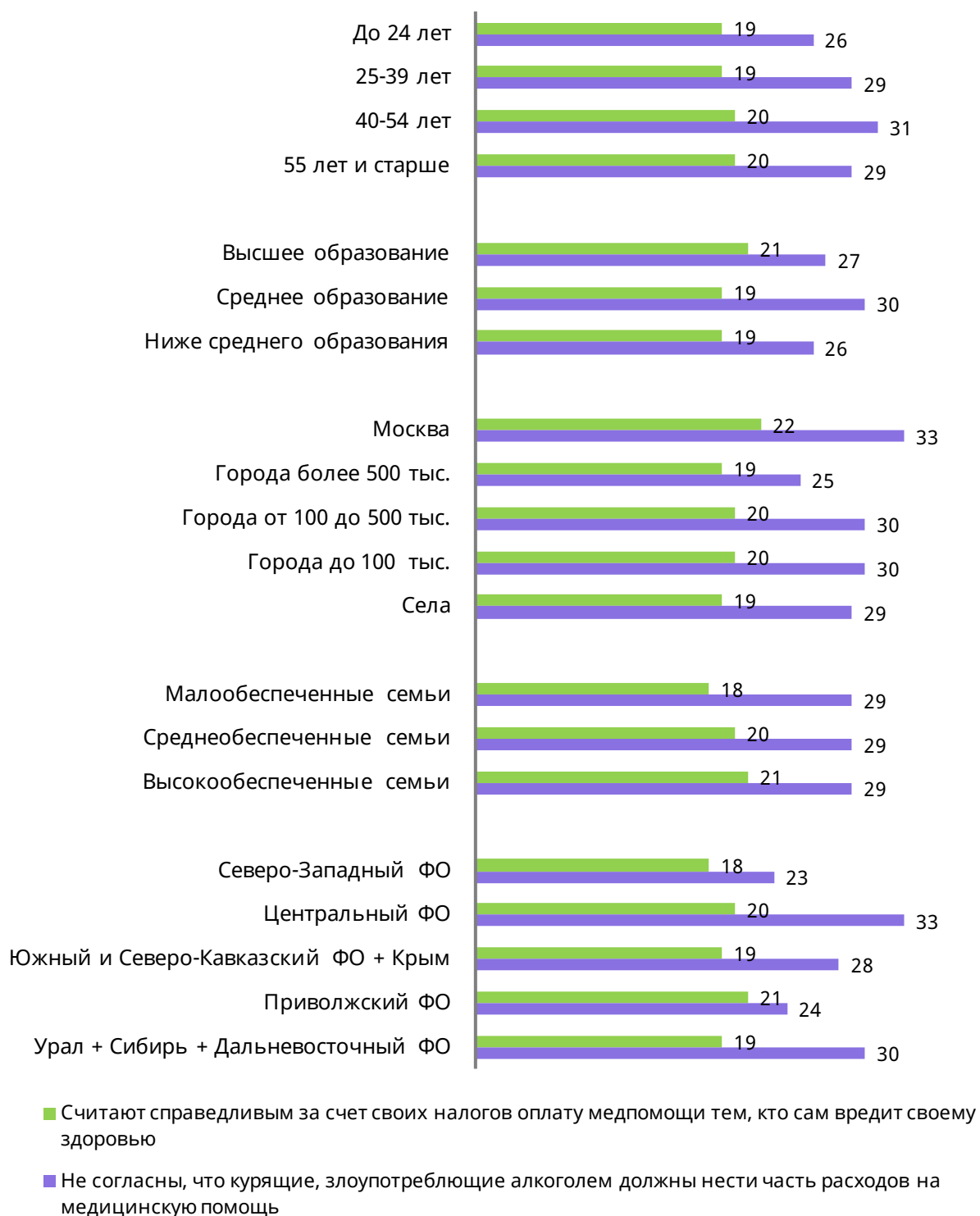
С другой стороны, одобрение встречает предложение использовать новый критерий доступа к бесплатным медицинским услугам — наличие негативных поведенческих факторов (потребления алкоголя и табакокурения, вредящих здоровью). В силу абстрактного характера предположения (в рамках тестового вопроса не было уточнений по поводу правил, как именно будет определяться несоответствие этому критерию) респонденты могут согласиться с несправедливостью трат общественных ресурсов на лечение асоциальных личностей, которые «сами вредят своему здоровью» (60%), и предписанием последним самостоятельно оплачивать услуги здравоохранения (56%). Общественное осуждение делает такой выбор социально ответственным и одобряемым, если индивидуум действует вразрез с правилами здорового образа жизни. Скорее всего, на практике попытка конкретизировать, насколько бесплатное медицинское обслуживание будет доступно в зависимости от поведенческих факторов, вызовет решительное возражение населения.

Важно подчеркнуть, что доля несогласных с предложениями увязать принципы до-

ступа к бесплатной медицинской помощи с поведенческими факторами незначительно различается во всех слоях населения, в том числе среди наиболее обеспеченных граждан, с высоким социальным статусом и прочих относительно привилегированных слоев (рис. 40, 41).

