



н е з а в и с и м ы й и н с т и т у т
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России

**Доклад подготовлен во исполнение Двухгодичного соглашения о
сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социального
развития Российской Федерации и Европейским региональным бюро
Всемирной организации здравоохранения на 2006/2007 гг.**

Авторский коллектив:

С.В.Шишкин – руководитель проекта

Н.В.Бондаренко

А.Я.Бурдяк

К.М.Кельманзон

М.Д.Красильникова

Л.Д.Попович

С.В.Светличная

Е.В.Селезнева

И.М.Шейман

В.И.Шевский

Москва, декабрь 2007

Оглавление

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	3
2. ЗАДАЧИ ПРОЕКТА.....	4
3. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	4
4. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА	6
5. РАЗЛИЧИЯ В ДОСТУПНОСТИ УСЛУГ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	9
5.1. Различия в обращаемости за медицинской помощью для категорий населения, различающихся по полу, возрасту, образованию	9
5.2. Различия в обращаемости за медицинской помощью для жителей населенных пунктов разного типа	11
5.2.1. Различия в обращаемости за амбулаторной помощью.....	11
5.2.2. Различия в обращаемости за стационарной помощью.....	14
5.3. РЕГРЕССИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	16
5.3.1. Описание моделей	16
5.3.2. Факторы обращаемости к медицинским работникам	16
5.3.3. Факторы обращаемости за дополнительными обследованиями и процедурами.....	17
5.3.4. Факторы обращаемости за стационарной помощью.....	17
5.4. Различия в объемах медицинской помощи, предоставляемых жителям населенных пунктов разного типа, выявленные по данным страховой статистики.....	20
5.4.1. Характеристики выборки	20
5.4.2. Различия в обращаемости за амбулаторной помощью.....	21
5.4.3. Различия в доступности специализированной амбулаторной помощи.....	22
5.4.4. Различия в уровне и госпитализации и в структуре стационарной помощи.....	24
6. РАЗЛИЧИЯ В ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ.....	27
6.1. Различия в распространенности практик оплаты медицинской помощи для населения с разным уровнем доходов.....	27
6.2. Различия в распространенности практик оплаты медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов	29
6.3. РЕГРЕССИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	30
6.3.1. Описание моделей	30
6.3.2. Факторы обращения за платной амбулаторной помощью	30
6.3.3. Факторы оплаты дополнительных обследований и процедур	31
6.3.4. Факторы оплаты стационарной помощи	31
7. РАЗЛИЧИЯ В ДОСТУПНОСТИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ РЕГИОНОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	33
8. НЕРАВЕНСТВО В РАСПРЕДЕЛЕНИИ БРЕМЕНИ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	34
9. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ О РАВЕНСТВЕ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ	37
10. РЕКОМЕНДАЦИИ О ПРИОРИТЕТАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ НЕРАВЕНСТВА В ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	44
10.1 ПРИОРИТЕТНОСТЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ НЕРАВЕНСТВА В ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	44
10.1.1 Неравенства первого порядка	45
10.1.2. Неравенства второго порядка	46
10.2. МЕРЫ ПО СГЛАЖИВАНИЮ НЕРАВЕНСТВА.....	48
10.2.1. Приоритетные задачи.....	48
10.2.2. Меры по сглаживанию неравенства первого порядка	48
10.2.3. Меры по сглаживанию неравенства второго порядка.....	50
11. НАПРАВЛЕНИЯ ПРОДОЛЖЕНИЯ АНАЛИЗА НЕРАВЕНСТВА В ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	51

1. Актуальность исследования

Обеспечение всеобщей доступности эффективных служб здравоохранения приемлемого качества рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как обязательное требование на современном этапе развития общества¹. Правительство России определило задачу повышения доступности и качества медицинской помощи для всего населения страны поставлена в качестве главной задачи политики в области здравоохранения². В стране существуют значительные различия в возможностях получения медицинской помощи для разных групп населения. Они обусловлены самой историей формирования российской системы здравоохранения (наличие помимо сети общедоступных государственных учреждений здравоохранения параллельных ей систем ведомственного здравоохранения), масштабным сокращением государственного финансирования здравоохранения в 90-е годы, децентрализацией государственных финансов и существенными различиями в экономическом потенциале разных территорий, ростом неравенства в распределении доходов между различными социальными и территориальными группами. Начавшийся в России экономический рост характеризуется тенденцией к поляризации регионов по уровню экономического развития³ и возможностям финансирования здравоохранения и порождает новые вызовы государственной политике обеспечения доступности медицинской помощи.

О неравенстве в оказании медицинской помощи населению России известно уже немало, но достоверные свидетельства имеют весьма ограниченный характер. Государственная статистика фиксирует различия между регионами страны в показателях, характеризующих потребность в медицинской помощи (заболеваемости), ресурсной обеспеченности здравоохранения, объемы основных видов оказанной помощи (врачебные посещения, вызовы скорой помощи, госпитализации, койко-дни и т.п.⁴). К настоящему времени на основе данных социологических исследований проанализированы различия в обращаемости за медицинской помощью, доступности бесплатной помощи и обращаемости за платными медицинскими услугами для мужчин и женщин, групп с разным уровнем образования и дохода, для населения, проживающего в разных регионах и в разных типах населенных пунктов⁵. Однако эти данные дают лишь самое общее представление о существующем неравенстве в доступности медицинской помощи. За интегральными показателями объемов потребления медицинской помощи скрываются различия в составе и качестве услуг системы здравоохранения, доступных для разных групп населения. Существующие базы данных масштабных социологических

¹ Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002 г. ЕРБ ВОЗ, Копенгаген. Региональная публикация ВОЗ, Европейская серия №97.

² Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006 - 2008 годы). Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 января 2006 г. № 38-р.

³ Зубаревич Н.В. Социальное развитие и социальная политика российских регионов. – Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х /Под ред. Т.М.Малевой. Независимый институт социальной политики. М.: НИСП, 2007, сс. 388-424.

⁴ Здравоохранение в России. 2005: Стат. Сб./Росстат. – М., 2006; Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. М., Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2006.

⁵ Бесстремьянная Г.Е., Шишкин С.В. Доступность медицинской помощи. – Бесстремьянная Г.Е., Бурдяк А.Я., Заборовская А.С. [и др.]; рук. авт. колл. Овчарова Л.Н.. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. / Независимый институт социальной политики. М., 2005. <http://www.socpol.ru/publications/#dohody&uslugi>; Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. Ред. Н.М.Римашевской. – М.: Агентство «Социальный проект», 2007; Современные подходы к управлению медицинской помощью на региональном уровне. Под ред. О.П.Щепина. М., 2006; Суворов А.В. Структура денежных доходов и расходов населения в современной России. Проблемы прогнозирования. М., 2004; Blam I., Kovalev S. Commercialization of medical care and household behavior in transitional Russia. RUIG/UNRISD project. 2003.

обследований РЭМЗ, НОБУС не используются в полной мере для решения задач анализа этих различий.

Существующее неравенство и перспективы его эволюции требуют более детального анализа и обсуждения для правильного выбора приоритетов и фокусировки инструментов государственной политики в сфере здравоохранения.

2. Задачи проекта

Задачами настоящего проекта являются:

- 1) Выявление различий в доступности услуг системы здравоохранения для разных социально-демографических групп населения.
- 2) Выявление различий в обращении за платной медицинской помощью для разных социально-демографических групп населения.
- 3) Анализ различий в доступности бесплатной медицинской помощи для жителей регионов с разным уровнем экономического развития.
- 4) Выявление неравенства в бремени расходов на лечение для групп населения, различающихся по уровню доходов и месту жительства.
- 5) Прояснение существующих в российском обществе представлений о социальной справедливости в доступности медицинской помощи.
- 6) Разработка рекомендаций о приоритетах государственной политики по отношению к неравенству в доступности медицинской помощи.
- 7) Определение возможностей и перспективных направлений продолжения анализа неравенства в доступности медицинской помощи.

Проект выполнен по заказу Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения.

3. Методология исследования

1. Различия в доступности медицинской помощи рассматриваются в рамках данного исследования как различия:

- в доступности медицинских услуг для групп населения, различающихся по полу, возрасту, образованию, месту жительства, уровню доходов; различия в доступности здесь понимаются как обусловленные этими характеристиками различия в обращаемости, способах и объемах получения медицинской помощи разных видов (первичной, специализированной амбулаторной, стационарной);
- в доступности бесплатной и платной медицинской помощи для разных социально-демографических групп населения.

2. Различия в доступности услуг системы здравоохранения для разных социально-демографических групп населения анализируются как различия по следующим параметрам:

- обращаемость за разными видами медицинской помощи;
- оценки населением трудностей в записи на прием к врачу;
- объемы оказанной амбулаторной и стационарной медицинской помощи разных видов;
- способы госпитализации;
- оценки населением качества оказываемой амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

В качестве источников информации для проведения анализа различий в обращаемости за разными видами медицинской помощи использованы данные трех социологических исследований:

«Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ)⁶. Опрос проводится ежегодно в 36 регионах России, размеры выборки составляют около 4 тысяч домохозяйств (12,6 тыс. респондентов). Были использованы последние доступные данные 13-ой волны данного обследования (сентябрь-декабрь 2004 г.).

Национальное обследование благосостояния и участия населения в социальных программах (НОБУС), которое было проведено в апреле-мае 2003 году; объем выборки составляет 44,5 тыс. домашних хозяйств (117,2 тыс. респондентов) из 79 регионов России⁷. Выборка является репрезентативной для страны в целом и отдельно для 46 регионов.

