

## Глава 5. Доступность медицинской помощи

Важнейшей характеристикой качества жизни людей является их здоровье. В России состояние здоровья населения ухудшается, что в первую очередь нашло свое отражение в динамике показателей общей смертности, заболеваемости и средней продолжительности жизни. Хотя с 2001 г. наблюдается некоторое снижение младенческой и материнской смертности и незначительный рост средней продолжительности жизни, тенденции роста заболеваемости и смертности сохраняются (рис. 5.1).

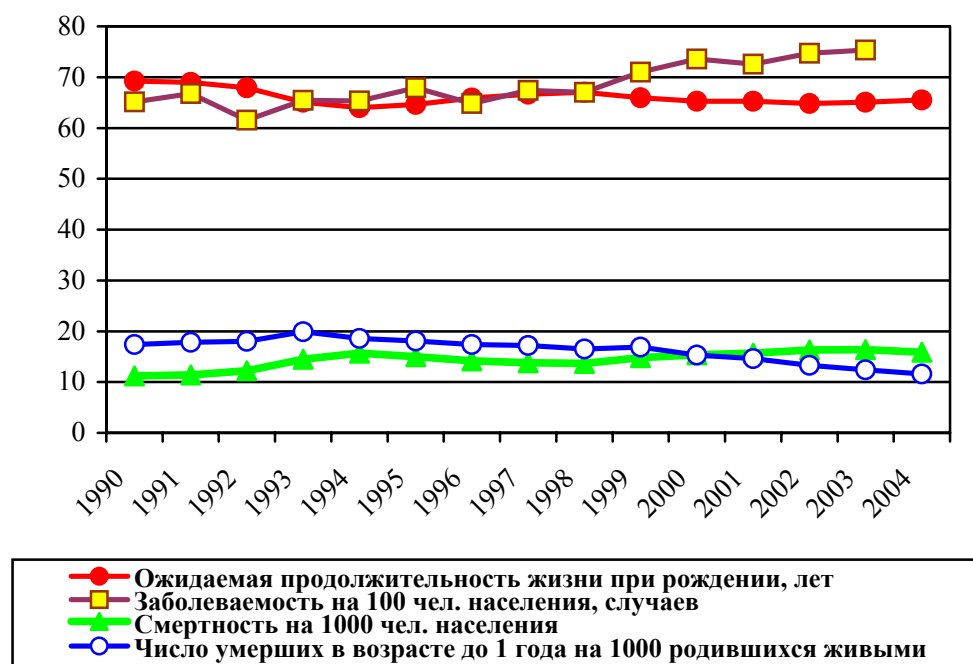


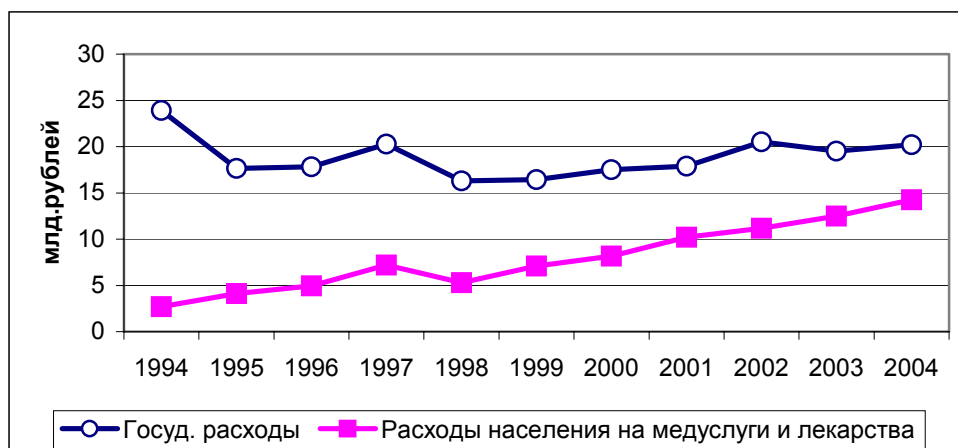
Рисунок 5.1. Показатели состояния здоровья населения России

Отдавая себе отчет в том, что состояние здоровья населения зависит от множества факторов и система охраны здоровья всего лишь один из них, следует иметь в виду, что это фактор, в принципе гораздо более управляемый обществом по сравнению с другими ключевыми факторами здоровья: образом жизни, экологией, наследственностью. Именно поэтому исследование ограничений в доступе населения к медицинской помощи имеет особую значимость.

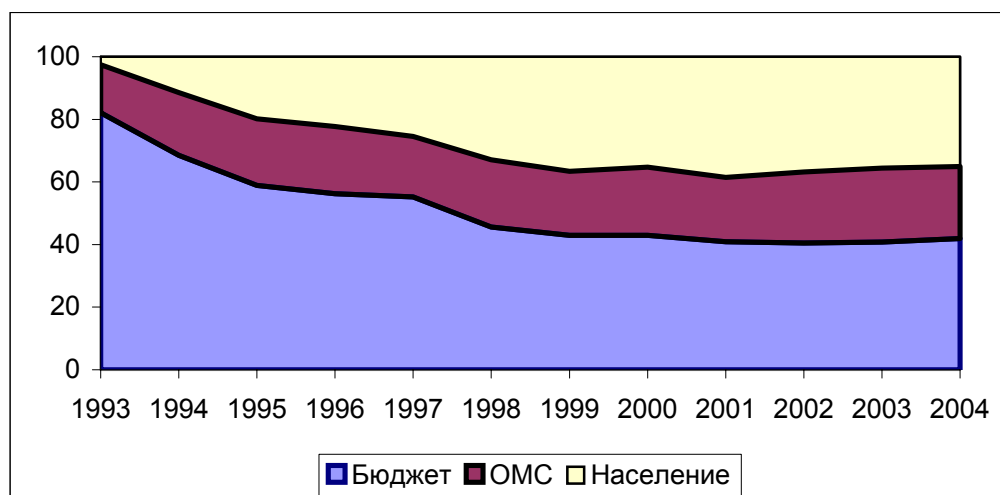
Российская система здравоохранения, с точки зрения основных принципов организации предоставления гражданам медицинской помощи, мало изменилась по сравнению с советскими периодом. Она обладает разветвленной сетью лечебно-профилактических учреждений, большим количеством коек для стационарного лечения и числом врачей. Конституция РФ декларирует право граждан на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Но в 1990-е гг. расходы государства на здравоохранение значительно сократились в реальном выражении. Недостаток государственного финансирования был компенсирован ростом расходов населения на оплату медицинской помощи<sup>1</sup> (рис. 5.2). Доля средств населения в финансировании здравоохранения выросла за период с 1994 по 2004 гг. более чем в 3 раза – с 11 до 35% (рис. 5.3). Граждане вынуждены прибегать к оплате медицинских

<sup>1</sup> В данном исследовании под медицинской помощью понимается совокупность медицинских услуг и обеспечение лекарствами и медикаментами. Медицинская помощь в стационарах включает предоставление лекарств для лечения.

услуг, приобретать лекарства не только для лечения дома, но и в медицинских учреждениях. Результаты социологических исследований свидетельствуют, что такие практики получили широкую распространенность, но пока все же еще не стали повсеместным явлением<sup>2</sup>.



**Рисунок 5.2. Государственные и частные расходы на здравоохранение в ценах 1994 г.**



*Источник:* Российский статистический ежегодник: Стат. сб. – М., ФСГС, 2005

**Рисунок 5.3. Структура финансирования системы здравоохранения, %**

Участие населения в оплате медицинской помощи стало предметом целого ряда специальных исследований, выполненных в последние годы<sup>3</sup>. Они дают ответы на вопросы о

<sup>2</sup> Бойков и др. 1998, 2000; Кулибакин 1998; Морозова и др. 2000; Сатаров 2002; Сидорина, Сергеев 2001; Богатова и др. 2002; Шишкин и др. 2004; и др.

<sup>3</sup> Сравнительный анализ показателей обращаемости пациентов за бесплатной и платной медицинской помощью и факторов, влияющих на решение населения покупать лекарства и платить за медицинские услуги, был проведен по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) в работе Blam and Kovalev (2003).

Независимым институтом социальной политики были получены детальные оценки масштабов и распространенности официальной и неофициальной оплаты медицинских услуг и лекарств (Богатова и др., 2002; Шишкин и др., 2004).

Накатис и Кадыров (2002) исследовали причины теневой оплаты медицинских услуг и последствия развития этой практики.

Сравнительный анализ распространенности и причин неформальных платежей за медицинские услуги в странах бывшего СССР содержится в работе Balabanova et al. (2004).

причинах, распространенности, масштабах, формах, правилах оплаты населением своего лечения, но при этом формируют лишь весьма ограниченное представление о различиях в доступности бесплатной и платной медицинской помощи для разных групп населения.