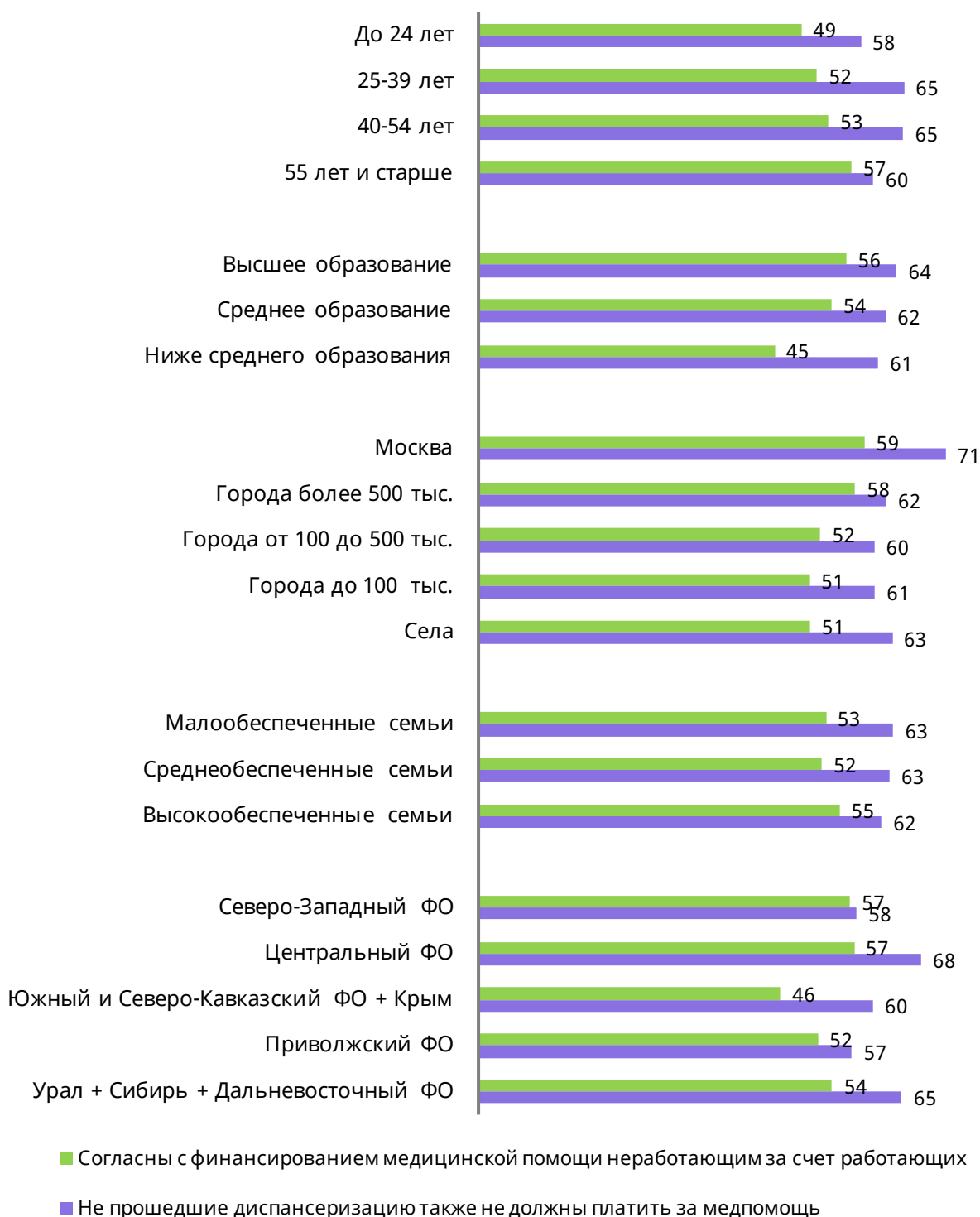
У представителей основных социально-демографических групп населения мнения практически одинаковы, различия минимальны. Большой поддержкой пользуются новые меры — предложение введения финансовых санкций за нездоровый образ жизни, и различия в позиции отдельных социально-демографических групп практически отсутствуют. Те, кто считает неправильным обязывать курящих нести личные затраты на медицинскую помощь, составляют не более трети, и только примерно каждый пятый готов оплачивать своими налогами медицинскую помощь тем, кто безответственно относится к своему здоровью (рис. 40). Гораздо более многочисленны люди (как минимум, от половины до двух третей), которые считают правильными равные условия получения медицинской помощи для тех, кто прошел диспансеризацию, и тех, кто не сделал этого, для работающих и неработающих граждан (рис. 41). Напротив, среди разных групп населения наблюдается незначительная дифференциация мнений в отношении более привычных мер. Среди людей с высшим образованием, жителей Москвы больше готовых к коллективным расходам на неработающих граждан и тех, кто не следит за своим здоровьем регулярно (не проходит диспансеризацию). Кроме того, по мере взросления люди чаще начинают демонстрировать готовность к коллективному финансированию лечения неработающих граждан, но здесь вполне может проявляться эгоистический мотив. Такое единодушие мнений, очевидно, отражает нормативный характер сложившихся представлений о должных способах финансирования здравоохранения, и сводятся они к требованию бесплатного и безусловного предоставления привычных услуг.

Рисунок 40. Готовность к солидарному финансированию медицинских услуг лицам, ведущим нездоровый образ жизни, у основных социально-демографических групп: по возрасту, уровню образования, типу населенного пункта, имущественному достатку и региону проживания, % от числа опрошенных



Источник: опрос Левада-центра 2017 г.

Рисунок 41. Готовность к солидарному финансированию неработающих граждан и тех, кто не следит регулярно за своим здоровьем, у респондентов из основных социально-демографических групп: по возрасту, уровню образования, типу населенного пункта, имущественному достатку и региону проживания, % от числа опрошенных



Источник: опрос Левада-центра 2017 г.



### 5.3. Основные выводы

1. По субъективным оценкам населения, имущественное неравенство является основным фактором, влияющим на разный доступ к услугам здравоохранения.
2. Население довольно остро воспринимает территориальные и региональные различия в доступности медицинской помощи, но они менее значимые, чем имущественные. Наименее острыми являются возрастные и гендерные различия. Эти выводы находят свое подтверждение и в другом недавнем исследовании [Кислицына, 2018], где обосновывается тесная связь уровня имущественного достатка и восприятия неравенства в доступе к услугам здравоохранения.
3. В группах населения, различающихся именно по факторам, субъективно оцени-

ваемым как имеющие существенное влияние на доступность медицинских услуг, выявлены довольно похожие устойчивые мнения. Это позволяет предположить, что сформировавшиеся оценки мало зависят от повседневного практического опыта. Первоочередное указание на имущественное неравенство доступа — это выражение чувства несправедливости, которое бытует во всех слоях общества. Высокообеспеченные граждане, которых прочие подозревают в привилегированном положении, точно так же недовольны существующим положением вещей.

4. В сознании населения прочно укоренены установки на безусловное право всех членов общества на бесплатную (т.е. за счет государства) медицинскую помощь.