«Индекс потребительских настроений в России (ИПН)», проводимого в рамках одноименного долгосрочного проекта, который в настоящее время реализуется на базе Независимого института социальной политики⁸. Опросы проводятся Аналитическим Центром Юрия Левады один раз в три месяца по выборке 2,5 тысячи респондентов, репрезентирующей мнение взрослого (старше 16 лет) населения страны. В марте 2006 г. в анкету, помимо стандартного блока вопросов, был включен специализированный блок вопросов по доступности медицинской помощи.

Анализ различий в способах госпитализации и в оценках населением трудностей в записи на прием к врачу и качества оказываемой амбулаторной и стационарной медицинской помощи проводился по данным опроса ИПН в марте 2006 г.

По данным одной из крупнейших страховых компаний РОСНО-МС проанализированы различия в объемах оказанной амбулаторной помощи (количество посещений врачей разных специальностей) и стационарной помощи (число госпитализаций по профилям отделений стационаров) для категорий населения, различающихся по возрасту и месту проживания (типу населенного пункта). Объектами анализа были 4788,2 тыс. застрахованных компанией РОСНО-МС по обязательному медицинскому в 7 регионах России (51% от общего числа жителей).

3. Различия в обращении за платной медицинской помощью анализировались путем сравнения доли лиц, имевших расходы на медицинские услуги и на лекарства для лечения в стационаре⁹, в группах населения, различающихся по социально-демографическим и экономическим характеристикам. Источниками информации послужили данные упомянутых опросов РМЭЗ, НОБУС.

4. Анализ различий в доступности бесплатной медицинской помощи для жителей регионов с разным уровнем экономического развития проведен по данным обследования НОБУС, позволяющим рассчитать долю пациентов, лечившихся только бесплатно, среди жителей разных регионов.

5. Неравенство в распределении бремени расходов, вызванных необходимостью оплаты медицинской помощи, анализируется как различия в доле расходов на медицинскую помощь в общих расходах домохозяйств за вычетом расходов на питание. Такой анализ выполнен по данным обследований РМЭЗ и НОБУС.

6. Для решения задачи прояснения существующих в российском обществе представлений о социальной справедливости в доступности медицинской помощи был разработан специальный блок вопросов по данной теме, который был включен в опрос,

⁶ RLMS. The Russia Longitudinal Monitoring Survey, <http://www.cpc.unc.edu/rllms/>

⁷ <http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/NOBUS.pdf>

⁸ <http://ipn.socpol.ru/>

⁹ Лекарственное обеспечение больных при стационарном лечении в государственных и муниципальных медицинских учреждениях входит в государственные гарантии бесплатной медицинской помощи.

проведенный в июле 2007 года в рамках проекта «Индекс потребительских предпочтений».

4. Основные результаты проекта

1. Для выполнения проекта была создана рабочая группа в составе:

Бондаренко Н.В. – младший научный сотрудник Аналитического Центра Юрия Левады

Бурдяк А.Я. – старший научный сотрудник Независимого института социальной политики

Какорина Е.П. – заместитель директора департамента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

Канатова Н.Б. – координатор научных программ Независимого института социальной политики

Кельманзон К.М. – советник генерального директора ОАО «РОСНО-МС»;

Красильникова М.Д. – заведующая отделом Аналитического Центра Юрия Левады;

Попович Л.Д. - первый заместитель генерального директора – исполнительный директор ОАО «РОСНО-МС»;

Светличная С.В. - Руководитель информационно-аналитической службы ОАО «РОСНО-МС»

Селезнева Е.В. - младший научный сотрудник Независимого института социальной политики

Шевский В.И. – консультант «Здравконсалт»;

Шейман И.М. – профессор Государственного университета - Высшей школы экономики;

Шишкин С.В. – заместитель директора Независимого института социальной политики.

2. 28 мая 2007 года проведен экспертный семинар по проблемам неравенства в доступности медицинской помощи. На семинаре были обсуждены результаты анализа неравенства в доступности медицинской помощи, выявленные в ходе выполнения настоящего проекта, уточнены задачи дальнейшей работы по проекту.

3. 15 ноября 2007 года проведен круглый стол на тему «Неравенство в доступности медицинской помощи», на котором были представлены и обсуждены основные результаты выполненного проекта. В работе круглого стола приняли участие ответственные работники Экспертного управления администрации Президента РФ, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Министерства экономического развития и торговли РФ, Федеральной службы государственной статистики, Национального НИИ общественного здоровья РАМН, Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, Института экономики РАН, Всемирного Банка, Российского отделения Кокрановского Сотрудничества и др.

Материалы круглого стола (программа, презентации) размещены на сайте Независимого института социальной политики (www.socpol.ru).

4. Основные содержательные результаты проекта состоят в следующем.

4.1. Выявлены и систематизированы различия в доступности медицинских услуг для разных социально-демографических и территориальных групп населения. Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы.

Российская система здравоохранения характеризуется существенными различиями в обращаемости за разными видами медицинской помощи между категориями населения, различающимися по уровню образования, доходу и месту жительства:

- лица с высшим образованием чаще обращаются за амбулаторной помощью, включая специализированную, и реже – за стационарной;
- группы населения с более высоким уровнем дохода обращаются за медицинской помощью чаще, чем менее обеспеченные;
- сельские жители реже, чем городские жители, обращаются за амбулаторной помощью, в особенности за специализированной; при этом как раз жители крупнейших и больших городов, в отличие от жителей небольших городов и села, субъективно воспринимают амбулаторную помощь как менее доступную и оценивают качество первичной медицинской помощи ниже;
- жители села, средних и малых городов чаще лежат в больницах, чем жители больших и крупнейших городов, что, по-видимому, является следствием как меньшей обращаемости за первичной помощью, так и невысокого качества диагностики и более ограниченных возможностей амбулаторного лечения на селе и в небольших городах.

Полученные данные свидетельствуют о наличии некоторой дискриминации лиц старше трудоспособного возраста в пользу трудоспособных при получении специализированной амбулаторной помощи и при направлении на стационарное лечение.

Выявленные различия правомерно рассматривать как проявления неравенства в доступности медицинских услуг.

4.2. Использование практик получения медицинской помощи за плату существенно различается для групп населения с разным уровнем доходов и разным местом жительства. Самые состоятельные платят за визит к медицинским работникам в 2,5 раза чаще, чем представители групп с более низким доходом, жители крупнейших и больших городов чаще прибегают к оплате амбулаторной помощи, чем жители средних и малых городов и села. Эти различия отражают неравенство возможностей получения медицинской помощи, обусловленное различиями в уровне доходов населения.

4.3. Очень существенными являются различия в доступности медицинской помощи для жителей разных регионов страны. Доля населения, имевшего возможность лечиться полностью бесплатно, выше в 1,3 раза в экономически более развитых регионах по сравнению с регионами - аутсайдерами. Эти различия предстают как региональное неравенство в доступности бесплатной медицинской помощи.

4.4. Заметное неравенство в бремени расходов на медицинские нужды существует между группами населения с разным уровнем доходов. Бедные тратят на покупку лекарств и оплату медицинских услуг в 1,5 раза большую долю своего бюджета, чем богатые. Бремя несения расходов на лечение выше для домохозяйств, проживающих в регионах с более низким уровнем экономического развития.

Более 8% населения вынуждено нести катастрофические расходы на медицинскую помощь, и бремя этих расходов существенно больше для бедных, чем для богатых.

4.5. Согласно данным проведенного опроса, здравоохранение рассматривается большинством населения как такая сфера человеческой жизни, в которой любые факторы дифференциации доступности являются несправедливыми. Представления подавляющего большинства населения России о способах обеспечения доступности медицинской помощи отражают ценности всеобщего равенства и патернализма.

5. Масштабы выявленного неравенства в обращаемости за медицинской помощью и доступности бесплатной медицинской помощи для жителей разных регионов, разных типов населенных пунктов, с разным уровнем доходов требуют пересмотра приоритетов государственной политики в организации и финансировании здравоохранения.

В качестве приоритетных направлений политики государства по сглаживанию неравенства в доступности медицинской помощи можно рекомендовать:

- преодоление дискриминации лиц старше трудоспособного возраста путем повышения финансового обеспечения медицинской помощи пожилым людям;
- повышение уровня финансовой защиты больных с «катастрофическими» расходами на лечение путем развития государственной программы дополнительного лекарственного обеспечения;
- расширение мер по борьбе с хроническими заболеваниями и предупреждению их осложнений на основе программ управления хроническими заболеваниями;
- улучшение организации специализированной помощи жителям малых поселений посредством формирования управляемой многоуровневой системы оказания медицинской помощи в каждом регионе;
- повышение уровня информированности населения в вопросах здравоохранения;
- смягчение межрегиональных различий в состоянии здравоохранения посредством реализации долгосрочной федеральной целевой программы сглаживания неравенства в финансовом обеспечении здравоохранения отдельных регионов.

6. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости продолжения анализа неравенства в доступности медицинской помощи для разных категорий населения. В качестве направлений дальнейших исследований можно рекомендовать:

- Анализ влияния факторов различий в образе жизни и отношении к своему здоровью и факторов организации оказания медицинской помощи и информирования населения на различия в обращаемости за различными видами медицинской помощи жителями населенных пунктов разных типов и лицами с разным уровнем образования.
- Изучение влияния региональных различий в организации оказания специализированной медицинской помощи населению на различия в ее доступности для жителей разных типов населенных пунктов в различных регионах.
- Углубленный анализ причин существующих различий в уровне госпитализации жителей разных типов населенных пунктов и различий в доступности специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи для населения в трудоспособном возрасте и старше трудоспособного возраста.
- Анализ различий в составе медицинских услуг, в степени соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам лечения заболеваний, в клинической результативности оказанной медицинской помощи категориям населения, различающимся по месту жительства, возрасту, уровню образования и уровню доходов.
- Выявление различий в доступности бесплатной медицинской помощи и в бремени несения расходов на лечение для больных разными видами заболеваний.