В настоящем исследовании внимание концентрируется именно на таких различиях. Для их изучения мы воспользовались базой данных НОБУС, содержащего информацию об уровне и качестве жизни населения на уровне домохозяйств. В данной главе проводится анализ неравенства в доступе к медицинским услугам и лекарственному обеспечению, которое существует между разными социально-демографическими и доходными группами населения. Особым предметом анализа стала результативность соответствующих социальных программ в области здравоохранения.

Следует отметить, что данные НОБУС уже использовались Всемирным банком для получения некоторых оценок неравенства в потреблении социальных услуг<sup>4</sup>, но в предлагаемой работе применяется методология построения интегральных оценок, отличающаяся от методологии Всемирного банка. Напомним, что в качестве критерия, отражающего достигнутый уровень благосостояния населения, в данной работе используются располагаемые ресурсы, включающие все денежные и неденежные поступления в распоряжении домохозяйств на момент обследования. Вычисленный таким образом показатель «располагаемые ресурсы» используется для определения группы бедного населения (располагаемые ресурсы ниже прожиточного минимума). Дополнительно из числа бедных исключаются респонденты, семьи которых имеют второе ликвидное жилье.

### **5.1. Состояние здоровья населения, обращаемость за бесплатными и платными медицинскими услугами**

Традиционно изучение состояния здоровья на основе данных выборочных обследований населения принято начинать с анализа субъективных самооценок респондентов. Такие оценки предусматривались и в программе НОБУС. Полученные результаты оказались вполне ожидаемыми: самыми низкими самооценками собственного здоровья отличаются пенсионеры. При ответе на вопрос о состоянии здоровья на момент обследования они оценили свое здоровье как «удовлетворительное» и «плохое». При оценке изменения состояния здоровья за последнее время пенсионеры тоже выделяются на фоне остальных респондентов: если дети и взрослые трудоспособного возраста в основном считают, что их состояние здоровья за последний год преимущественно осталось без изменений, то более двух третей пенсионеров уверены, что оно ухудшилось.

Отметим, что значительная часть населения имеет льготы на оплату лекарств и медицинских услуг, поэтому отдельно мы проанализировали самооценки здоровья у различных групп льготополучателей (в нашем обследовании их 17 категорий) и сравнили их с аналогичными показателями для тех, кто этих льгот не имеет. Среди респондентов, не имеющих право на льготы по здравоохранению, 38% оценивают свое здоровье как «хорошее», половина – как «удовлетворительное» и 8% как «плохое». Среди различных категорий льготополучателей наиболее низким уровнем самооценки здоровья отличаются: инвалиды (3% оценивают свое здоровье как «хорошее», 33% – как «удовлетворительное» и 45% – как «плохое»); ветераны

---

Подгорбунских и Толстова (2002) изучали, как гарантии по льготному лекарственному обеспечению населения выполнялись в Российской Федерации в целом и в различных регионах. Были получены оценки доли граждан среди соответствующих категорий населения, которые воспользовались предоставленными им льготами, а также оценки средней стоимости бесплатного и льготного рецептов.

В работе Вассермана (2001) изучалась возможность лиц, имеющих право на бесплатные лекарства, участвовать в сооплате лекарственных средств более высокого качества по сравнению с предоставляемыми ранее.

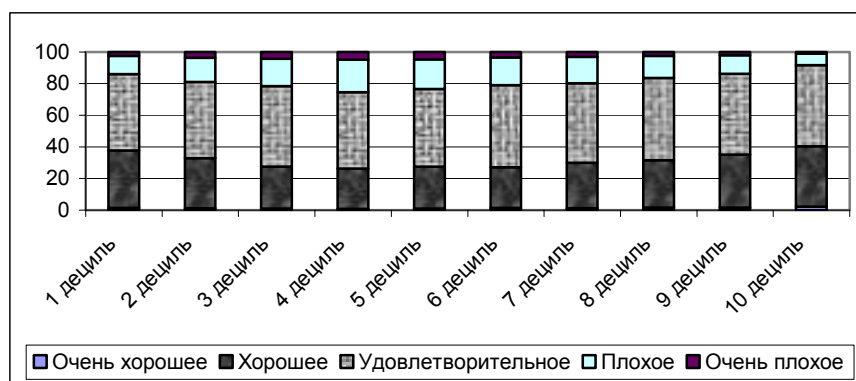
<sup>4</sup> Всемирный Банк. «Российская Федерация. Доклад по оценке бедности».

<http://www.worldbank.org.ru/ECA/Russia.nsf/ECADocByUnid/E6F1881459145A4BC3256E270038B5F1>

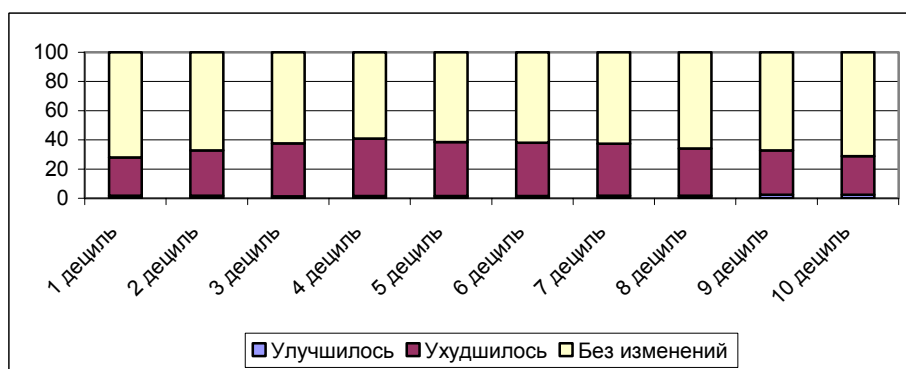
труда (4, 48 и 39% соответственно) и люди, подвергшиеся радиации (12, 52 и 30% соответственно). Отметим, что люди, подвергшиеся радиации, реже, чем инвалиды и ветераны труда, оценивают свое здоровье как «очень плохое».

Зная о том, что бедность дифференцирована в разрезе типов поселения, мы протестировали самооценки здоровья и относительно данной типологии, но не получили подтверждения данному виду различий. Тем не менее, с уменьшением размера населенного пункта несколько сокращается частота оценки здоровья как «хорошего» и увеличивается распространенность ответов «удовлетворительное» и «плохое».

Распространенность оценки здоровья как «удовлетворительное» практически не зависит от доходной группы. Однако при движении от 1-го дециля до 6-го падает частота выбора ответа «хорошее» и увеличивается частота ответов «плохое», респонденты также чаще считают, что их здоровье ухудшилось за прошедший год. Но затем при движении от 6-го дециля до 10-го распространенность оценки здоровья как «хорошего» немного растет, а как «плохого» – падает (рис.5.4 –5.5).



**Рисунок 5.4. Субъективная оценка состояния собственного здоровья в зависимости от уровня располагаемых ресурсов, %**



**Рисунок 5.5. Субъективная оценка изменения состояния собственного здоровья за прошедший год в зависимости от уровня располагаемых ресурсов, %**

В результате статистически значимым является следующий вывод: бедные придают меньшее значение состоянию собственного здоровья и реже обращаются к врачу как за бесплатной, так и за платной медицинской помощью. Это указывает на связь бедности и здоровья.

Дискуссия по поводу того, что в этой причинно-следственной связи первично, а что является следствием, имеет давнюю историю, и пока консенсуса достичь не удавалось. Мы постараемся ответить на другой вопрос: являются ли низкие доходы серьезным ограничением в доступе к лечению и лекарственному обеспечению из-за широкого распространения практик предоставления медицинской помощи за плату? Для этого

проанализируем практики обращаемости за платной и бесплатной медицинской помощью. Полученные результаты показывают, что бесплатное оказание медицинской помощи гражданам все еще преобладает. Среди обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью в течение последних 3 месяцев:

- 88,3% респондентов прибегали только к бесплатным медицинским услугам;
- 8,9% – только к платным;
- 2,8% – и к бесплатным, и к платным.

Респонденты, за последние 12 месяцев проходившие лечение в стационарах, в 64,6% случаев получали бесплатную медицинскую помощь, а в 35,4% – платили за нее. Отметим, что полученные оценки распространенности практик оплаты населением медицинской помощи ниже аналогичных результатов в целом ряде других исследований<sup>5</sup> (табл. 5.1), но подтверждают вывод том, что *оплата населением медицинской помощи, бесплатное предоставление которой декларируется государством, приобрела значительные масштабы, хотя еще и не стала повсеместным условием получения медицинской помощи.*

В качестве причин обращения за платными медицинскими услугами 2/3 респондентов указывают на существование барьеров в доступе к бесплатной помощи (нет бесплатных врачей нужного профиля или к бесплатному врачу такого профиля трудно попасть), и 1/3 отмечают неудовлетворенность качеством предлагаемой бесплатной помощи. Это согласуется с оценками исследования Д. Балабановой и др. [Balabanova et al. 2004], полученными для России на основе выборки в 4 тыс. респондентов: неудовлетворенность качеством бесплатной помощи для респондентов, отказавшихся от обращения к врачам, встречается в 1,5 раза чаще, чем недостаток денег, а трудности записи на прием к врачу – в 2 раза чаще<sup>6</sup>.