## Заключение

Неравенство в сфере здравоохранения предстает как неравенство в доступности медицинской помощи (возможности ее получения при возникновении проблем со здоровьем) и неравенство в финансировании получаемой медицинской помощи. В ходе исследования были проанализированы социальные различия в доступности медицинской помощи в России на протяжении последних трех десятилетий. В целом не сильно выражено социальное неравенство, измеряемое как масштабы различий между основными социально-демографическими группами населения в обращаемости за медицинской помощью. Динамика этих различий корреспондирует с периодами экономического развития страны. В 1990-е гг. такие различия нарастали, затем в период экономического роста они стали уменьшаться и вновь увеличиваются в последние годы, когда экономический рост замедлился. При возникновении проблем со здоровьем более половины граждан не обращаются к врачу и занимаются самолечением. Но не выявлено существенных различий в мотивации, почему представители основных социально-демографических групп предпочи-

тают не обращаться к врачу. Респонденты редко указывали на платное предоставление медицинских услуг как причину того, что они не всегда прибегают к помощи врачей.

В том, что касается возможности обратиться за медицинской помощью, в современном российском обществе нет выраженного неравенства, связанного с различиями по полу, возрасту, образованию, месту жительства, доходу.

Если рассматривать обращаемость за платными медицинскими услугами, выявлены значительные и устойчиво воспроизводящиеся различия, которые связаны с возрастом и местом проживания респондентов. Реже всего к платным услугам прибегают люди старшего возраста и жители центральной части России.

В данном исследовании не рассматривалась дифференциация медицинской помощи по качеству в связи с социальным положением граждан. Анализировались социально-демографические различия, когда сами граждане оценивали результативность оказанной им медицинской помощи. Наиболее сильные различия связаны с возрастом: по

мере взросления у пациентов усиливается негативное отношение к врачам. Более обеспеченные пациенты склонны лучше оценивать полученную медицинскую помощь, и это может служить косвенным подтверждением, что среди граждан с разным уровнем доходов есть неравенство относительно возможности получить качественную медицинскую помощь.

Для граждан, проживающих в разных частях страны, доступность и качество медицинской помощи зависят от уровня государственного финансирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации. Оценки размеров подушевых расходов на здравоохранение из бюджетов регионов и территориальных фондов ОМС свидетельствуют о региональном неравенстве. Оно значительно сократилось после 2010 г. в результате реформирования системы ОМС, но остается вполне серьезным: между наиболее и наименее обеспеченными регионами разница более чем в 2 раза.

Высокой степенью неравенства характеризуется распределение расходов на медицинскую помощь (затрат на оплату медицинских услуг и покупку лекарственных средств) в группах населения, различающихся по уровню семейных доходов. С 1994 по 2016 г. разница в расходах на медицинскую помощь между самыми бедными и самыми богатыми выросла с 4,5 до 30 раз. Неравенство в распределении расходов граждан на медицинскую помощь значительно превышает неравенство в распределении подушевых доходов. Индекс Джини для распределения доходов находился в интервале от 0,35 до 0,50, а для распределения расходов на медицинскую помощь — в интервале от 0,83 до 0,99. В последние годы замедление экономического роста сопровождается резким усилением неравенства в расходах на лечение между группой населения с высокими доходами и всеми остальными группами. В 1990-е гг. доля расходов на медицинскую помощь в семейных доходах заметно выросла у самых бедных респондентов. В период экономического роста различия между разными доходными группами по доле

расходов на медицинскую помощь существенно сократились. Замедление темпов экономического роста и снижение реальных доходов населения в течение нескольких последних лет вызвали неравномерное сокращение расходов на медицинскую помощь у разных доходных групп населения. Доля расходов на медицинскую помощь в подушевых доходах сократилась во всех доходных группах, но меньше у групп с более высокими доходами. Это привело к существенному изменению профиля неравенства в распределении бремени расходов на медицинскую помощь: у более обеспеченных доля расходов на медицинскую помощь в семейных доходах повысилась, а менее обеспеченные вынужденно сократили расходы на лечение, и их бремя стало относительно меньше.

Во всех массовых слоях населения широко распространено мнение, т.е. существенное неравенство в получении качественной медицинской помощи. По субъективным оценкам населения, основным фактором неравенства здесь является имущественное неравенство. Население также довольно остро воспринимает территориальные и региональные различия в доступности медицинской помощи, но как менее значимые, чем имущественные.

## Список использованных источников

1. *Бондаренко Н. В., Красильникова М. Д., Шишкин С. В.* (2012) Анализ возможностей и условий потребительского выбора в здравоохранении России. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / отв. ред.: С. В. Шишкин, И. М. Шейман. М.: ИД НИУ ВШЭ. С. 79–166.
2. ВОЗ (1946) Устав Всемирной организации здравоохранения. URL: [apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf?ua=1) (дата обращения: 15.09.2020).
3. ВОЗ (2021) Всеобщий охват услугами здравоохранения. URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (дата обращения: 10.09.2021).
4. *Вялых Н.А.* (2012) Социологическое исследование неравенства в доступе к медицинским услугам в г. Ростове-на-Дону. Образование. Наука. Инновации: Южное измерение. № 3 (23). С. 173–180.
5. *Вялых Н. А.* (2015) Факторы воспроизводства социального неравенства в сфере потребления медицинских услуг // Социологические исследования. № 11 (379). С. 126–132.
6. *Гаврилов Э. Л., Хоманов К. Э., Шевченко Е. А.* (2016) Социологические опросы населения, как механизм оценки доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. Т. 11. № 3. С. 126–129.
7. Казначейство России ([б.г.]). Информация об исполнении консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и бюджета Территориального государственного внебюджетного фонда (в разрезе субъектов Российской Федерации). URL: <http://www.roskazna.ru/ispolnenie-byudzhetrov/konsolidirovannye-byudzhety-subektov/> (дата обращения: 20.10.2020).
8. *Калашников К. Н.* (2015) Ресурсное обеспечение Российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. № 1 (37). С. 72–87.
9. *Кислицына О. А.* (2018) Восприятие россиянами несправедливости неравенства в доступе к услугам здравоохранения и детерминирующие его факторы // Социальные аспекты здоровья населения. № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/981/30/lang,ru/> (дата обращения: 12.10.2020).
10. *Козырева П. М., Смирнов А. И.* (2018) Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности // Гуманитарий Юга России. Т. 7. № 4. С. 33–49.
11. *Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В.* (2015) Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения / Высшая школа экономики. Сер. WP8 «Государственное и муниципальное управление». 2015. 56 с.
12. *Леонтьева А. Г.* (2017) Дифференциация в российских регионах и меры по ее снижению // Вестник Воронежского государственного университета инженерных технологий. Т. 79. № 2 (72). С. 380–389.
13. *Маркес П.* (2008) Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения. Вашингтон; М.: Всемирный банк, 2008. 32 с.