Необходимо создание системы мониторинга неравенства в доступности медицинской помощи для разных категорий населения.

7. Аналитический отчет с результатами проекта передан в Экспертное управление Президента РФ, Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство экономического развития и торговли РФ и размещен на сайте Независимого института социальной политики (www.socpol.ru).

По материалам проекта будут подготовлены статьи для средств массовой информации и научных изданий.

Ниже представлено развернутое описание содержательных результатов проекта.

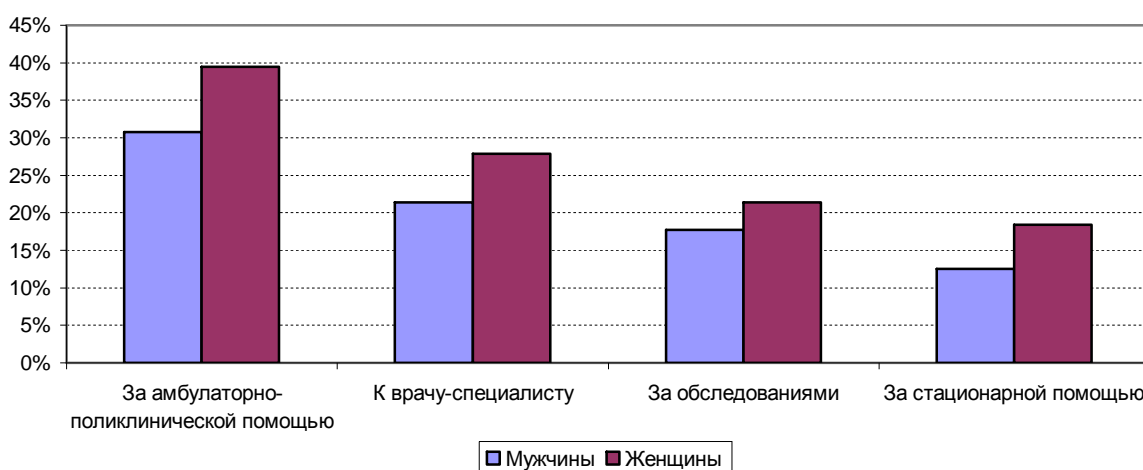
5. Различия в доступности услуг системы здравоохранения

5.1. Различия в обращаемости за медицинской помощью для категорий населения, различающихся по полу, возрасту, образованию

Данные опроса ИПН¹⁰, относящиеся к самому недавнему времени (март 2006 г.), подтвердили существование различий¹¹ в обращаемости за медицинской помощью¹² между мужчинами и женщинами (женщины чаще обращаются за амбулаторной и стационарной помощью (рис.1)), людьми в трудоспособном возрасте и старше трудоспособного возраста¹³ (первые реже посещают врачей и лежат в больницах (рис.2)) и лицами с разным уровнем образования (лица с высшим образованием чаще обращаются за амбулаторной помощью и реже – за стационарной (рис.3)).

Рисунок 1.

Доля обратившихся за амбулаторной и стационарной помощью среди мужчин и женщин, в %



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

Выявлены различия в сроках ожидания и способах госпитализации лиц разных возрастных категорий. Пациентов трудоспособного возраста чаще госпитализируют сразу после обращения в медицинское учреждение. Людям старше трудоспособного возраста приходится ждать госпитализации дольше, и они чаще специально вызывают «скорую помощь», чтобы попасть в больницу (рис. 4). Эти различия могут иметь двойные причины. Во-первых, люди в трудоспособном возрасте, вероятнее всего, уделяют меньше внимания своему здоровью и обращаются за медицинской помощью уже тогда, когда лечение становится невозможным без госпитализации. Во-вторых, полученные данные могут свидетельствовать о наличии некоторой дискриминации лиц старше трудоспособного возраста в пользу трудоспособных при направлении на стационарное лечение.

¹⁰ <http://ipn.socpol.ru/>

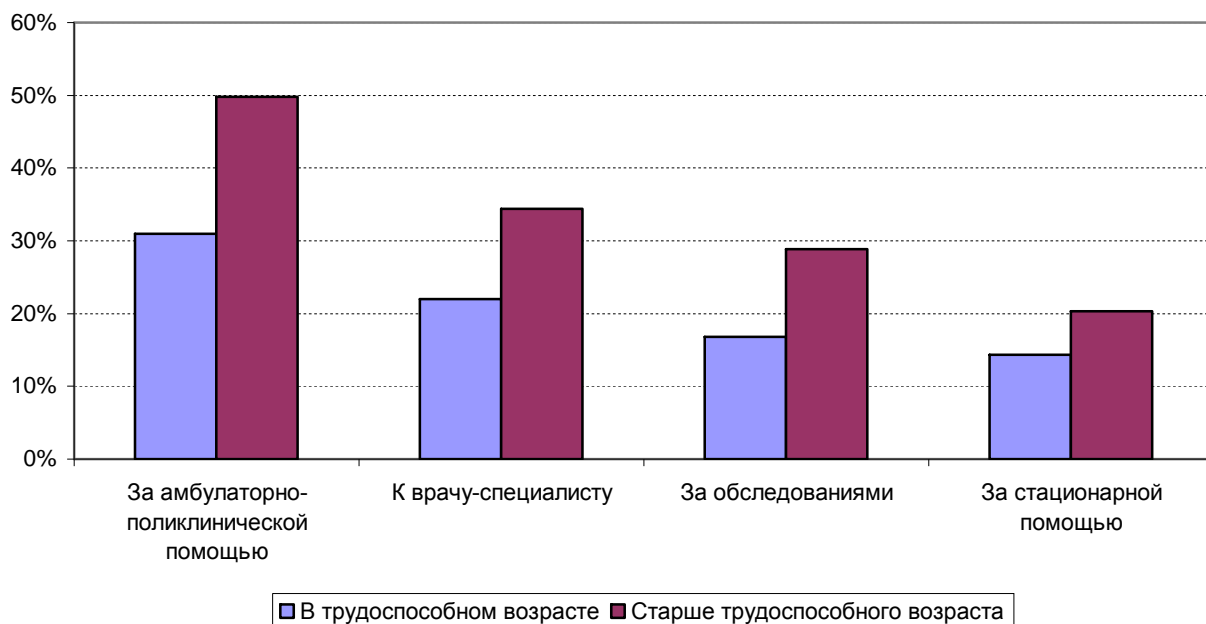
¹¹ См.: Бесстремьянная Г.Е., Шишкин С.В. Доступность медицинской помощи. – Бесстремьянная Г.Е., Бурдяк А.Я., Заборовская А.С. [и др.]; рук. авт. колл. Овчарова Л.Н.. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. / Независимый институт социальной политики. М., 2005. <http://www.socpol.ru/publications/#dohody&uslugi>; Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под общ. Ред. Н.М.Римашевской. – М.: Агентство «Социальный проект», 2007; Современные подходы к управлению медицинской помощью на региональном уровне. Под ред. О.П.Щепина. М., 2006.

¹² Здесь и далее при использовании данных опроса ИПН приводятся показатели обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью - в течение 3 месяцев до момента опроса; за стационарной помощью – в течение 12 месяцев до момента опроса.

¹³ Женщины в возрасте 55 лет и старше, мужчины – 60 лет и старше.

Рисунок 2.

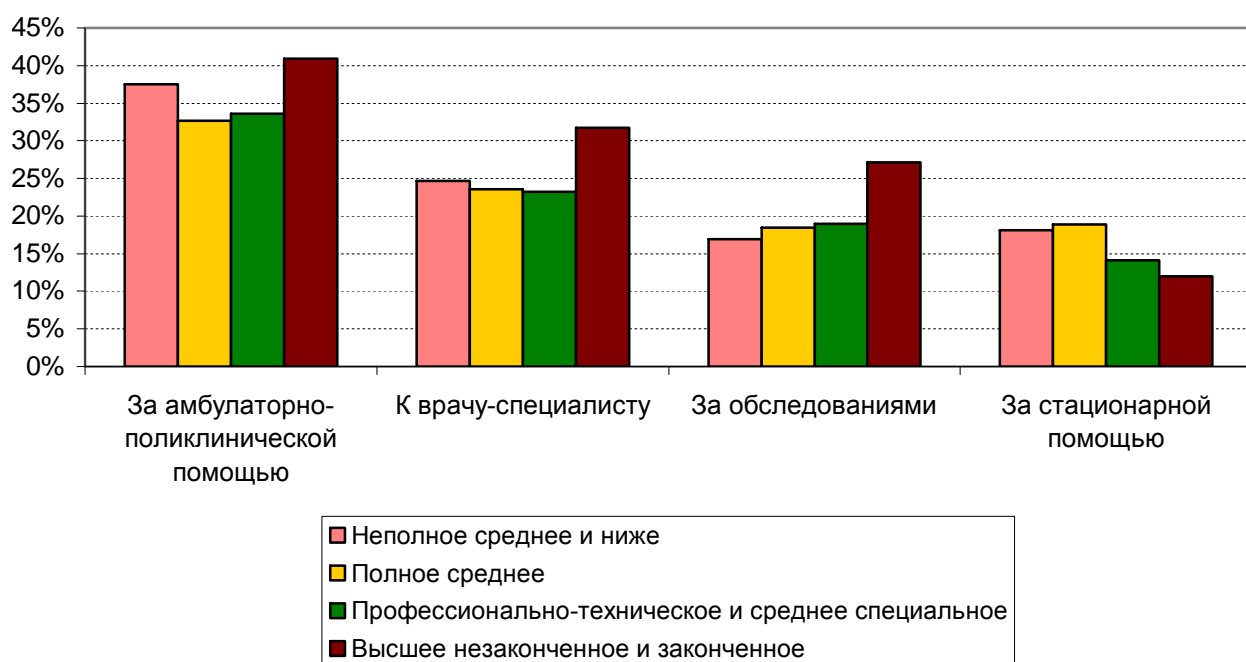
**Доля обращающихся за амбулаторной и стационарной помощью
в разных возрастных категориях, в %**