**Таблица 5.1. Доля пациентов, плативших за получение медицинской помощи, %**

Название исследования или организации, проводившей его	Тип выборки, год проведения обследования	Размер выборки	Характер медицинской помощи			
			Амбулаторно-поликлиническая помощь	Диагностические исследования	Стоматологическая помощь	Стационарная помощь

<sup>5</sup> Следует обратить внимание на систематическое расхождение оценок в специальных обследованиях, посвященных практикам оплаты населением медицинской помощи, и в обследованиях, предметом которых выступают все виды доходов и расходов домохозяйств (РМЭЗ, НОБУС). Существует несколько гипотез, объясняющих такого рода различия. Во-первых, при проведении масштабных исследований всех видов доходов и расходов домохозяйств, выборка смещается в сторону домохозяйств с относительно более низкими доходами, поскольку обеспеченные люди отказываются участвовать в опросе. Во-вторых, при проведении обследования всего бюджета домохозяйств респонденты, отвечая на множество вопросов о видах произведенных расходов, могут просто не вспомнить о всех своих медицинских расходах, производившихся нерегулярно, а могут и сознательно их не указать, поскольку занижают свои реальные доходы, а при заполнении анкеты доходы должны совпасть с расходами и сбережениями. В-третьих, в специализированных исследованиях, по-видимому, происходит смещение выборки в пользу респондентов, обратившихся за медицинской помощью и имевших опыт официальных и неофициальных платежей за медицинские услуги.

<sup>6</sup> Balabanova et al. 2004: 19-34.

Институт социальных исследований (Москва) и Бостонский университет	Общероссийская, 1997 г.	3000 домохозяйств	30	–	–	71
ВЦИОМ	Общероссийская, 1999 г.	1600 человек	4-20	44	80	34–37
Фонд «Российское здравоохранение»	Новгородская область, 2000 г.	1061 человек	24	–	59	46
Фонд «ИНДЕМ»	Общероссийская, 1999–2001 гг.	2017 человек	34	–	–	–
РМЭЗ	Общероссийская, 2001 г.	4006 домохозяйств	10	21	–	15
Центр экономико-социальных исследований	6 регионов, 2000–2001 гг.	562 человека	41	36	–	48
ОАО «РОСНО»	Москва, Санкт-Петербург, Саратов, 2000 г.	10 тыс. человек	81	–	–	–
ЕС Коперникус проект	Общероссийская, 2001 г.	4 тыс. человек	31	–	–	–
Независимый институт социальной политики	2 региона, 2002 г.	3299 домохозяйств	30	–	65	53
<b>НОБУС</b>	<b>Общероссийская, 2003 г.</b>	<b>44 500 домохозяйств</b>	<b>12</b>	–	–	<b>35</b>

Источники: Шишкин и др. 2004: 27–28, 66; Balabanova et al. 2004.

Совокупные расходы на медицинскую помощь составили, по данным НОБУС, в среднем 165,5 руб. в месяц на человека (табл. 5.2), в том числе:

- расходы на лекарства – 134,1 руб.;
- официальная оплата медицинских услуг – 24,8 руб., неофициальная оплата медицинских услуг – 6,6 руб.

Это значительно превышает показатели ФСГС, согласно которым средние расходы на лекарства в 2003 г. составляли 86,5 руб. в месяц на человека<sup>7</sup>, а средние расходы на медицинские услуги – 4,6 руб. в месяц<sup>8</sup>.

**Таблица 5.2. Расходы на медицинские услуги и лекарства в среднем на одного человека, руб. в месяц**

Виды расходов	Форма оплаты	
	Официально	Неофициально
Медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях	21,3	3,6
Медицинская помощь в стационарах в том числе расходы на лекарства	3,5	3,2 1,8
Лекарства для лечения дома	134,1	

<sup>7</sup> Социально-экономическое положение и уровень жизни населения России, 2004. М.: Росстат, 2004. С. 301–302.

<sup>8</sup> Российский статистический ежегодник. М.: Росстат, 2004. С. 506.

Всего	158,9	6,6
-------	-------	-----

При традиционно большем внимании женщин к собственному здоровью, женщины тратят значительно больше средств, чем мужчины на оплату медицинских услуг и лекарств. (Приложение 8, табл. 8.1.1). В трудоспособном возрасте такие расходы мужчин практически в 2 раза меньше расходов женщин, что свидетельствует о том, что мужчины меньше уделяют внимания своему здоровью, и, возможно, это является одной из причин высокой смертности мужчин в современной России.

Величины указанных расходов зависят от возрастной группы: на детей до 18 лет тратится 86 руб. в месяц, мужчины тратят 104 руб., женщины – 201 руб. (за счет бóльших расходов на лекарства и более высокой, по сравнению с мужчинами, официальной оплаты услуг в поликлиниках). Наибольшие расходы наблюдаются у пенсионеров: у мужчин они составляют 234 руб., у женщин – 267 руб. (у женщин этой возрастной категории расходы на лекарства также выше, чем у мужчин).

## 5.2. Региональные различия в доступности медицинской помощи<sup>9</sup>

Проведенное нами ранее сравнительное исследование реальных условий получения населением медицинской помощи в регионах с разным уровнем экономического развития выявило, что в экономически более благополучном регионе доля пациентов, оплачивающих свое лечение, меньше, чем в более бедном регионе. Данные НОБУС позволили проверить наличие такой зависимости для большей выборки регионов России. С этой целью были отобраны 43 региона РФ, выборка в которых составляла не менее 800 домохозяйств. При рассмотрении полученных данных на уровне регионов, указанная зависимость не выявляется. Правда, при этом размеры целевой выборки в каждом из регионов невелики: так, число пациентов, лежавших в больнице, составляет в каждом регионе в среднем около 200 человек, из них в среднем около 70 платили за лечение. Значения средних показателей для каждого отдельного региона, рассчитываемые по таким массивам данных, менее достоверны, чем в исследовании НИСП [Шишкин и др. 2004], в котором численность респондентов, получавших стационарную помощь, составила в среднем 485 человек, а плативших за нее – около 175 человек.

Ситуация меняется при агрегировании регионов в три группы, различающиеся по показателям подушевого валового регионального продукта<sup>10</sup> (Приложение 8, табл. 8.2.3). Первую группу составили высокоразвитые регионы (11 субъектов РФ), вторую – среднеразвитые (24 региона), третью – низкоразвитые (8 регионов). Усредненные для каждой группы показатели распространенности официальных и неофициальных платежей в поликлиниках оказались примерно одинаковыми. Что же касается оплаты стационарной помощи, то наблюдается четкая тенденция: чем выше уровень экономического развития группы регионов, тем меньше распространенность случаев оплаты стационарной помощи (табл. 5.3).

**Таблица 5.3. Распространенность обращаемости за бесплатной и платной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью по группам регионов, в % от числа обратившихся**

Регионы	Поликлиники				Больницы			
	Лечили сь бесплатно	Платили официаль но	Платили неофициа льно	Платили и официаль но и	Лечили сь бесплатно	Платили официаль но	Платили неофициа льно	Платили и официа льно и

<sup>9</sup> При анализе данных НОБУС в региональном разрезе взвешивание выборки не производилось. Поэтому приводимые ниже оценки могут несколько отличаться от результатов, полученных для взвешенных наблюдений, репрезентирующих все население Российской Федерации.

<sup>10</sup> При агрегировании в крупные группы размеры целевой выборки составляют уже 1600 и более респондентов, в том числе 550 человек и более плативших за лечение, что делает получаемые результаты сравнений достоверными.

				неофициально				неофициально
Высокоразвитые	91,2	7,2	0,8	0,8	71,7	21,2	4,4	2,6
Среднеразвитые	87,6	10,3	1,3	0,9	60,7	27,8	6,2	5,2
Низкоразвитые	88,4	10,2	0,8	0,7	55,6	33,9	7,5	3,1
<b>По всей выборке</b>	<b>88,8</b>	<b>9,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,8</b>	<b>64,6</b>	<b>25,2</b>	<b>5,5</b>	<b>4,6</b>

Исследование НИСП [Шишкин и др. 2004] выявило наличие схожих пропорций в распределении сумм официальных и неофициальных платежей за медицинскую помощь в регионах, которые различались по распространенности и размерам таких платежей. Согласно данным НОБУС по 43 регионам, наблюдается значительная вариация показателей доли неофициальных платежей в общих расходах на медицинские услуги в поликлиниках (Приложение 8, рис. 8.1.1, 8.1.2).