14. Министерство здравоохранения Российской Федерации (2011). Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году. М. 27 с.
15. Министерство здравоохранения Российской Федерации (2015). Доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2014 году. М. 37 с.
16. Министерство здравоохранения Российской Федерации (2017). Доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год. М. 36 с.
17. НИУ ВШЭ (2021) Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения. <https://www.hse.ru/rims/> (дата обращения: 18.02.2021).
18. Овчарова Л. Н., Бирюкова С. С., Селезнева Е. В. и др. (2017). Доходы, расходы и социальное самочувствие населения России в 2012–2016 годах: анализ. докл. к XVIII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. Л. Н. Овчарова. М.: ИД НИУ ВШЭ. 60 с.
19. Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В., Шишкин С. В. (2011) Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении) / Высшая школа экономики. Сер. WP8 «Государственное и муниципальное управление». № 11. 36 с.
20. Степанов В. В., Капелюк С. Д. (2016) Доходы населения и доступ к услугам здравоохранения в удаленных районах // Экономический анализ: теория и практика. № 12 (459). С. 97–110.
21. Черкашина Т. Ю. (2014) Дифференциация населения России в получении медицинских услуг: значение индивидуальных и территориальных факторов // Регион: экономика и социология. № 3 (83). С. 162–182.
22. Федеральный закон (2010) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ.
23. Федеральный закон (2011) «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2010 год» от 06.10.2011 № 269-ФЗ.
24. Федеральный закон (2015) «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год» от 05.10.2015 № 281-ФЗ.
25. Федеральный закон (2017) «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год» от 16.10.2017 № 290-ФЗ.
26. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (2005). Письмо от 24.08.2005 № 4085/40-3/и «О внесении изменений в информационное письмо от 22.08.2005 № 4076-ВС, № 3986/40-3/и «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год».
27. Шишкин С. В., Бондаренко Н. В., Бурдяк А. Я. и др. (2008) Доступность медицинской помощи для населения России // Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С. В. Шишкин. М.: Независимый институт социальной политики. С. 14–68.

28. *Alanson P., Petrie D.* (2014) Understanding the Vertical Equity Judgements Underpinning Health Inequality Measures // *Health Economics*. Vol. 23. No. 11. P. 1390–1396.
29. *Aronson J. R., Johnson P., Lambert P. J.* (1994) Redistributive effect and unequal tax treatment // *Economic Journal*. Vol. 104. P. 262–270.
30. *Asante A. D., Zwi A. B., Ho M. T.* (2006) Equity in resource allocation for health: A comparative study of the Ashanty and Northern Regions of Ghana // *Health Policy*. Vol. 78. P. 135–148.
31. *Bustamante A. V., Mendez C. A.* (2014) Health Care Privatization in Latin America: Comparing Divergent Privatization Approaches in Chile, Colombia, and Mexico // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 39. No. 4. P. 841–886.
32. *Cohen A. B., Grogan C. M., Horwitt J. N.* (2017). The Many Roads toward Achieving Health Equity // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 42. No. 5. P. 739–748.
33. *Culyer A. J., Wagstaff A.* (1993) Equity and equality in health and health care // *Journal of Health Economics*. Vol. 12. No. 4. P. 431–457.
34. *Erreygers G.* (2009) Correcting the Concentration Index // *Journal of Health Economics*. Vol. 28. No. 2. P. 504–515.
35. *Erreygers G., van Ourti T.* (2011) Measuring socioeconomic inequality in health, health care and health financing by means of rank-dependent indices: a recipe for good practice // *Journal of Health Economics*. Vol. 30. P. 685–694.
36. *Fleurbaey M., Schokkaert E.* (2009) Unfair inequalities in health and health care // *Journal of Health Economics*. Vol. 28. N 1. P. 73–90.
37. *Fleurbaey M., Schokkaert E.* (2011) Equity in Health and Health Care // *Handbook of Health Economics*. Vol. 2. P. 1003–1092.
38. *Greer S. L., Méndez C. A.* (2015) Universal Health Coverage: A Political Struggle and Governance Challenge // *American Journal of Public Health*, suppl. Supplement. Vol. 105. No. S5. P. S637–S639.
39. *Gwatkin D. R., Ergo A.* (2011) Universal health coverage: friend or foe of health equity? // *Lancet*. Vol. 377(9784). P. 2160–2161.
40. *Hagen J.* (2018) The effects of increasing the normal retirement age on health care utilization and mortality // *Journal of Population Economics*. Vol. 31. No. 1. P. 193–234.
41. *Hartman C.* (2016) Postneoliberal Public Health Care Reforms: Neoliberalism, Social Medicine, and Persistent Health Inequalities in Latin America // *American Journal of Public Health*. Vol. 106. No. 12. P. 2145–2151.
42. *Ivaldi E., Bonatti G., Soliani R.* (2018) Objective and Subjective Health: An Analysis of Inequality for the European Union // *Social Indicators Research*. Vol. 138. No. 3. P. 1279–1295.
43. *Jones A. M., Roemer J. E., Rosa Dias P.* (2014). Equalising opportunities in health through educational policy // *Social Choice and Welfare*. Vol. 43. No. 3. P. 521–545.
44. *Jui-fen R. L., Tung-liang Ch.* (2018) Developing an adequate supply of health services: Taiwan's path to Universal Health Coverage // *Social Science and Medicine*. Vol. 198. P. 7–13.