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

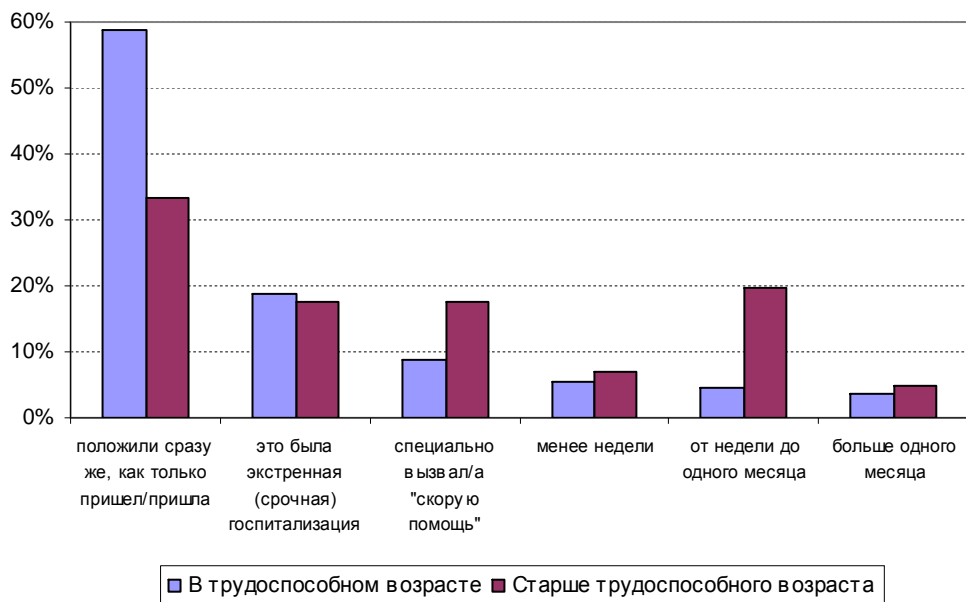
Рисунок 3.

**Доля обращающихся за амбулаторной помощью
в группах населения с разным уровнем образования, в %**



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

Рисунок 4.
Длительность ожидания госпитализации для разных возрастных категорий, распределение ответов респондентов, в %



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

5.2. Различия в обращаемости за медицинской помощью для жителей населенных пунктов разного типа

Предметом анализа выступали различия в обращаемости и в условиях получения медицинской помощи для жителей четырех типов населенных пунктов:

- 1) Москва и Санкт-Петербург;
- 2) Большие города: административные центры субъектов Российской Федерации с числом жителей не менее 300 тыс. человек;
- 3) Средние и малые города: все остальные города, не относящиеся к первым двум группам;
- 4) Село – поселения в сельской местности.

Полученные данные свидетельствуют о существенно разных профилях доступности медицинской помощи для указанных групп населения.

5.2.1. Различия в обращаемости за амбулаторной помощью

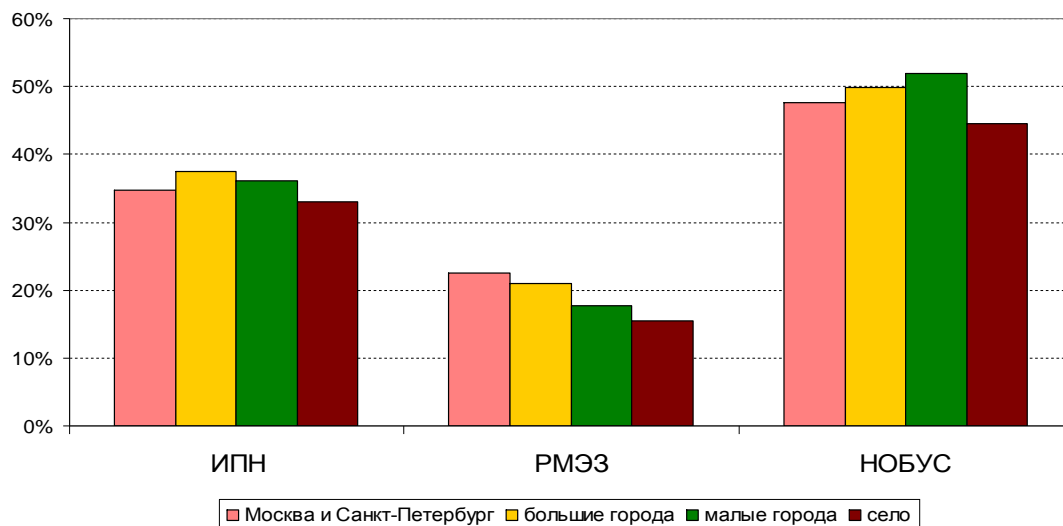
Результаты трех рассматриваемых социологических опросов дают неидентичную картину различий в обращаемости за амбулаторной помощью для жителей разных типов населенных пунктов, но общим является фиксация меньшей обращаемости сельских жителей по сравнению с городскими (см. рис. 5).

Данные опроса ИПН позволяют сравнить показатели обращаемости к врачу-специалисту и за диагностическими обследованиями. Здесь четко видны различия между жителями города и села, а в отношении обследований прослеживается тенденция (см. рис.

б): чем меньше размеры населенного пункта, тем реже число жителей, получающих такую специализированную помощь.

Рисунок 5.

Доля обратившихся за амбулаторной помощью среди жителей разных типов населенных пунктов, по данным опросов ИПН (2006)*, РЭМЗ (2004)**, НОБУС (2003)***, в %



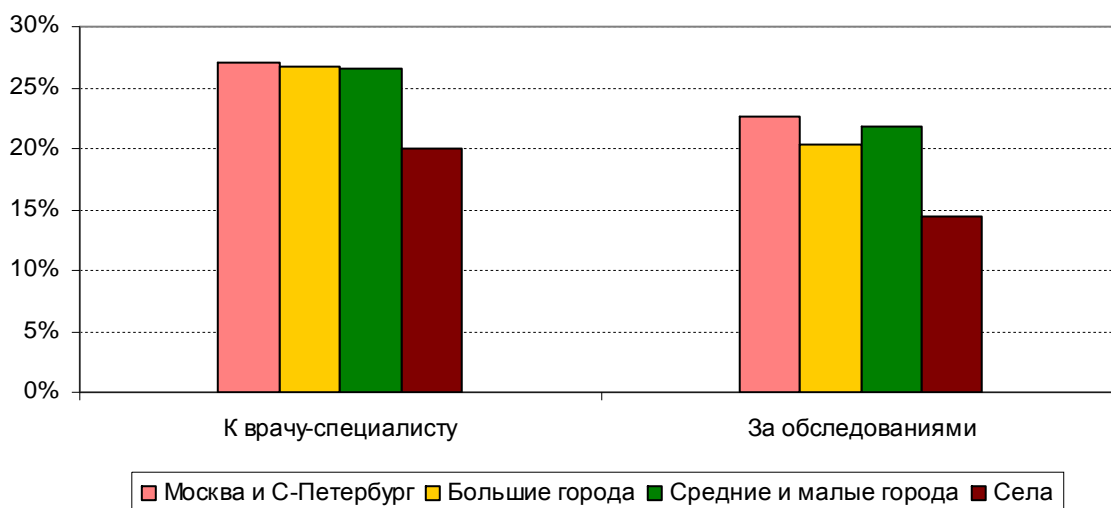
* - в течение трех месяцев.

** - в течение месяца.

*** - в течение года.

Рисунок 6.

Доля обратившихся к врачам-специалистам и за диагностическими обследованиями среди обратившихся за амбулаторной помощью для жителей разных типов населенных пунктов, в %



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

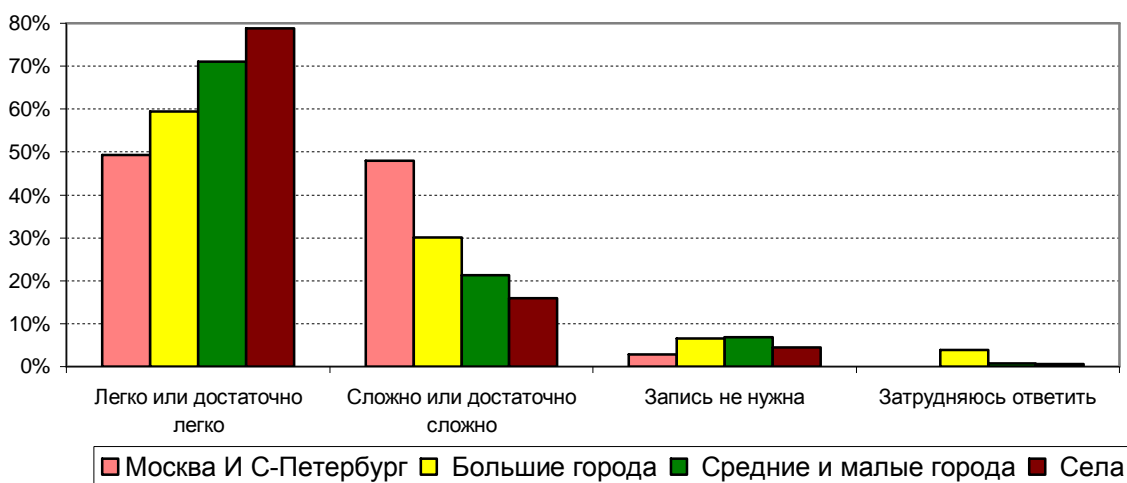
По данным опроса ИПН, чем больше размер населенного пункта, тем чаще респонденты отмечают сложности с записью на прием к участковому врачу и к врачу-специалисту (см. рис. 7, 8). Среди жителей Москвы и Санкт-Петербурга более 43%

указывают, что им приходится очень долго ждать приема участковых терапевтов и специалистов. Жители других типов поселений отмечают это в два и более раз реже. При больших масштабах потребления амбулаторной медицинской помощи в городах, в особенности в крупнейших и больших, она воспринимается их жителями как менее доступная.