Но при рассмотрении агрегированных показателей для трех указанных групп регионов выявляется близость соотношений объемов официальных и неофициальных платежей в поликлиниках (рис. 5.6). Для стационарной помощи наблюдается другая зависимость: чем ниже уровень экономического развития группы регионов, тем ниже в совокупных расходах доля официальных платежей за медицинские услуги и выше доля затрат на приобретение лекарств для стационарного лечения (рис. 5.7). Другими словами, в более богатых регионах более высокая доля платежей при госпитализации идет по-белому, в кассу больницы, а в более бедных регионах большая часть платежей проходит мимо кассы медицинских учреждений.

Данные исследования НИСП [Шишкин и др. 2004], по сравнению с данными НОБУС, свидетельствовали о более высоком удельном весе неофициальных платежей в расходах населения в поликлиниках и больницах и о более высоком удельном весе затрат на лекарства в расходах в больницах (рис. 5.6–5.7). Но в целом оба исследования показывают, что более низкий уровень экономического развития регионов выступает фактором, ограничивающим доступность бесплатной медицинской помощи.

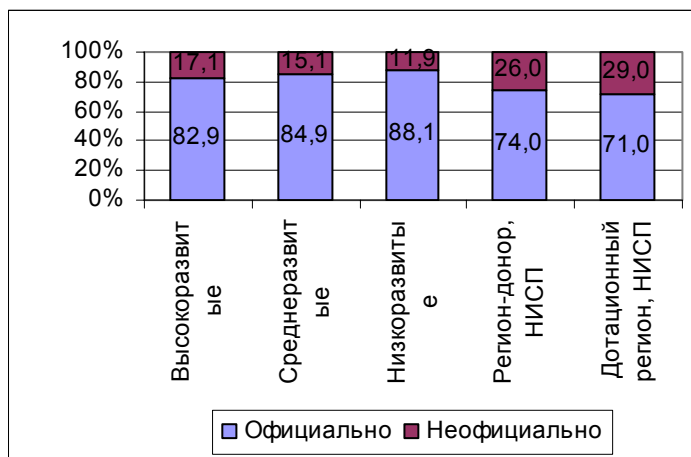
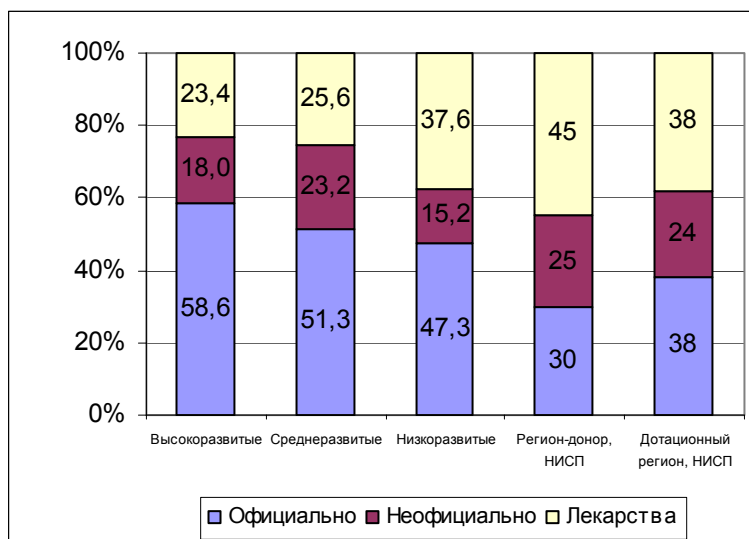


Рисунок 5. 6. Соотношение сумм официальных и неофициальных платежей в поликлиниках в регионах РФ, %



**Рисунок 5.7. Соотношение сумм официальных и неофициальных платежей за услуги и покупки лекарств в стационарах в регионах РФ, %**

Чем выше уровень экономического развития регионов, тем больше совокупные расходы респондентов на получение медицинской помощи. Такая же связь наблюдается между уровнем экономического развития регионов и расходами на лекарства для лечения дома. При этом средние расходы респондентов на медицинские услуги в поликлиниках и больницах практически не различаются в высоко- и среднеразвитых регионах. В низкоразвитых регионах респонденты платят за эти услуги значительно меньше (табл. 5.5).

**Таблица 5.5. Расходы на медицинские услуги и лекарства в разных группах регионов, рублей в месяц на респондента**

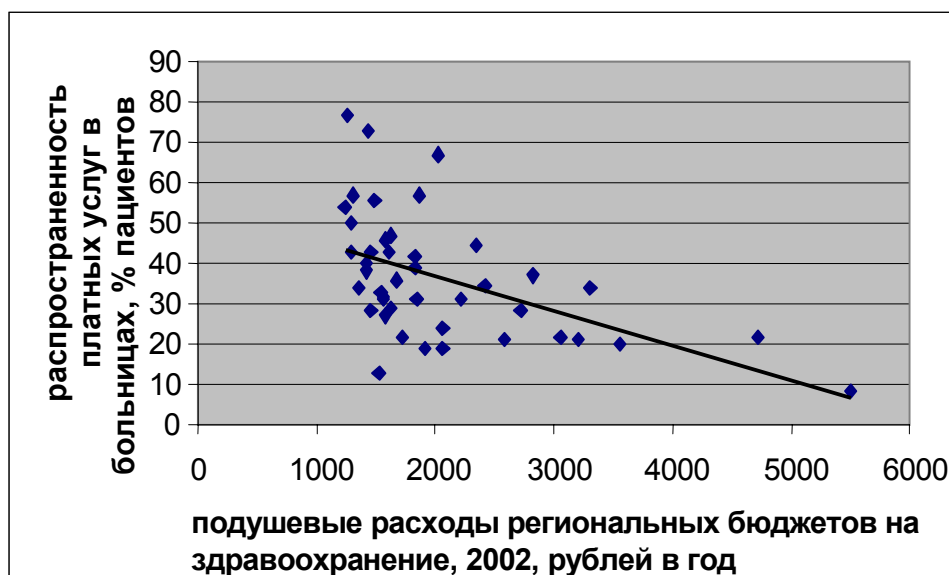
Регионы	Поликлиники			Больницы				Лекарства для лечения дома	Совокупные медицинские расходы
	Официально	Неофициально	Всего	Официально	Неофициально	Лекарства	Всего		
Высокоразвитые	21,3	3,2	24,5	3,8	0,9	1,3	6,0	148,2	178,7
Среднеразвитые	23,5	4,8	28,3	3,9	1,6	2,1	7,7	135,4	171,4
Низкоразвитые	16,6	2,3	18,9	3,2	1,2	2,6	7,0	116,2	142,1
<b>По всей выборке</b>	<b>21,7</b>	<b>3,8</b>	<b>25,5</b>	<b>3,8</b>	<b>1,4</b>	<b>2,0</b>	<b>7,2</b>	<b>135,4</b>	<b>168,1</b>

Во всей совокупности регионов и в рамках каждой из обозначенных групп наблюдается значительная дифференциация номинальных объемов платежей респондентов (Приложение 8, табл. 8.2.3). В средне- и низкоразвитых регионах нагрузка на бюджеты респондентов (доля расходов на медицинскую помощь в располагаемых ресурсах) значительно выше, чем в высокообразованных (табл. 5.6).

**Таблица 5.6. Располагаемые ресурсы респондентов и доля медицинских расходов в располагаемых ресурсах в разных группах регионов**

Регионы	Подушевые располагаемые ресурсы на душу, руб. в месяц	Доля общих медицинских расходов в подушевых располагаемых ресурсах, %
Высокоразвитые	4269,7	4,4
Среднеразвитые	3048,0	5,7
Низкоразвитые	2602,8	5,5
<b>По всей выборке</b>	<b>3283,7</b>	<b>5,1</b>

Важно отметить, что имеющиеся региональные данные позволили проверить наличие зависимости между распространенностью практик оплаты населением медицинской помощи и размерами государственного финансирования здравоохранения в регионах. *Регрессионный анализ подтвердил наличие статистически значимой обратной зависимости между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и распространенностью практик оплаты лечения в больницах* (рис. 5.8).



**Рисунок 5.8. Расходы пациентов на медицинскую помощь в больницах в зависимости от уровня государственного финансирования здравоохранения в 43 субъектах РФ, 2002 г.**

Для анализа взаимосвязи между региональной политикой государственного финансирования здравоохранения и расходами населения был осуществлен также корреляционный анализ в разрезе различных составляющих совокупных медицинских расходов населения и государственного финансирования (табл. 5.7). В качестве медицинских расходов населения рассматривались:

- официальные расходы в поликлиниках и больницах;
- неофициальные расходы в поликлиниках и больницах;
- покупка лекарств для лечения дома.