45. *Kakwani N. C.* (1977). Measurement of tax progressivity: An international comparison // *Economic Journal*. Vol. 87 (345). P. 71–80.
46. *Kjellsson G., Ulf G. G.* (2013) On correcting the concentration index for binary variables // *Journal of Health Economics*. Vol. 32. No. 3. P. 659–670.
47. *Li C., Yu X., Butler J. R. et al.* (2011) Moving towards universal health insurance in China: performance, issues and lessons from Thailand // *Social Science & Medicine*. Vol. 73. No. 3. P. 359–366.
48. *Long Q., Xu L., Bekedam H. et al.* (2013) Changes in health expenditures in China in 2000s: has the health system reform improved affordability // *International Journal for Equity in Health*. Vol. 12., Article number: 40. 8 p.
49. *Maeda A., Araujo E., Cashin C. et al.* (2014) Universal health coverage for inclusive and sustainable development: A synthesis of 11 country case studies Washington, DC: World Bank.
50. *Makdissi P., Yazbeck M.* (2014) Measuring socioeconomic health inequalities in presence of multiple categorical information // *Journal of Health Economics*. Vol. 34. P. 84–95.
51. *Morris S., Sutton M., Gravelle H.* (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: An empirical investigation // *Social Science and Medicine*. Vol. 60. P. 1251–1266.
52. *Nguyen K. T., Khuat O. T. H., Ma S. et al.* (2012) Impact of health insurance on health care treatment and cost in Vietnam: a health capability approach to financial protection // *American Journal of Public Health*. Vol. 102. No. 8. P. 1450–1461.
53. *O'Donnell O., van Doorslaer E., van Ourti T.* (2015) Health and Inequality // *Handbook of Income Distribution*. Vol. 2B. P. 1419–1533.
54. OECD (2009) *Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators*. Paris: OECD Publishing. 135 p.
55. OECD (2016) *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. Paris: OECD Publishing. 140 p.
56. OECD/EU (2016) *Health at a Glance: Europe 2016 — State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. 204 p.
57. *Olson E. O., Rogers D. L.* (1991) The welfare economics of equal access // *Journal of Public Economics*. Vol. 45. P. 91–106.
58. Palmer M. G. (2014) Inequalities in universal health coverage: Evidence from Vietnam. *World Development*. Vol. 64. P. 384–394.
59. *Pasqualini M., Lanari D., Minelli L. et al.* (2017) Health and income inequalities in Europe: What is the role of circumstances? // *Economics & Human Biology*. Vol. 26. P. 164–173.
60. *Patashnik E. M.* (2018) Introduction: Health Reform after the 2016 Election // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 43. No. 4. P. 547–550.
61. Patient Protection and Affordable Care Act (2010). URL: <https://www.healthcare.gov/glossary/patient-protection-and-affordable-care-act/> (дата обращения: 26.11.2020).
62. *Rawls J.* (1982) Social utility and primary goals // Sen A., Williams B. (eds.). *Utilitarianism and beyond*. Cambridge: Cambridge University Press. P. 159–185.
63. *Roemer J.* (1993). A pragmatic theory of responsibility for the egalitarian planner // *Philosophy and Public Affairs*. Vol. 22. P. 146–166.

64. Roemer J. E., Trannoy A. (2016) Equality of Opportunity: Theory and Measurement // Journal of Economic Literature. Vol. 54. No. 4. P. 1288–1332.
65. Rosa Dias P. (2010) Modelling opportunity in health under partial observability of circumstances // Health Economics. Vol. 19. No. 3. P. 252–264.
66. Schmidt H., Gostin L.O., Emanuel E. J. (2015) Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? // Lancet. Vol. 386 (9996). P. 928–930.
67. Smedley B., Stith A. Y., Nelson A. R. (2002) Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press. 781 p.
68. Sohn H. (2017) Racial and Ethnic Disparities in health Insurance Coverage: Dynamics of Gaining and Losing Coverage Over the Life-Course // Population Research and Policy Review. Vol. 36. No. 2. P. 181–201.
69. Sommers B. D., Buchmueller T., Decker S. L. et al. (2013) The Affordable Care Act Has Led To Significant Gains In Health Insurance And Access To Care For Young Adults // Health Affairs. Vol. 32. No. 1. P. 165–174.
70. Sutton M. (2002) Vertical and horizontal aspects of socio-economic inequity in general practitioner contacts in Scotland // Health Economics. Vol. 11. P. 537–549.
71. Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F. et al. (2010). Inequality of opportunities in health in France: A first pass // Health Economics. Vol. 19. No. 8. P. 921–938.
72. United Nations (2015) Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. 35 p.
73. van Doorslaer E., Koolman X., Jones A. M. (2004) Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe // Health Economics. Vol. 13. P. 629–647.
74. Victora C. G., Vaughan J. P., Barros F. C. et al. (2000) Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies // Lancet. Vol. 356. P. 1093–1098.
75. Wagstaff A., van Doorslaer E. (2000) Measuring and testing for inequity in the delivery of health care // Journal of Human Resources. Vol. 35. No. 4. P. 716–733.
76. Wagstaff A. (2011) The concentration index of binary outcome revisited // Health Economics. Vol. 20. P. 1155–1160.
77. Wagstaff A., van Doorslaer E., Paci P. (1991) On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care // Journal of Health Economics. Vol. 10. No. 2. P. 169–205.
78. Wagstaff A., van Doorslaer E., Watanabe N. (2003) On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam // Journal of Econometrics. Vol. 112. P. 207–223.
79. WHO (2017) Beyond the barriers: Framing evidence on health system strengthening to improve the health of migrants experiencing poverty and social exclusion. Geneva. 72 p.
80. World Bank (2018) Atlas of Sustainable Development Goals 2018: From World Development Indicators. World Bank Atlas. Washington, DC: World Bank. 91 p.
81. Yu H. (2015) Universal health insurance coverage for 1.3 billion people: What accounts for China's success? // Health Policy. Vol. 119. No. 9. P. 1145–1152.

## Приложение

Таблица А. Расходы бюджета Территориального фонда ОМС в расчете на душу населения за 2010–2016 гг., руб.