Следует также обратить внимание на существенные различия в оценках сложности записи на прием к участковым терапевтам и к врачам-специалистам. В восприятии жителей всех типов населенных пунктов доступность специализированной амбулаторной помощи оказывается заметно ниже.

Рисунок 7.

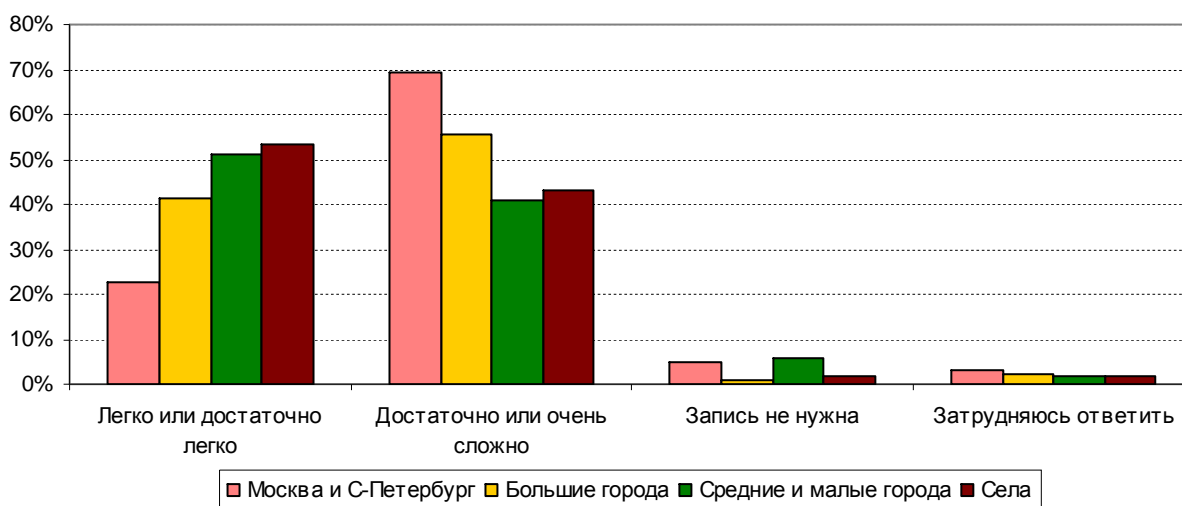
Сложность записи на прием к участковому врачу, распределение ответов респондентов, в %



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

Рисунок 8.

Сложность записи на прием к врачу-специалисту, распределение ответов респондентов, в %

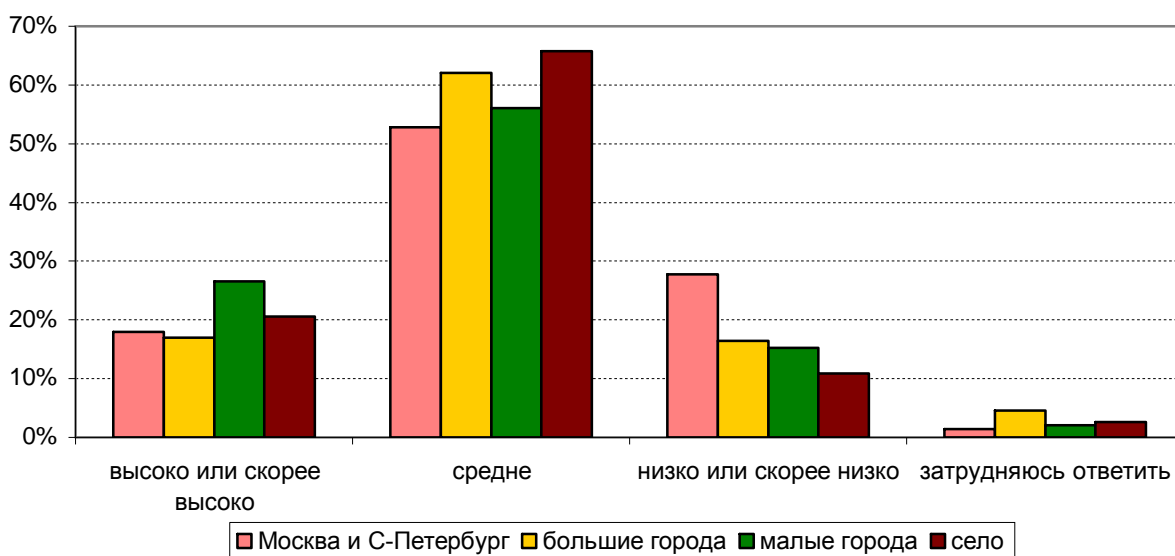


Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

Интересно отметить также различия в оценках качества амбулаторной помощи, которые дают жители населенных пунктов разного типа. Качество работы участковых терапевтов несколько выше оценивают в небольших городах и на селе (где испытывают меньшие затруднения с записью на прием), и ниже – в больших городах, Москве и Санкт-Петербурге (рис. 9). Различия в оценках качества услуг врачей-специалистов незначимы.

Рисунок 9.

**Субъективная оценка качества услуг участкового врача,
распределение ответов респондентов, в %**



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

5.2.2. Различия в обращаемости за стационарной помощью

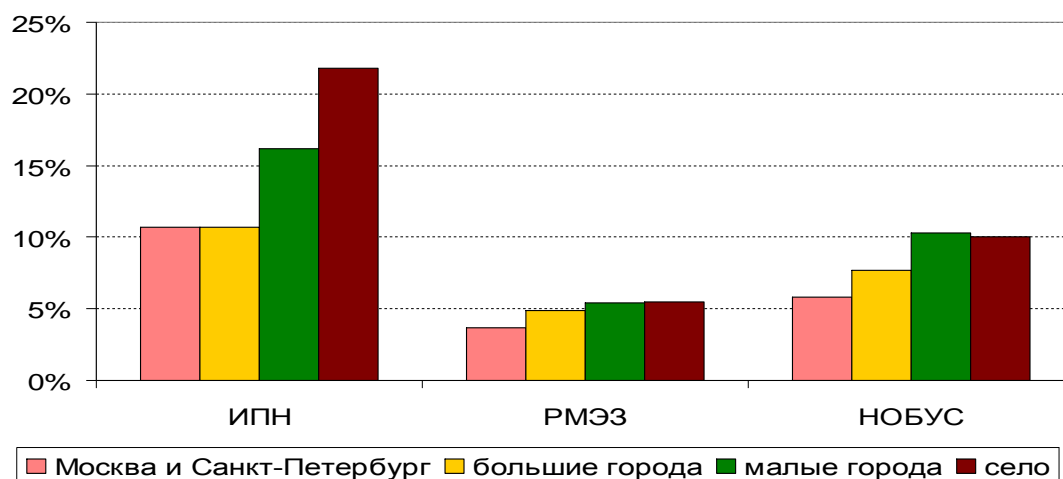
Ситуация с обращаемостью за стационарной помощью прямо противоположная по сравнению с оказанием амбулаторной помощи: данные всех трех опросов свидетельствуют, что жители села, средних и малых городов чаще лежат в больницах, чем жители больших и крупнейших городов¹⁴ (см. рис. 10). По всей видимости, это является следствием меньшей обращаемости за первичной помощью, невысоким качеством диагностики и более ограниченными возможностями амбулаторного лечения на селе и небольших городах. Можно предположить, что у их жителей позднее выявляются болезни, лечение которых уже требует госпитализации.

По данным опроса ИПН, жителей села, средних и малых городов чаще госпитализируют сразу после обращения непосредственно в медицинское учреждение, а жители Москвы, С-Петербурга и больших городов чаще попадают в больницу после вызова скорой помощи, и чаще ждут госпитализации (см. рис. 11). Эти различия допускают двоякое объяснение. Во-первых, это следствие, очевидно, большей доступности скорой медицинской помощи для жителей больших и в особенности крупнейших городов. Во-вторых, эти различия свидетельствуют о вероятно большей запущенности болезней у жителей села и небольших городов; они обращаются в медицинские учреждения уже тогда, когда лечение заболеваний оказывается возможным только в стационарных условиях.

¹⁴ Аналогичные различия в обращаемости городского и сельского населения за амбулаторной и стационарной помощью были описаны на примере в Воронежской области в работе: Современные подходы к управлению медицинской помощью на региональном уровне. Под ред. О.П.Щепина. М., 2006, сс. 37-44.

Рисунок 10.