Среди источников государственного финансирования выделялись расходы региональных бюджетов и средства территориальных фондов ОМС (включая платежи из бюджетов на страхование неработающего населения). Учитывая показанную выше обратную зависимость между размерами государственного финансирования здравоохранения в регионах и распространенностью практик участия населения в оплате медицинской помощи, можно было бы ожидать следующий результат: чем лучше финансируется здравоохранение в регионах, тем меньше вынуждены тратить на эти цели их жители. Однако эта гипотеза не подтверждается.

**Таблица 5.7. Коэффициенты корреляции между различными видами душевых расходов потребителей на медицинскую помощь и душевых расходов государства на здравоохранение**

		Высоко развитые	Средне развитые	Слаборазвитые
	43 региона	11 регионов	24 региона	8 регионов
Показатели				

Расходы населения на медицинскую помощь <sup>11</sup> и				
1. Бюджетные расходы <sup>12</sup> в 2002 г.	0,3	0	0,4	0,7
2. Бюджетные расходы в 2003 г.	0,4	0	0,4	0
3. Совокупные государственные расходы <sup>13</sup> в 2002 г.	0,4	0	0,5	0,7
3. Совокупные государственные расходы в 2003 г.	0,5	0	0,6	0
Расходы населения на лекарства <sup>14</sup> и				
1. Бюджетные расходы <sup>15</sup> в 2002 г.	0,4	0	0,4	0,8
2. Бюджетные расходы в 2003 г.	0,5	0,5	0,4	0
3. Совокупные государственные расходы в 2002 г.	0,5	0	0,6	0,7
4. Совокупные государственные расходы в 2003 г.	0,6	0,6	0,6	0

В целом по выборке из 43 регионов наблюдается положительная корреляция душевых совокупных медицинских расходов населения и душевых совокупных государственных (а также отдельно бюджетных) расходов на здравоохранение. Показатель расходов населения на лекарства аналогично взаимосвязан с бюджетными и совокупными государственными расходами в соответствующий период. Это отражает общую зависимость этих показателей от уровня экономического развития регионов. Что же касается размеров официальных и неофициальных платежей населения за медицинские услуги, то ни один из них не коррелирует с размерами государственных расходов на здравоохранение в регионах. Вывод представляется следующим: в наиболее бедных регионах с низкими государственными расходами на здравоохранение практики платежей населения распространены больше, но население платит меньше, так как располагает низкими доходами. В экономически благополучных субъектах федерации платят реже, но больше.

### 5.3. Кто уязвим в доступе к медицинским услугам?

Исследование позволило выделить два основных типа ограничений в доступе населения к медицинской помощи.

1. В предложении бесплатных медицинских услуг:
  - a. территориальные различия в уровне государственного финансирования здравоохранения;
  - b. отсутствие в государственном (муниципальном) учреждении по месту жительства врачей нужной специальности;
  - c. трудности записи на прием к врачам.
2. В возможности населения платить за медицинские услуги и лекарства.

Совместное влияние этих факторов обуславливает существенные различия в возможностях получения как бесплатной, так и платной медицинской помощи для граждан, проживающих в разных типах населенных пунктов и имеющих разный уровень располагаемых ресурсов. Группы, имеющие сравнительно худшие возможности получения медицинской помощи, предстают как уязвимые с точки зрения ее доступности.

#### 5.3.1. Уязвимость, обусловленная местом проживания

<sup>11</sup> Рублей в месяц на медицинские услуги и лекарства в январе–марте 2003 г.

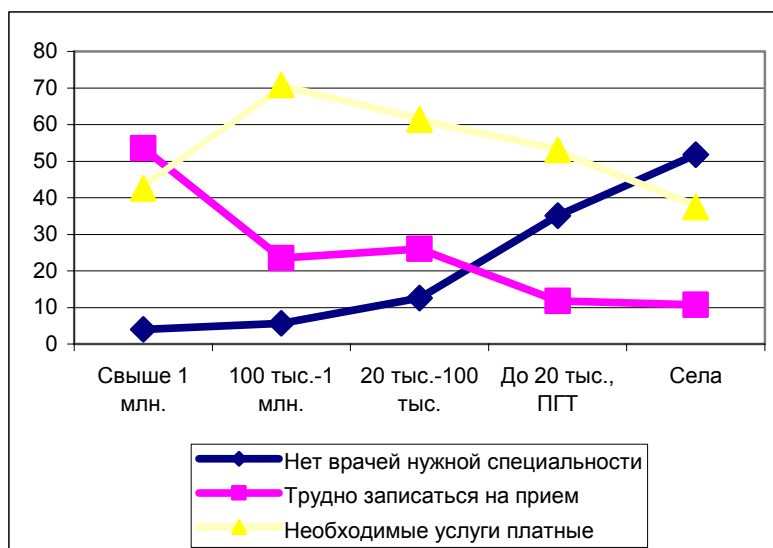
<sup>12</sup> Расходы региональных бюджетов на здравоохранение.

<sup>13</sup> Бюджет и ОМС.

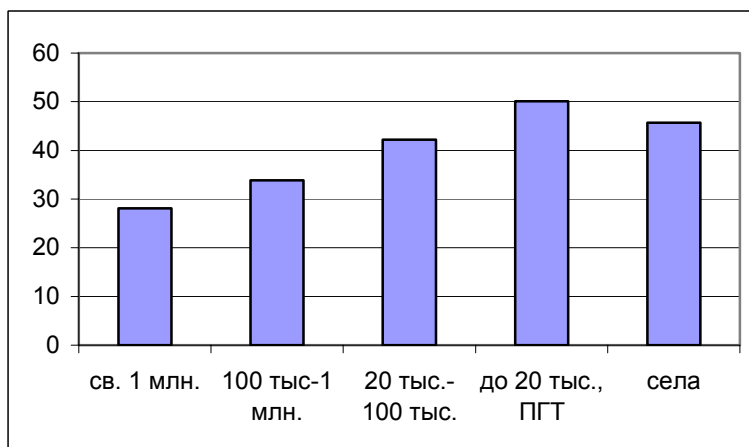
<sup>14</sup> Рублей в месяц в январе–марте 2003 г.

<sup>15</sup> Расходы региональных бюджетов на здравоохранение.

В малых и средних городах респонденты чаще отмечают отсутствие врачей нужной специальности как причину отказа от обращения в медицинские учреждения, а в селах это является основной причиной таких отказов (рис. 5.9). В малых городах и на селе ограниченность спектра предлагаемых видов бесплатной помощи приводит к вынужденному замещению бесплатного лечения платным. Так, респонденты, прибегавшие к платному лечению, указывают на отсутствие бесплатных врачей нужного профиля в качестве одной из основных причин обращения за платной медицинской помощью. Значимость этого фактора возрастает с уменьшением размера населенного пункта (рис. 5.10).



**Рисунок 5.9. Распределение ответов респондентов, проживающих в поселениях разных типов, о причинах отказов от обращения за необходимой медицинской помощью, %**



**Рисунок 5.10. Распространенность обращаемости за платной помощью в связи с отсутствием бесплатных врачей нужного профиля в разных типах населенных пунктов, % от респондентов, прибегавших к платной медицинской помощи**

Вместе с тем показатели распространенности случаев обращений за платной медицинской помощью примерно одинаковы для жителей разных типов населенных пунктов (табл. 5.8). Для жителей средних и крупных городов на первый план среди причин обращения за платными услугами выходят уже трудности записи на прием к врачам и неудовлетворенность качеством предоставляемого бесплатного лечения.

Размеры же расходов на медицинскую помощь различаются для жителей разных населенных пунктов, отражая различия в их доходах и развитости сети учреждений здравоохранения. В

городах с населением от 100 тыс. до 1 млн. человек и от 20 тыс. до 100 тыс. человек средние медицинские расходы граждан примерно одинаковы (193 и 180 руб. в месяц соответственно). В крупных городах (с населением свыше 1 млн. человек), в поселках и на селе тратится значительно меньше – 157, 152 и 135 руб. соответственно (Приложение 8, табл. 8.1.2). То, что жители городов-«миллионников», при самых высоких доходах, платят примерно столько же, сколько сельские жители, еще раз подчеркивает, что вследствие различий в уровне развитости сети учреждений здравоохранения жители крупных имеют больше возможностей получить бесплатную медицинскую помощь, чем жители села.

**Таблица 5.8. Распространенность платного и бесплатного лечения среди обратившихся за медицинской помощью в зависимости от типа населенного пункта, %**

Виды помощи	Типы населенных пунктов по числу жителей					В среднем
	Свыше 1 млн. человек	100 тыс. – 1 млн. человек	20 тыс. – 100 тыс. человек	До 20 тыс. человек, ПГТ	Села	
Бесплатная	90,7	86	89,1	89,8	88,5	88,3
Платная	7,3	9,7	8,6	8,2	9,1	8,8
Бесплатная и платная	2	4,3	2,4	2	2,4	2,8
Всего	100	100	100	100	100	100

Сельские жители, в особенности пенсионеры, в наибольшей мере сталкиваются с ограничениями в предложении бесплатных медицинских услуг<sup>16</sup> и невозможностью выполнения назначенного лечения. Так, доля жителей сел, которые выполняют лечение частично или совсем не выполняют, составляет 26,4%, тогда как в среднем этот показатель равен 22,4%. (табл. 5.9). В селах наиболее уязвимы бедные жители в возрасте 30–55 лет и женщины старше 70 лет; а также небедные женщины в возрасте 51–55 лет, и старше 60 лет (Приложение 8, табл. 8.1.5).