Субъект Российской Федерации	2010	2014	2016
Российская Федерация	3 575,21	8 677,73	9 693,06
Белгородская область	2 797,48	8 366,80	8 610,33
Брянская область	2 673,28	8 782,80	8 755,54
Владимирская область	3 774,17	7 625,90	8 860,15
Воронежская область	2 876,20	7 784,42	8 573,85
Ивановская область	2 594,05	7 971,52	8 660,28
Калужская область	3 124,07	10 048,05	9 037,60
Костромская область	3 427,04	8 285,02	9 055,13
Курская область	2 810,36	7 530,90	8 733,41
Липецкая область	3 220,83	8 987,24	8 930,77
Московская область	4 300,63	11 499,01	12 982,85
Орловская область	2 825,38	8 131,12	9 124,60
Рязанская область	3 024,81	8 281,83	8 763,57
Смоленская область	3 116,18	9 485,19	8 912,15
Тамбовская область	3 055,13	9 330,29	8 690,62
Тверская область	3 193,68	7 765,56	9 068,90
Тульская область	3 228,41	8 289,73	8 761,30
Ярославская область	3 540,11	8 685,24	8 902,79
Москва	7 395,77	12 741,07	15 046,51
Республика Карелия	2 769,02	9 010,49	8 520,12
Республика Коми	3 670,46	8 145,62	8 976,59
Архангельская область	2 520,80	8 528,94	8 307,81
Ненецкий автономный округ	4 304,96	9 951,85	13 520,54
Вологодская область	3 055,09	7 482,86	8 389,82
Калининградская область	4 738,27	9 102,57	9 889,54
Ленинградская область	4 169,12	9 260,97	9 938,75
Мурманская область	2 880,64	7 487,79	8 032,29
Новгородская область	3 177,86	7 882,23	9 066,70
Псковская область	2 659,79	11 638,24	8 818,46
Санкт-Петербург	4 686,53	10 477,24	13 248,00
Республика Адыгея	3 195,60	7 661,69	8 471,75
Республика Калмыкия	2 459,25	7 156,89	8 814,88
Республика Крым	-	19,71	8 540,49
Краснодарский край	3 139,83	7 492,44	8 511,09
Астраханская область	2 583,02	7 563,44	8 482,52
Волгоградская область	2 762,62	7 534,20	8 678,18
Ростовская область	3 103,90	7 462,85	8 415,96
Севастополь	—	37,58	8 248,76
Республика Дагестан	2 504,66	7 250,34	7 619,34
Республика Ингушетия	2 824,22	11 026,40	7 416,89
Кабардино-Балкарская Республика	2 588,06	7 599,45	7 426,22



## Продолжение таблицы А

Субъект Российской Федерации	2010	2014	2016
Карачаево-Черкесская Республика	3 071,89	6 781,65	7 617,59
Республика Северная Осетия — Алания	2 549,81	7 159,93	8 522,03
Чеченская Республика	3 411,52	6 752,99	8 000,20
Ставропольский край	2 845,81	8 455,04	8 533,22
Республика Башкортостан	2 744,76	7 396,25	8 501,80
Республика Марий Эл	2 481,18	7 453,27	8 693,59
Республика Мордовия	2 328,64	7 629,29	8 680,21
Республика Татарстан	4 933,94	9 375,73	10 028,00
Удмуртская Республика	4 029,91	7 503,93	8 416,41
Чувашская Республика	3 617,66	8 320,36	9 082,59
Пермский край	3 219,71	8 124,87	8 383,26
Кировская область	3 218,31	7 801,69	9 032,78
Нижегородская область	3 642,93	7 564,00	8 884,10
Оренбургская область	3 155,27	8 289,64	8 588,80
Пензенская область	3 946,57	9 533,03	8 821,38
Самарская область	3 394,79	8 454,20	8 745,65
Саратовская область	3 202,02	8 324,90	8 926,32
Ульяновская область	3 258,03	9 339,80	8 925,45
Курганская область	2 636,62	7 295,95	8 888,42
Свердловская область	2 804,23	8 459,43	8 860,39
Тюменская область	5 376,58	11 669,39	11 485,86
Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	2 527,11	11 764,94	12 569,60
Ямало-Ненецкий автономный округ	2 982,16	10 977,58	13 122,65
Челябинская область	2 946,57	7 742,94	8 567,36
Республика Алтай	3 013,12	8 195,03	9 930,15
Республика Бурятия	2 485,70	8 587,62	7 992,57
Республика Тыва	3 052,13	7 429,29	8 069,54
Республика Хакасия	2 709,95	9 593,33	7 724,07
Алтайский край	2 939,76	7 694,78	8 156,25
Забайкальский край	2 722,83	7 456,07	7 896,88
Красноярский край	3 034,59	8 929,88	10 094,53
Иркутская область	2 547,19	7 206,17	8 170,03
Кемеровская область	2 628,78	6 897,86	7 647,37
Новосибирская область	2 977,67	7 445,71	8 156,69
Омская область	2 646,66	7 743,15	8 228,79
Томская область	3 033,31	7 366,17	8 647,65
Республика Саха (Якутия)	3 089,45	9 495,38	10 445,52
Камчатский край	3 720,33	8 624,04	10 125,04
Приморский край	2 519,18	7 019,08	7 642,57
Хабаровский край	3 011,75	7 902,15	8 838,35
Амурская область	2 677,49	7 278,27	8 435,70
Магаданская область	2 920,18	12 895,88	12 149,46
Сахалинская область	2 814,00	12 584,26	14 943,51
Еврейская автономная область	2 647,36	7 442,17	8 663,65
Чукотский автономный округ	9 721,54	13 451,72	15 411,91

Таблица В. Распределение дотаций и субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС в расчете на душу населения с учетом коэффициента удорожания условной единицы бюджетной услуги за 2010–2016 гг., руб.