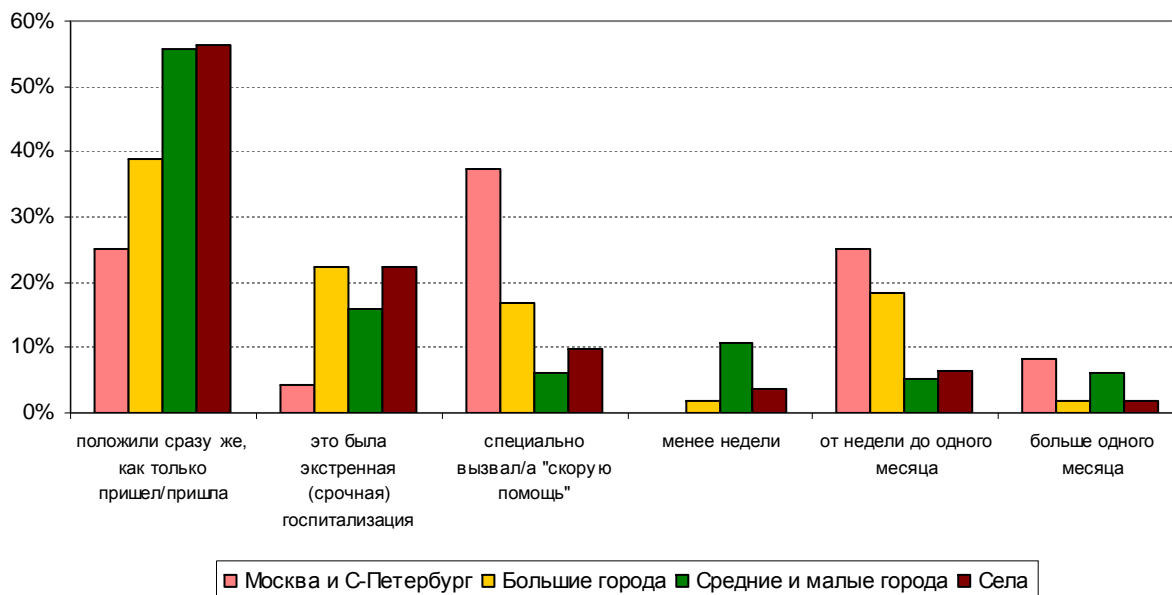
Доля обратившихся за стационарной помощью среди жителей разных типов населенных пунктов, по данным опросов ИПН (2006)*, РЭМЗ (2004)**, НОБУС (2003)***, в %



* - в течение года.
 ** - в течение трех месяцев.
 *** - в течение года.

Рисунок 11.

Длительность ожидания госпитализации для жителей разных типов населенных пунктов, распределение ответов респондентов, в %



Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006г).

5.3. Регрессионный анализ влияния факторов обращаемости за медицинской помощью

5.3.1. Описание моделей

Чтобы выяснить, в какой степени различия между социально-демографическими характеристиками населения определяют различия в доступности медицинской помощи, был проведен регрессионный анализ влияния совокупности этих характеристик, а также состояния здоровья и показателей развитости региональных систем здравоохранения на обращаемость за медицинской помощью. Анализ проведен по данным РЭМЗ (2004 год).

Применялась бинарная логистическая регрессионная модель:

$$\ln(P/(1-P)) = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_nX_n,$$

где

P – вероятность обращения респондентов за определенными видами медицинской помощи;

X_i – значение i -го фактора ($i = 1, n$);

B_i – коэффициенты регрессии ($i = 0, n$).

Зависимой переменной в модели является шанс наступления события (обращения за определенным видом медицинской помощи), равный логарифму отношения вероятности наступления события к вероятности его ненаступления. Для анализа была выбрана модель в виде линейной функции от набора социально-демографических и экономических характеристик респондента (пол, возраст, образование, тип населенного пункта, наличие детей, размер подушевого дохода домохозяйства, количество потребляемого алкоголя), состояния здоровья (самооценка здоровья, наличие хронического заболевания) и индикаторов уровня развитости системы здравоохранения в регионе, где проживает респондент (обеспеченность населения врачами, больничными койками, размер подушевого государственного финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи).

Оценивались три модели, в которых зависимые переменные характеризовали шанс обращения за тремя видами медицинской помощи соответственно: обращения к медицинским работникам, прохождения дополнительных обследований и процедур, лечения в стационаре.

Методом пошаговой регрессии были отобраны независимые переменные, которые значимым образом влияют на шанс обращения респондента за каждым из трех рассматриваемых видов медицинской помощи. Регрессионные оценки параметров логистических уравнений для трех зависимых переменных приведены в таблице 1. Коэффициенты регрессии дают оценку влияния каждого регрессора на зависимую переменную и позволяют внутри одной регрессионной модели проранжировать факторы по их объясняющей силе.

5.3.2. Факторы обращаемости к медицинским работникам

Первая модель – шанс обращения к медицинским работникам – оценивалась для респондентов, имевших в последний месяц проблемы со здоровьем. Их число составило 6780 из 12641 респондентов. Из них 34% обратились за медицинской помощью, другие по тем или иным причинам лечились самостоятельно.

По результатам проведенного регрессионного анализа, как этого и можно было ожидать, наиболее важными факторами обращения человека к медицинским работникам являются самооценка состояния здоровья и наличие хронического заболевания.

Уровень дохода является следующим по значимости фактором обращаемости после состояния здоровья. С ростом благосостояния увеличивается вероятность

обращения за медицинской помощью: богатые (пятый квинтиль) обращаются к медицинским работникам на 37% чаще, чем бедные (первый квинтиль).

На обращаемость оказывает влияние различие в тип населенного пункта, в котором проживает респондент. Жители Москвы и Санкт-Петербурга при прочих равных чаще решают возникающие проблемы со здоровьем самостоятельно, не обращаясь к медицинским работникам. Самый высокий шанс обращения за медицинской помощью – у жителей больших городов, они делают это на 22% чаще, чем жители села.

Результаты регрессионного анализа показывают, что у детей намного более высокие шансы обращения за медицинской помощью, чем у взрослых. А показатели для лиц трудоспособного возраста и пожилых отличаются несущественно. Другими словами, для лиц старше трудоспособного влияние фактора возраста на обращаемость за медицинской помощью оказывается мало значимым в комплексе всех рассматриваемых факторов.

Интересно также, что вероятность обращения к медицинским работникам отрицательно зависит и от количества алкоголя¹⁵, которое употребляет респондент.

Характеристики ресурсной обеспеченности системы здравоохранения региона, в котором проживает респондент, слабо влияют на различия в обращаемости к медицинским работникам. Высокая обеспеченность населения врачами оказывает лишь небольшое положительное воздействие на вероятность обращения за медицинской помощью. Размер подушевого финансирования территориальной программы государственных гарантий не влияет на обращаемость жителей разных регионов за медицинской помощью.

5.3.3. Факторы обращаемости за дополнительными обследованиями и процедурами

Вторая модель оценивалась для 2299 респондентов – тех, кто обращался в течение месяца к медицинским работникам. Из них 42,3% прошли при этом дополнительные обследования или процедуры.

Из рассмотренных переменных уровень риска обращения за обследованиями и процедурами сильнее всего связан с наличием хронического заболевания у пациента. По данным регрессионного анализа, такие люди обращаются за данным видом медицинской помощи в 1,5 раза чаще, чем более здоровые.

По сравнению с мужчинами, женщины обращаются за данным видом медицинских услуг на 24% чаще.

Значимым является влияние типа населенного пункта: жители городов проходят дополнительные обследования и процедуры примерно на треть чаще, чем жители села.

Согласно результатам регрессионного анализа, фактор принадлежности к категории лиц старше трудоспособного возраста и детей обуславливает меньшую обращаемость за дополнительными обследованиями и процедурами, чем лиц в трудоспособном возрасте на 20% и 35% соответственно. Этот результат является свидетельством в пользу справедливости сформулированной выше гипотезы о некоторой дискриминации лиц старше трудоспособного возраста по сравнению с трудоспособными.

5.3.4. Факторы обращаемости за стационарной помощью

По данным РМЭЗ лишь 5,1% опрошенных лечились в стационаре в течение трех месяцев до момента опроса. Отношение шансов наступления такого события с помощью бинарной логистической регрессии оценивать некорректно. Поэтому совокупность

¹⁵ Объем выпитых каждым человеком алкогольных напитков с учетом крепости был переведено в граммы чистого спирта.

респондентов для тестирования модели была сокращена до тех, кто лежал в больнице, а также тех, кто не получал стационарную помощь, но имел проблемы со здоровьем в последние 30 дней. Таким образом, регрессионный анализ производился на подвыборке в 6886 человек, в которой доля обратившихся в стационар составила 9,1%.

Вероятность обращения за стационарной помощью в значительной мере определяется тем, каким образом респондент оценивает состояние своего здоровья. Человек с «плохим» здоровьем имеет почти в 2,5 раза больший риск быть госпитализированным, чем тот, кто оценивает свое здоровье как «среднее». Человек с «очень плохим» - почти в 5 раз больший риск. Наличие хронического заболевания увеличивает шансы попасть в стационар в 1,5 раза.

С точки же зрения выявления неравенства в доступности медицинской помощи, существенным результатом является то, что с увеличением размера населенного пункта вероятность обращения за стационарной помощью уменьшается. Можно предположить, что стационарное лечение становится вынужденной компенсацией для жителей села их более низкой обращаемости за амбулаторной помощью.

Следует также отметить, что шансы обращения в стационар оказались при прочих равных ниже для лиц пожилого возраста, нежели для тех, кто моложе. Это еще один аргумент в пользу гипотезы о некоторой дискриминации пожилых в оказании медицинской помощи.