**Таблица 5.9. Выполнение населением назначенного лечения в зависимости от типа населенного пункта, %**

Типы населенных пунктов по числу жителей	Обращались за медицинской помощью	Выполнили лечение полностью	Выполнили то, что бесплатно	Выполнили частично или не выполнили
Свыше 1 млн. человек	15,7	14,7	22,5	12,3
100 тыс. – 1 млн. человек	31,1	31,1	30,4	31,6
20 тыс. – 100 тыс. человек	18,4	18,3	18	18,9
До 20 тыс. человек, ПГТ	12,5	13,4	9,4	10,8
Села	22,4	22,5	19,6	26,4
Всего	100	100	100	100

По сравнению с другими типами семей, на селе наиболее ограничены в доступе к медицинским услугам, с одной стороны, одиночки пенсионного возраста и супруги-пенсионеры, а с другой, – бедные супружеские пары с детьми и неполные семьи с детьми. Одни, потому что бедные, другие имеют больше проблем со здоровьем.

<sup>16</sup> У жителей сел и небедных жителей поселков ограниченность предложения объясняет более половины отказов от обращения за медицинской помощью. *Сельские жители пенсионного возраста* с этой точки зрения являются наиболее уязвимыми. Сумма первых двух вариантов ответов на вопрос об отказах от обращения к врачам (нет бесплатных врачей нужного профиля и трудно попасть на прием к бесплатному врачу) у сельских жителей составляет 63% случаев отказов, а у сельских жителей пенсионного возраста – 70%. В то же время в среднем во всех типах населенных пунктов ограниченность предложения объясняет 49% отказов от медицинской помощи, а среди жителей пенсионного возраста – 52% отказов.

С уменьшением размера поселения растет распространенность частичного выполнения лечения из-за нехватки денег на покупку лекарств и оплату процедур (Приложение 8, табл. 8.3.5).

Население небольших населенных пунктов, располагая меньшим объемом ресурсов, тратит большую их долю на оплату медицинских услуг и лекарств, чем население городов с числом жителей свыше миллиона (первые – более 5,0%, вторые 3,8%). В первом случае это в значительной степени обусловлено недостатком бесплатной медицинской помощи (Приложение 8, табл. 8.1.4). Наибольшие расходы в процентах от располагаемых ресурсов несут лица пенсионного возраста. Вместе с тем, для жителей городов с населением более 1 млн. человек основным ограничением в доступности медицинской помощи выступают трудности записи на прием к врачу, и наиболее уязвимыми в данном случае являются пенсионеры (в большей степени инвалиды) и бедные семьи с детьми.

Итак, картина ограничений в доступе к медицинским услугам и лекарствам предстает следующей: такие ограничения нарастают по мере уменьшения размера населенного пункта, а внутри населенных пунктов наиболее уязвимыми являются пенсионеры старших возрастов (в основном инвалиды, которые чаще всего женщины) и бедные семьи с детьми, в большей степени неполные семьи. Группы с максимальной уязвимостью – это сельские женщины-инвалиды и неполные семьи с детьми.

### 5.3.2. Уязвимость, обусловленная недостаточностью располагаемых ресурсов

Теперь обратимся к поиску связи между уровнем доходной обеспеченности и доступностью медицинских услуг и лекарств. Данные НОБУС свидетельствуют о прямой зависимости распространенности платного лечения от уровня доходов домохозяйств. Чем ниже располагаемые ресурсы, тем реже респонденты обращаются только за платными медицинскими услугами, которые расцениваются как более качественные в сравнении с бесплатными: 4,7% у 1-го дециля и 14,9% у 10-го (табл. 5.10). Нагрузка на бюджет респондентов в связи с необходимостью оплаты медицинских услуг и покупкой лекарств выступает фактором уязвимости в получении медицинской помощи.

**Таблица 5. 10. Распространенность платного и бесплатного лечения среди обратившихся за медицинской помощью в зависимости от располагаемых ресурсов респондентов, %**

	Децили										Все население
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Бесплатная	94,4	92,1	91,4	90,7	88,9	89,5	88	85,6	84,9	79,2	88,3
Платная	4,7	5,8	6,8	7,7	9,2	8,2	8,9	10,7	10,3	14,9	8,8
Бесплатная и платная	0,9	2,1	1,8	1,6	1,9	2,3	3,1	3,7	4,8	5,9	2,8
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

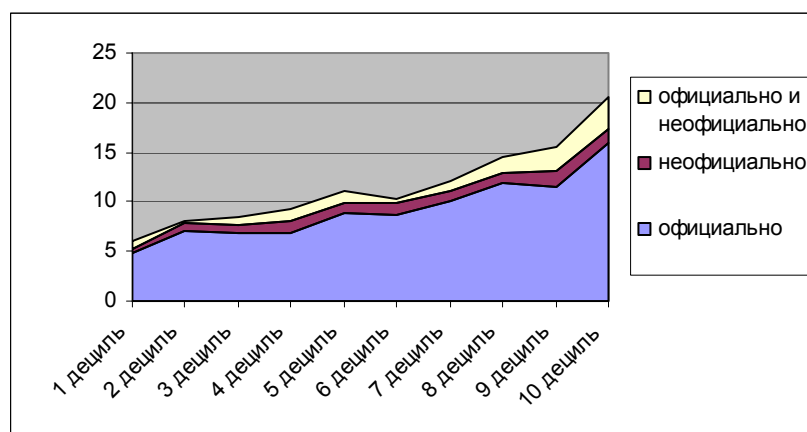
Наблюдается обратная зависимость между уровнем ресурсной обеспеченности респондентов и распространенностью отказов от обращения за медицинской помощью из-за невозможности оплаты медицинских услуг (табл. 5.11). Чаще отказываться от обращения за платной медицинской помощью вынуждены наименее обеспеченные респонденты. С ростом располагаемых ресурсов ситуация меняется: для групп, начиная с 6-го дециля, невозможность оплатить медицинские услуги перестает быть преобладающей причиной отказов от помощи.

**Таблица 5.11. Причины отказов от обращения за медицинской помощью в разрезе децильных групп, % от респондентов, которые не обращались за медицинской помощью по причинам, не связанным с отсутствием проблем со здоровьем**

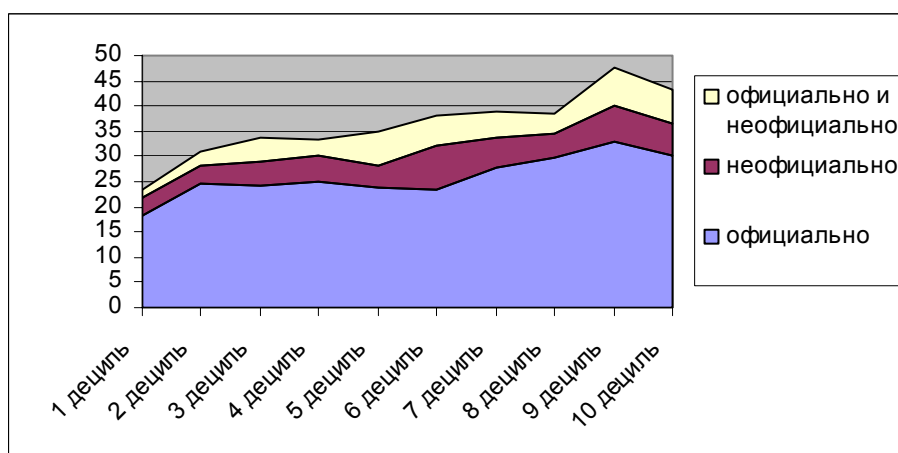
Причины	Децили										Все	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	население
В населенном пункте нет нужных врачей	27,8	26,1	27,3	28,2	26,1	27,5	20,7	14,5	20,9	29,9	25,2
Трудно записаться на прием	6,8	16,5	18,4	19,7	22,9	24,8	29,9	39,5	42,3	49,1	24,0
Необходимые услуги платные	65,4	57,4	54,3	52,1	51	47,7	49,4	46	36,8	21,1	50,8
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

С ростом располагаемых ресурсов снижается распространенность выполнения не только бесплатного лечения, но и полного или частичного невыполнения лечения из-за невозможности купить необходимые лекарства и оплатить процедуры (Приложение 8, табл. 8.3.1). В то же время возрастает значимость невыполнения лечения по другим причинам, скорее всего, связанным с отсутствием достаточного времени или сомнениями в правильности назначенного лечения. Чем меньше располагаемые ресурсы, тем реже домохозяйства могут прибегнуть к обращению за платной медицинской помощью, и тем большая доля пациентов довольствуется лишь предоставляемыми бесплатно медицинскими услугами. Причем менее обеспеченные домохозяйства реже обращаются и к официальной, и к неофициальной оплате лечения в поликлиниках и больницах (рис. 5.11–5.12).