Субъект Российской Федерации	Субвенция		
	Дотация 2010	2014	2016
Российская Федерация	509,27	7 022,88	8 716,98
Белгородская область	236,67	6 845,38	8 454,60
Брянская область	747,88	6 992,51	8 557,75
Владимирская область	347,33	6 836,35	8 584,24
Воронежская область	622,58	6 961,89	8 436,70
Ивановская область	859,84	7 052,74	8 263,01
Калужская область	398,14	6 903,65	8 443,85
Костромская область	813,79	7 176,12	8 552,17
Курская область	1 057,84	7 011,48	8 478,90
Липецкая область	77,20	7 078,38	8 701,78
Московская область	227,25	8 007,86	9 818,49
Орловская область	746,73	7 336,36	8 858,20
Рязанская область	876,47	7 120,55	8 523,42
Смоленская область	930,50	6 980,75	8 679,87
Тамбовская область	698,85	6 695,16	8 369,17
Тверская область	477,83	7 076,99	8 761,67
Тульская область	1 137,16	6 963,66	8 531,85
Ярославская область	313,08	7 187,49	8 627,81
Москва	2,28	10 115,39	12 482,30
Республика Карелия	976,46	6 801,22	8 361,26
Республика Коми	621,94	7 057,46	8 572,80
Архангельская область	920,60	6 987,17	8 381,16
Ненецкий автономный округ	359,40	7 016,24	10 316,27
Вологодская область	91,89	6 687,85	8 215,29
Калининградская область	360,69	6 765,84	8 232,43
Ленинградская область	110,05	5 587,20	7 225,11
Мурманская область	471,17	6 391,48	7 574,87
Новгородская область	728,74	7 030,54	8 703,73
Псковская область	710,02	7 108,53	8 637,03
Санкт-Петербург	82,45	7 961,03	9 777,26
Республика Адыгея	524,19	6 222,60	7 689,88
Республика Калмыкия	828,02	6 972,64	8 367,90
Республика Крым	-	-	8 367,91
Краснодарский край	385,41	6 476,44	7 992,96
Астраханская область	649,16	6 772,61	8 228,35
Волгоградская область	494,81	6 886,65	8 350,78
Ростовская область	400,16	6 608,89	8 141,90
Севастополь	-	-	7 848,24
Республика Дагестан	1 312,39	6 174,70	7 517,02
Республика Ингушетия	1 746,54	6 251,83	7 692,87
Кабардино-Балкарская Республика	830,95	6 046,45	7 253,99

## Продолжение таблицы В

Субъект Российской Федерации	Дотация		Субвенция	
	2010	2014	2016	
Карачаево-Черкесская Республика	386,87	6 122,46	7 452,36	
Республика Северная Осетия — Алания	637,50	6 127,45	8 190,51	
Чеченская Республика	1 529,55	6 200,73	7 932,48	
Ставропольский край	769,07	6 722,17	8 127,06	
Республика Башкортостан	374,08	6 589,72	7 995,82	
Республика Марий Эл	770,03	7 021,94	8 448,29	
Республика Мордовия	601,24	6 885,57	8 263,09	
Республика Татарстан	395,97	6 647,02	8 112,39	
Удмуртская Республика	979,25	6 755,70	8 229,14	
Чувашская Республика	1 125,41	6 979,30	8 529,27	
Пермский край	182,08	7 045,33	8 307,88	
Кировская область	1 064,21	6 991,14	8 649,74	
Нижегородская область	301,72	6 968,57	8 570,49	
Оренбургская область	362,80	6 682,86	8 400,29	
Пензенская область	827,65	6 939,49	8 527,52	
Самарская область	182,63	6 937,44	8 484,12	
Саратовская область	733,72	6 983,01	8 480,20	
Ульяновская область	1 294,19	7 044,59	8 546,36	
Курганская область	1 000,53	6 917,81	8 507,37	
Свердловская область	155,35	6 934,08	8 359,60	
Тюменская область	33,81	7 445,08	7 727,94	
Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	230,97	6 161,91	7 820,81	
Ямало-Ненецкий автономный округ	658,61	6 223,49	9 166,64	
Челябинская область	272,74	6 650,77	8 202,84	
Республика Алтай	990,93	7 679,87	9 604,79	
Республика Бурятия	650,07	6 548,48	7 950,27	
Республика Тыва	500,89	6 707,53	8 148,34	
Республика Хакасия	1 074,97	6 262,00	7 591,72	
Алтайский край	1 063,66	6 531,70	7 995,30	
Забайкальский край	1 466,13	6 867,45	7 952,97	
Красноярский край	373,08	6 701,56	8 126,71	
Иркутская область	805,55	6 610,96	7 927,25	
Кемеровская область	633,04	6 183,88	7 624,29	
Новосибирская область	452,71	6 489,71	7 882,13	
Омская область	973,12	6 668,46	8 102,55	
Томская область	383,20	6 756,04	8 182,01	
Республика Саха (Якутия)	613,81	7 919,85	9 655,84	
Камчатский край	463,30	7 772,64	9 507,23	
Приморский край	673,23	6 229,64	7 510,92	
Хабаровский край	763,79	7 159,51	8 455,16	
Амурская область	826,12	6 589,85	8 209,39	
Магаданская область	842,51	8 515,68	9 448,55	
Сахалинская область	1 357,26	7 991,40	9 685,29	
Еврейская автономная область	617,47	6 819,50	8 525,82	
Чукотский автономный округ	102,42	6 948,03	8 545,57	

Таблица С. Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения: консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации и бюджеты территориальных фондов ОМС с учетом коэффициента удорожания условной единицы бюджетной услуги за 2010–2016 гг., руб.