По данным проведенного анализа, более частыми пациентами стационаров являются мужчины, но риск обращения за стационарной помощью находится в обратной зависимости от количества алкоголя, употребляемого респондентом.

Жители регионов с высокой обеспеченностью врачами обратятся в стационар с несколько большей вероятностью, однако различия в обращаемости, создаваемые данным фактором, невелики. Региональные различия в обеспеченности больничными койками и в уровне государственного финансирования оказались незначимыми.

Таблица 1.

Результаты регрессионного анализа: модели обращаемости за различными видами медицинской помощи

Независимые переменные	Вероятность обращения к медработникам		Вероятность обращения за дополнительными обследованиями и процедурами		Вероятность обращения за стационарной помощью	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
<i>Самооценка здоровья</i> (контрольная группа – «среднее, не хорошее и не плохое»)						
«Хорошее»	-0,413**	0,662				
«Очень хорошее»						
«Плохое»	0,752**	2,122			0,896**	2,45
«Очень плохое»	1,207**	3,345			1,548**	4,701
<i>Наличие хронического заболевания</i> (хотя бы одного)	0,357**	1,43	0,427**	1,533	0,415**	1,514
<i>Пол</i> (1 – женский, 0 – мужской)			0,214**	1,239	-0,196*	0,822
<i>Возраст</i> (контрольная группа – трудоспособный)						
Старше трудоспособного	-0,031	0,97	-0,228*	0,796	-0,439**	0,645
Дети	0,851**	2,343	-0,432**	0,649	0,057	1,059

<i>Тип населенного пункта (контрольная группа – село)</i>						
Москва и Санкт-Петербург	-0,528*	0,59	0,205	1,228	-1,279**	0,278
Большие города (более 300 тыс. чел.)	0,202**	1,223	0,301*	1,351	-0,298*	0,742
Средние и малые города	0,06	1,062	0,283*	1,327	-0,119	0,888
<i>Доход¹⁶ (Контрольная группа – первый квинтиль)</i>						
2 квинтиль	0,195*	1,215				
3 квинтиль	0,248**	1,281				
4 квинтиль	0,246**	1,279				
5 квинтиль	0,312**	1,366				
<i>Грамм алкоголя, выпиваемого в среднем в день в последние 30 дней (в граммах чистого спирта)</i>	-0,002**	0,998			-0,002**	0,998
<i>Наличие детей до 17 лет, проживающих совместно с родителями</i>					0,209	1,233
<i>Размер государственного финансирования здравоохранения¹⁷ в регионе в 2004 г.</i>	0**	1			0	1
<i>Число врачей на 10000 чел. в регионе в 2004 году</i>	0,009*	1,009			0,013*	1,013
Константа	-2,365**	0,094	-0,78**	0,458		
Количество респондентов, для которого оценивалась регрессионная модель	6780		2299		6886	
Объяснительная сила модели (процент случаев, в которых модель предсказывает значение зависимой переменной)	68%		57,80%		90,90%	
Log-likelihood	8214,243		3067,93		4026,87	

¹⁶ Подушевой максимум располагаемых ресурсов (по расходам) и доходов домохозяйства

¹⁷ Размер подушевого государственного финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (с учетом региональных коэффициентов удорожания затрат).

5.4. Различия в объемах медицинской помощи, предоставляемых жителям населенных пунктов разного типа, выявленные по данным страховой статистики

5.4.1. Характеристики выборки

Ценная информация для анализа различий в доступности медицинской помощи содержится в базах данных страховых медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Руководство одной из крупнейших в России страховых компаний РОСНО-МС любезно предоставило возможность провести такой анализ на основе ее информационных ресурсов. Отделения компании действуют в 38 регионах страны, причем в части из них количество застрахованных компанией граждан сопоставимо с общей численностью проживающего там населения.

Для анализа были отобраны 7 регионов. Их выбор определялся двумя основными критериями:

- 1) сопоставимость числа застрахованных данной компанией с численностью населения региона;
- 2) степень детализации данных о видах медицинских услуг, оказываемых застрахованным¹⁸.

Объектами рассмотрения выступали четыре региона со среднероссийским уровнем урбанизированности (один – в Северо-Западном федеральном округе, один – в Приволжском, один – в Южном и один – в Сибирском) и невысокой плотностью населения, два региона с большей долей сельских жителей с высокой плотностью населения (один – в Центральном федеральном округе, другой – в Приволжском) и один урбанизированный регион с низкой плотностью населения в Северо-Западном федеральном округе (см. табл. 2). Общая численность застрахованных по ОМС в компании «РОСНО-МС» в этих семи регионах составила 4788,2 тыс. человек (50,6% от общего числа жителей).

Таблица 2.

Показатели численности населения в обследуемых регионах в 2006 г.

	Регион 1	Регион 2	Регион 3	Регион 4	Регион 5	Регион 6	Регион 7
Общая численность населения	667,6	2 034,6	994,2	2 313,6	711,5	1 442,9	1 291,4
Численность наблюдаемого населения	667,6	879,9	423,9	1 364,7	291,7	691,1	469,2
% от общей численности	100,0	43,25	42,6	59,0	41,0	47,9	36,3
Доля городского населения	70,4	69,1	67,0	62,7	63,1	71,6	73,0
Плотность населения (чел./кв.км.)	13,4	14,6	18,8	44,3	31,4	12,8	2,2

Предметом анализа выступали показатели объемов амбулаторной и стационарной помощи в 2006 г. в расчете на одного застрахованного для категорий населения,

¹⁸ Она неодинакова в разных регионах, поскольку зависит от выбранных региональными властями методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

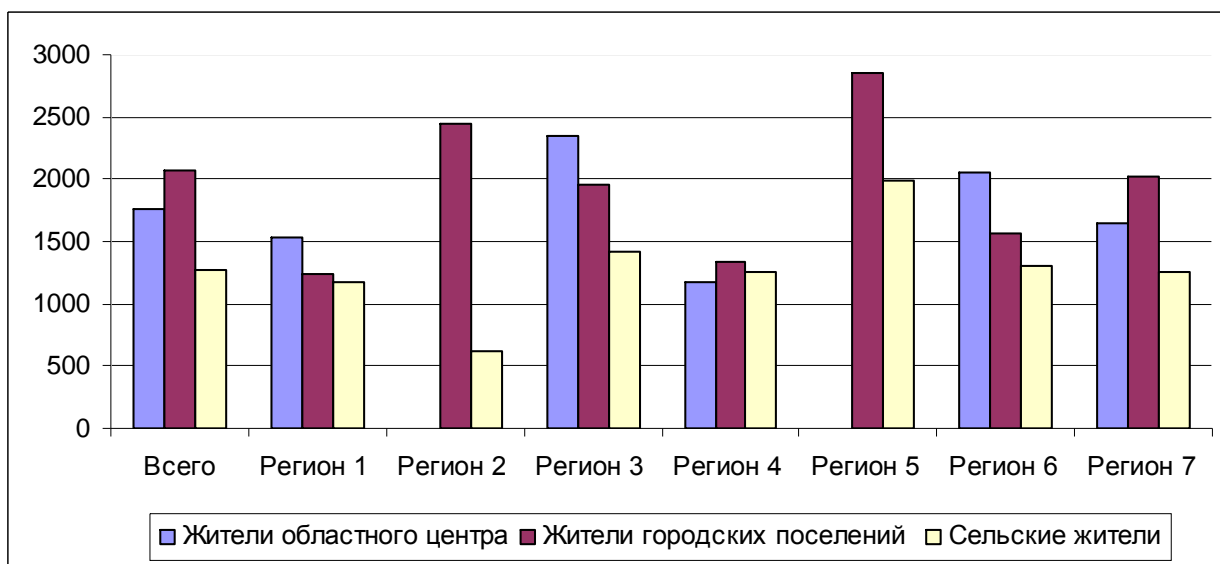
различающихся по месту жительства (типу населенного пункта¹⁹). Показатели объемов помощи включали все случаи ее предоставления застрахованным, как по месту их жительства, так и в других населенных пунктах (например, в объемах помощи сельским жителям учитывались услуги, которые они получали как в сельских, так и в городских медицинских учреждениях).

5.4.2. Различия в обращаемости за амбулаторной помощью

Расчет показателя обращаемости²⁰ за амбулаторной помощью жителей городских поселений и сельской местности, показал, что практически во всех регионах отмечаются наиболее низкие значения этого показателя для сельских жителей (рис. 12). Вместе с тем, разброс значений показателя обращаемости отражает региональные различия в заболеваемости и организации медицинской помощи. Анализ показателей обращаемости по группам заболеваний показал, что в четырех регионах из семи сельские жители в сравнении с городскими намного реже обращались за амбулаторно-поликлинической помощью по поводу болезней периферической нервной системы и болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, в пяти регионах - по поводу астмы и астматического статуса, в шести регионах - по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки.

Рисунок 12.

Обращаемость за амбулаторной помощью на 1000 жителей населенных пунктов разных типов в семи регионах России в 2006 г.



Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

Расчет показателя посещаемости²¹ врачей жителями городских и сельских поселений показал, что во всех регионах отмечаются более низкие значения этого показателя для сельских жителей (рис. 13). В трех регионах из пяти чаще всех посещают врачей жители областного центра, в двух – жители других городов.