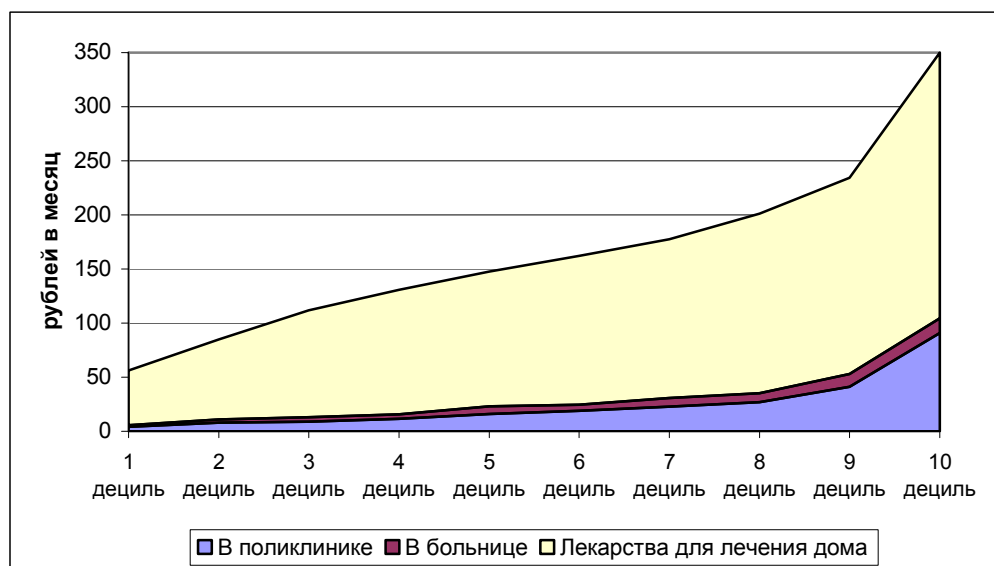
**Рисунок 5.11. Доля пациентов, плативших за амбулаторно-поликлиническую помощь среди домохозяйств с разным уровнем располагаемых ресурсов, %**



**Рисунок 5.12. Доля пациентов, плативших за стационарную помощь среди домохозяйств с разным уровнем располагаемых ресурсов, %**

Расходы домохозяйств на медицинскую помощь в поликлиниках и больницах, а также на покупку лекарств увеличиваются с ростом располагаемых ресурсов (рис. 5.13). При этом

соотношение официальных и неофициальных платежей в поликлиниках примерно одинаково во всех доходных группах и составляет 7–10 к 1 (Приложение 8, табл. 8.3.2). В больницах это соотношение совершенно иное: 1–3 к 1, т.е. удельный вес неофициальных платежей достигает 30–50%. С ростом доходной группы увеличивается размер платежей за лекарства в больницах. Покупка дополнительных лекарств в больницах превышает неофициальные платежи за услуги непосредственно медицинским работникам во всех доходных группах респондентов.



**Рисунок 5.13. Подушевые расходы на медицинские услуги в поликлиниках и больницах и на лекарства для лечения дома в зависимости от объема располагаемых ресурсов домохозяйств, руб. в месяц**

Доля расходов на медицинские услуги и лекарства в располагаемых ресурсах респондентов составляет в среднем 5%. Этот показатель соотносится с соответствующими оценками обследований бюджетов населения (Госкомстат, РМЭЗ) и в несколько раз ниже, чем бремя расходов, рассчитанное в рамках специализированных обследований (Приложение 8, табл. 8.3.3). Нагрузка на бюджеты населения в связи с оплатой медицинской помощи у низкодоходных групп значительно выше, чем у высокодоходных (Приложение 8, табл. 8.3.4). 10% самых бедных респондентов были вынуждены тратить на медикаменты 5,4% от своих располагаемых ресурсов, а 10% самых богатых – только 2,6%. В целом медицинские расходы составили у самых бедных 6,0% располагаемых ресурсов, а у самых богатых – 3,7%. С точки зрения возрастных групп наибольшую долю своих располагаемых ресурсов тратят на медицинские услуги и лекарства лица пенсионного возраста (Приложение 8, табл. 8.1.1).

Таким образом, в ходе исследования нам удалось подтвердить наличие следующих зависимостей между доступностью медицинской помощи и доходами домохозяйств:

- Лица из групп с низким уровнем располагаемых ресурсов чаще вынуждены отказываться от обращения за платной медицинской помощью из-за невозможности ее оплаты и реже выполняют назначенное в государственных учреждениях лечение полностью, так как не могут приобрести нужные лекарства.
- Расходы домохозяйств на медицинские услуги в поликлиниках и больницах, а также на покупку лекарств увеличиваются с ростом располагаемых ресурсов.
- Низкодоходные группы тратят средства на медицинские цели, в основном приобретая лекарства, тогда как высокодоходные расходуют больше на оплату медицинских услуг, чем на покупку медикаментов.

- С ростом располагаемых ресурсов увеличивается неудовлетворенность бесплатной медицинской помощью в качестве основной причины обращаемости за платной.

#### 5.4. Эффективность программ льготного лекарственного обеспечения

Согласно закону Российской Федерации «О лекарственных средствах» № 86-ФЗ (глава «Государственные гарантии доступности лекарственных средств»<sup>17</sup>) и исторически сложившейся практике, во время пребывания в стационарах пациенты должны получать лекарства и медицинские материалы бесплатно; при лечении в поликлиниках пациенты не платят за медицинские материалы, используемые при проведении диагностических и лечебных процедур.

Данные НОБУС позволяют оценить эффективность государственных программ льготного лекарственного обеспечения, существовавших до вступления в силу закона № 122-ФЗ. Согласно действовавшему законодательству, пациенты, получающие амбулаторную помощь (за исключением определенных категорий населения) приобретали за свой счет лекарства, рекомендованные врачом. Предусматривалось предоставление лекарств со 100%-ной и 50%-ной скидкой определенным категориям населения<sup>18</sup>. Так, на полностью бесплатное обеспечение лекарствами имели право участники Великой Отечественной войны (ВОВ), дети первых трех лет жизни, инвалиды I-й группы, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет, неработающие инвалиды II-й группы, граждане, подвергшиеся радиации, и некоторые другие категории. Право на 50%-ную скидку предоставлялось пенсионерам, получающим пенсию в минимальных размерах, работающим инвалидам II-й группы, безработным инвалидам III-й группы и некоторым другим категориям населения.

Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ упразднил предоставление лекарств с 50%-ной скидкой, предоставив следующим категориям населения<sup>19</sup> право на бесплатное лекарственное обеспечение:

- инвалиды ВОВ и приравненные к ним категории;
- участники ВОВ и приравненные к ним категории;
- ветераны боевых действий;
- инвалиды и дети инвалидов;
- лица, подвергшиеся воздействию радиации.

Ранее льготы распространялись на медикаменты из ежегодно утверждаемого «Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации государственных гарантий»<sup>20</sup>. С 2005 г. бесплатное лекарственное обеспечение происходит согласно

<sup>17</sup> Утратила силу в связи с Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.

<sup>18</sup> «Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно» (Приложение № 1 к Постановлению Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 (в редакции 2002 г.) и «Перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен» (Приложение № 2 к Постановлению Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 (в редакции 1995 г.) указывают группы населения, имеющие право на льготное обеспечение лекарственными средствами.

<sup>19</sup> Указаны в ст. 6.1 и 6.7 закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ и в Приложении № 1 к Порядку предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 29.12.2004 № 328.