Субъект Российской Федерации	2010	2014	2016
Российская Федерация	8 449,93	12 830,54	13 687,76
Белгородская область	6 725,89	11 808,50	11 825,34
Брянская область	5 469,43	11 202,74	10 586,76
Владимирская область	6 336,86	10 535,61	12 089,38
Воронежская область	7 355,89	11 233,98	11 639,21
Ивановская область	6 370,47	10 225,00	10 243,34
Калужская область	7 594,95	13 660,89	13 305,90
Костромская область	6 137,55	11 016,31	11 402,00
Курская область	6 869,89	10 539,28	10 661,07
Липецкая область	7 346,72	12 354,25	12 634,99
Московская область	10 499,63	16 643,88	18 059,85
Орловская область	6 264,99	11 440,23	12 155,45
Рязанская область	8 829,22	10 395,02	11 349,99
Смоленская область	6 030,46	12 388,26	11 683,92
Тамбовская область	5 463,34	12 845,83	11 266,37
Тверская область	7 741,03	11 254,04	12 807,18
Тульская область	7 363,71	11 557,68	13 050,67
Ярославская область	8 607,14	12 300,20	12 688,26
Москва	17 353,17	25 691,56	26 569,68
Республика Карелия	7 657,81	11 263,21	9 891,02
Республика Коми	6 805,85	11 434,35	11 968,82
Архангельская область	5 767,18	11 406,43	10 656,32
Ненецкий автономный округ	13 647,00	22 467,74	23 065,19
Вологодская область	7 377,88	9 641,34	10 757,57
Калининградская область	7 736,82	12 157,29	11 968,02
Ленинградская область	7 485,93	13 348,37	14 827,40
Мурманская область	5 837,17	9 916,41	10 213,67
Новгородская область	7 347,37	10 798,13	12 085,59
Псковская область	6 807,51	15 627,57	11 959,79
Санкт-Петербург	17 519,18	18 767,61	22 548,40
Республика Адыгея	6 850,67	10 928,16	10 765,86
Республика Калмыкия	6 339,41	9 643,79	10 862,18
Республика Крым	—	8 768,78	14 004,61
Краснодарский край	8 931,28	11 362,59	12 776,33
Астраханская область	7 519,11	10 892,20	10 788,44
Волгоградская область	6 655,44	10 110,87	10 963,85
Ростовская область	5 798,30	9 747,01	10 733,77
Севастополь	—	7 060,24	14 170,25
Республика Дагестан	4 623,13	8 889,99	8 776,94
Республика Ингушетия	6 650,56	16 403,34	9 491,27
Кабардино-Балкарская Республика	5 389,10	10 278,75	11 093,64
Карачаево-Черкесская Республика	5 752,47	10 522,42	11 538,65

## Продолжение таблицы С

Субъект Российской Федерации	2010	2014	2016
Республика Северная Осетия — Алания	5 343,43	10 272,28	11 071,16
Чеченская Республика	9 921,14	9 911,14	10 091,70
Ставропольский край	5 427,38	10 045,96	10 697,06
Республика Башкортостан	6 049,31	10 670,58	11 436,40
Республика Марий Эл	5 844,44	9 471,15	10 884,02
Республика Мордовия	9 264,70	10 298,50	11 583,24
Республика Татарстан	9 744,59	12 024,13	14 017,46
Удмуртская Республика	6 890,08	9 823,76	10 850,93
Чувашская Республика	6 667,87	10 184,21	11 454,63
Пермский край	7 227,59	11 776,12	11 641,70
Кировская область	7 032,72	9 246,17	10 350,93
Нижегородская область	7 537,28	11 421,45	11 986,26
Оренбургская область	7 606,64	11 570,85	11 486,45
Пензенская область	7 248,20	12 902,62	12 135,07
Самарская область	6 874,83	11 237,10	11 953,52
Саратовская область	6 378,00	10 202,35	10 636,98
Ульяновская область	7 107,65	11 682,80	11 647,07
Курганская область	5 967,89	9 580,98	11 081,50
Свердловская область	6 921,12	12 528,81	12 884,00
Тюменская область	14 822,17	13 924,24	13 212,81
Ханты-Мансийский автономный округ — Югра	13 538,64	17 680,23	18 665,80
Ямало-Ненецкий автономный округ	11 860,21	17 497,27	18 692,91
Челябинская область	6 132,30	9 985,48	11 561,32
Республика Алтай	7 592,36	10 674,12	11 810,84
Республика Бурятия	5 766,54	13 316,82	10 436,03
Республика Тыва	5 710,87	9 790,97	10 738,95
Республика Хакасия	5 459,72	11 985,98	12 777,70
Алтайский край	5 710,34	10 391,23	10 329,99
Забайкальский край	6 981,75	8 548,47	8 872,51
Красноярский край	7 172,93	10 090,50	11 764,33
Иркутская область	5 601,77	9 894,66	10 668,85
Кемеровская область	6 631,63	9 288,34	10 018,43
Новосибирская область	6 268,90	9 676,60	10 279,71
Омская область	6 914,11	10 391,43	10 344,62
Томская область	5 532,15	9 730,60	10 950,62
Республика Саха (Якутия)	7 686,08	13 261,15	13 778,93
Камчатский край	9 014,11	13 583,33	16 003,86
Приморский край	5 276,81	9 211,52	9 498,87
Хабаровский край	7 455,42	10 997,34	12 017,45
Амурская область	7 517,22	10 665,73	10 233,43
Магаданская область	11 973,34	20 380,94	22 013,33
Сахалинская область	12 472,36	21 760,03	24 514,45
Еврейская автономная область	7 755,27	11 123,56	11 652,93
Чукотский автономный округ	14 026,86	17 608,45	21 212,62

*Электронное научное издание*

*Серия аналитических докладов НИУ ВШЭ  
«Социально-экономическое неравенство в России:  
состояние, динамика, ключевые проблемы»*

Быков Андрей Вячеславович, Красильникова Марина Дмитриевна,  
Понкратова Оксана Федоровна, Ракута Наталья Владимировна,  
Шишкин Сергей Владимирович

## **НЕРАВЕНСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Редактор: Солнцев Е.М.  
Компьютерная верстка: Понизов В.В.  
Дизайн обложки: Емельянова М.А.

Формат 60x90 1/8. Гарнитура Noto Sans  
Уч.-изд. л. 4,5. 3,47 Мб

Национальный исследовательский университет  
«Высшая школа экономики»

101000, Москва, ул. Мясницкая, 20  
Тел.: +7 (495) 772-95-90 \*15564

Научный центр мирового уровня  
«Центр междисциплинарных исследований человеческого потенциала»

URL: <https://ncmu.hse.ru/>  
E-mail: [ncmu@hse.ru](mailto:ncmu@hse.ru)