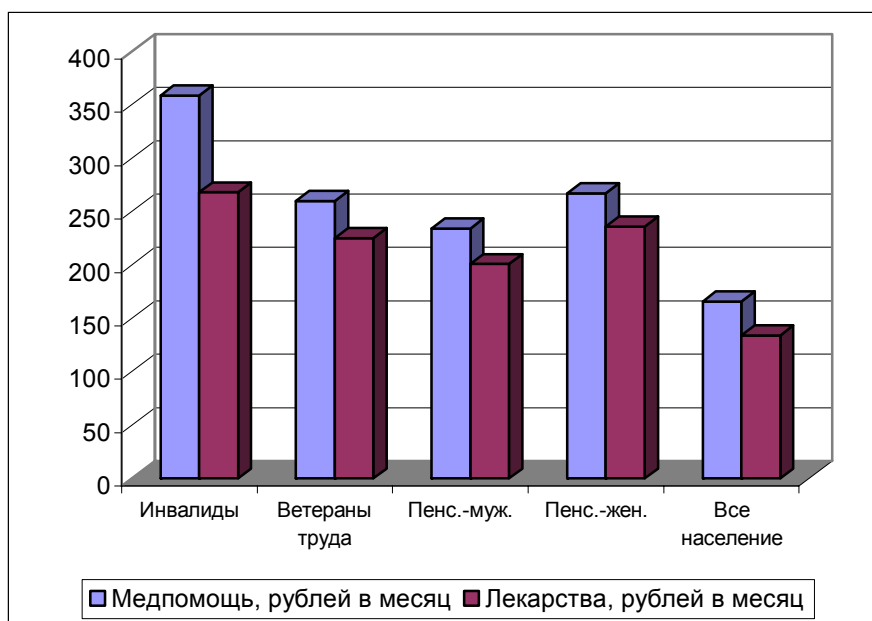
<sup>20</sup> Документ разрабатывается Формулярным комитетом, созданном Минздравом России на основании отраслевого стандарта № 91500.05.0004-2002. В 2004 г. действовал Перечень, утвержденный распоряжением правительства РФ № 357-Р от 20 марта 2003 г. В настоящее время принят новый

«Перечню лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи»<sup>21</sup>.

Согласно данным НОБУС, 7,7% населения или 17,2% домохозяйств в 2003 г. имели право на частичное или полное льготное лекарственное обеспечение. Следует отметить, что этот показатель существенно ниже величины 13% населения, приводимой на 2001 г. в работе Н. Подгорбунских и Е. Толстовой [2002].

Как и следовало ожидать, люди пенсионного возраста чаще других категорий населения имеют право на скидки при покупке лекарств и пользуются ими. Не вызывает сомнений утверждение, что лица, не имеющие льгот, в среднем меньше тратят на медицинскую помощь и лекарства. Посмотрим насколько велик разброс показателей для отдельных групп респондентов. При сравнении выделенных ниже групп следует иметь в виду, что они частично пересекаются и содержатся друг в друге.

В то время как лица, не имеющие льгот, в среднем платят за медицинскую помощь 131 руб. в месяц (из них за лекарства 102 руб.), расходы инвалидов составляют 359 (286) руб., инвалидов войны – 237 (220) руб., людей, подвергшихся радиации, – 162 (137) руб., ветеранов труда – 260 (225) руб., пенсионеров: 234 (201) руб. – для мужчин, 267 (236) руб. – для женщин (рис. 5.14; Приложение 8, табл. 8.1.3).



**Рисунок 5.14. Расходы на медицинские услуги и лекарства льготополучателей и пенсионеров**

Наибольшие доли расходов на медицинские услуги и лекарства в располагаемых ресурсах приходятся на пенсионеров, инвалидов и ветеранов труда. Если в среднем по выборке совокупные расходы составляют 5,6% от располагаемых ресурсов, а неофициальные – 0,1%, то у инвалидов это 13,0 и 0,4%, у ветеранов труда – 8,0 и 0,2%, у пенсионеров – 7,6 и 0,2% (мужчины), 8,7 и 0,2% (женщины). Ветераны труда – довольно многочисленная категория среди всех пенсионеров, и показатели их сравнимы с цифрами для всех пенсионеров.

---

Перечень (распоряжение правительства РФ № 1344-р от 21 октября 2004 г.), в котором, в частности, увеличен список витаминов и минералов.

<sup>21</sup>Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития России от 02.12.2004 № 296 в редакции Приказа Минздравсоцразвития от 24.12.2004 № 321.

Инвалидов среди пенсионеров меньше, они больше нуждаются в медицинском обслуживании и тратят на него более значительную часть своих ресурсов.

Во второй главе уже отмечалось, что большинство льготополучателей сконцентрированы в срединных децильных группах по располагаемым ресурсам. Наше исследование подтвердило факт, что не все льготники имеют равный доступ к льготным лекарствам. Среди лиц, подвергшихся радиации, 67% воспользовались правом на льготы при покупке лекарств, а среди инвалидов и инвалидов войны таких респондентов было только 46%, среди ветеранов труда и других льготников – 19% .

Показатели доли лиц, воспользовавшихся имеющимися льготами, среди жителей разных типов населенных пунктов примерно одинаковы (табл. 5.12).

**Таблица 5.12. Использование скидок на лекарства льготополучателями в различных типах поселения**

Тип населенного пункта	Не имеют право на скидки <sup>1</sup>	Имеют право и воспользовались им <sup>1</sup>	Имеют право и не воспользовались <sup>1</sup>	Доля использования скидок <sup>2</sup>
Свыше 1 млн. человек	93,5	3,3	3,2	50,8
100 тыс. – 1 млн. человек	93	4,5	2,6	63,4
20 тыс. – 100 тыс. человек	91,7	5,7	2,6	68,7
До 20 тыс. человек, ПГТ	91,6	5,2	3,1	62,7
Села	93,9	3,8	2,3	62,3

<sup>1</sup> - % от числа респондентов в населенных пунктах заданного типа

<sup>2</sup> - % от числа респондентов, имеющих право на скидки

Данные НОБУС позволяют оценить масштабы экономии, получаемой лицами, использующими льготы на покупку лекарств. Если рассматривать номинальные величины экономии, то оказывается, что скидки наиболее результативны для высокоходных групп респондентов. Важно то, что и в относительном выражении данные скидки также дают большую экономию респондентам из высокодоходных групп. Так, с ростом располагаемых ресурсов соотношение экономии от льгот и произведенных расходов на лекарства возрастает. В то же время соотношение экономии при покупке лекарств и размера располагаемых ресурсов примерно одинаково для всех децильных групп: респонденты экономят 0,1–0,3% от располагаемых ресурсов.

Рассмотрим только льготополучателей, разделим их на бедных и небедных по располагаемым ресурсам и сравним расходы на лекарства этих двух групп. В стоимостном выражении льготы наиболее значимы для бедных – сумма затрат на лекарства, возмещенных государством, превышает суммы, затраченные бедными во всех типах населенных пунктов. В крупных городах и в поселках экономия выше фактических расходов бедных соответственно в 2,8 и 1,6 раза. Экономия от покупки лекарств со скидкой в процентах от располагаемых ресурсов у бедных жителей в 1,5–2 раза выше, чем у небедных. Иными словами, скидки на покупку лекарств снижают бремя расходов на медицинские услуги у бедных, причем наиболее эффективно – в крупных городах и поселках.

В целом данные обследования НОБУС свидетельствуют о том, что льготы на покупку лекарств действенны. Тем не менее, льготы не выравнивают наиболее ущемленные категории с остальным населением: личные номинальные расходы у них остаются выше, чем у всего населения. Более высокой является и доля затрат на лекарства в располагаемых ими

ресурсах. Другими словами, льготы при покупке лекарств недостаточно компенсируют более высокие затраты льготополучателей по сравнению с остальным населением.

## **Основные выводы**

1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии существенного неравенства в доступности бесплатной и платной медицинской помощи для жителей разных регионов и типов поселения, различных доходных и демографических групп.
2. Неравенство в возможностях получения бесплатной медицинской помощи жителями разных регионов связано с экономическими различиями между регионами. При более высоком уровне экономического развития регионов и соответственно более значительных объемах государственного финансирования здравоохранения распространенность практик замещения бесплатной медицинской помощи платной меньше, а чем ниже размер государственного финансирования здравоохранения в регионах, тем чаще их жители вынуждены прибегать к лечению за плату.
3. Ограничения в доступности бесплатной медицинской помощи наблюдаются во всех типах населенных пунктов. Однако, если в крупных городах наиболее существенным ограничением выступают трудности записи на прием к врачу, то в малых городах и на селе главным ограничивающим фактором является отсутствие требуемых врачей. Жители сел и поселков обладают наименьшими возможностями бесплатного получения нужной медицинской помощи нужного качества.
4. Доступность медицинской помощи, бесплатной и платной, для различных групп населения падает с уменьшением размера располагаемых ресурсов и размера населенного пункта. При этом тип населенного пункта оказывается более существенным фактором неравенства в доступности, чем располагаемые ресурсы.
5. Бедные вынуждены тратить большую часть своего дохода на медицинские нужды, прежде всего на оплату лекарств, но при этом чаще вынуждены неполностью выполнять назначенное им лечение или вообще отказываться от него, так как не могут позволить себе приобрести необходимые лекарства.
6. Льготы на покупку лекарств действенны для льготополучателей и относительно более эффективны для бедных – экономия значительно превосходит личные расходы, при этом личные расходы значительно ниже, чем средние по выборке. Тем не менее, льготы не выравнивают наиболее ущемленные категории с остальным населением: личные номинальные расходы льготополучателей остаются значительно выше расходов остального населения.
7. В большей степени уязвимость свойственна сельским жителям в депрессивных регионах, среди которых самые уязвимые – это женщины, инвалиды и бедные неполные семьи.