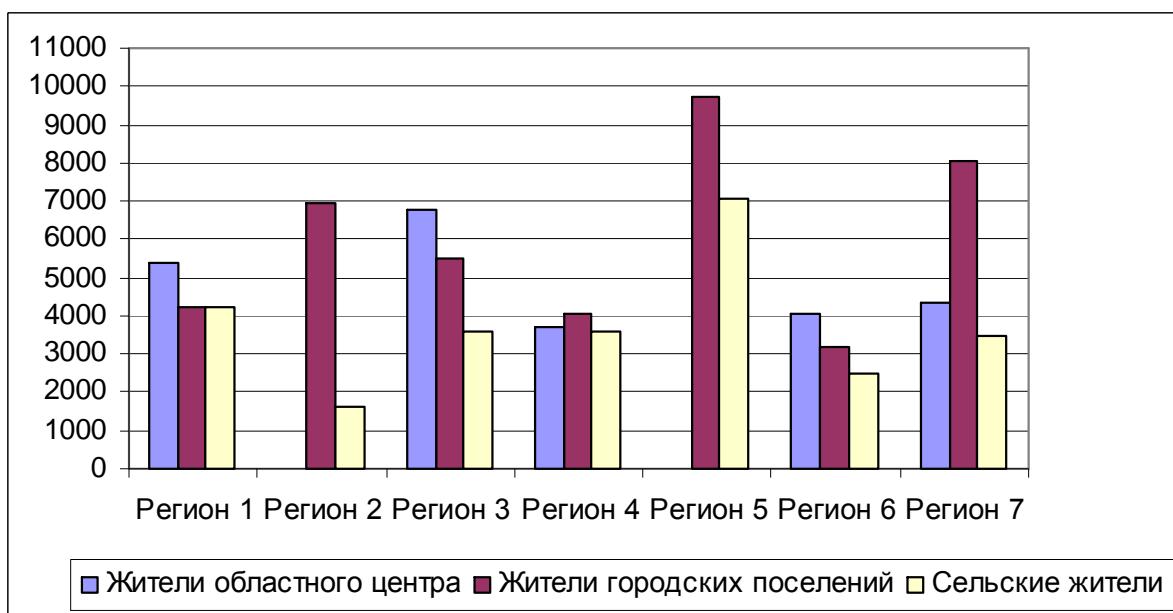
¹⁹ В пяти регионах данные страховой статистики позволяли выделить жителей, проживающих в областном центре, других города региона и в сельской местности; в двух регионах (регионы № 2 и №5) – только городских и сельских жителей.

²⁰ Показатель обращаемости рассчитывался как число первичных посещений по поводу различных заболеваний, отнесенное на 1000 населения

²¹ Показатель посещаемости рассчитывался как число посещений, выполненное к врачам разных специальностей, ведущих амбулаторный прием, отнесенное на 1000 населения

Рисунок 13.

Число посещений врачей на 1000 жителей населенных пунктов разных типов в семи регионах России в 2006 г.



Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

Если теперь рассмотреть показатели объема оказанной амбулаторной помощи на одного пациента, измеряемого числом посещений врачей (табл. 3), то можно увидеть, что на одного пациента, проживающего в сельской местности, в пяти регионах из семи приходилось меньше амбулаторно-поликлинических посещений, чем на одного пациента, проживающего в городских поселениях.

Таблица 3.

Среднее число амбулаторно-поликлинических посещений на одного пациента, проживающего в городской и сельской местности, в семи регионах, в 2006 г.

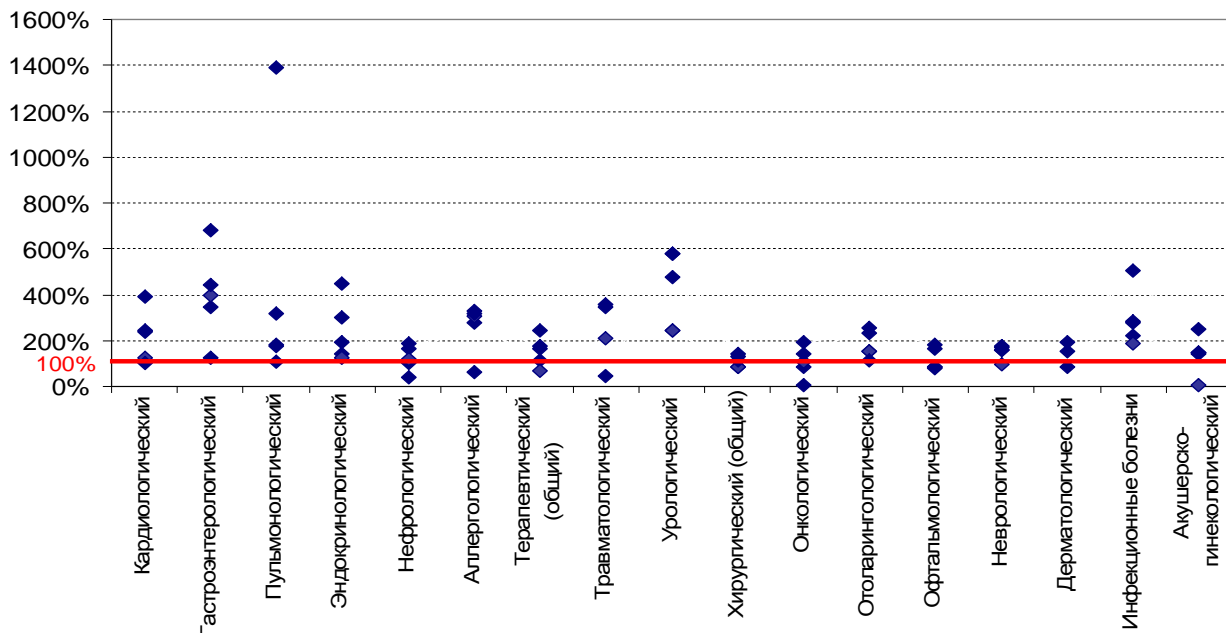
	Всего	Регион 1	Регион 2	Регион 3	Регион 4	Регион 5	Регион 6	Регион 7
Жители областного центра	8,7	9,3	н/д	10,4	8,5	н/д	6,1	8
Жители городских поселений	10,2	8,9	10,7	7,0	8,2	12,8	4,8	12,8
Жители сельской местности	7,1	9,5	5,2	6,7	7,3	10,1	4,3	6,8

Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

5.4.3. Различия в доступности специализированной амбулаторной помощи

Анализ показал, что существуют очень значительные различия между жителями областного центра, других городов и сельской местности по количеству посещений врачей разных профилей (см. рис. 14 и 15).

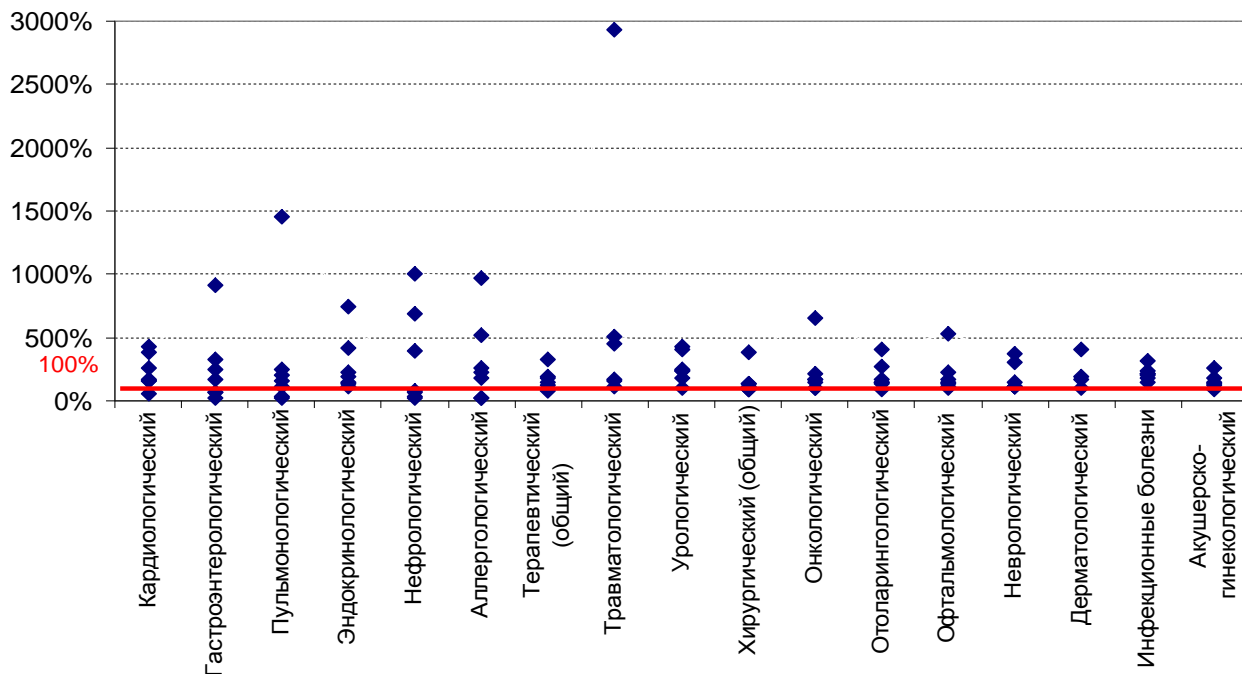
Рисунок 14.
Соотношение числа посещений врачей разных специальностей жителями областных центров и жителями села* в пяти регионах России в 2006 г.



* - среднее число посещений врачей каждой специальности на одного сельского жителя в регионе принято за 100%.

Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

Рисунок 15.
Соотношение числа посещений врачей разных специальностей жителями городов и жителями села* в семи регионах России в 2006 г.**



* - по пяти регионам – данные о посещениях жителей городов за исключением областного центра, в двух регионах - жителями всех городов.

** - среднее число посещений врачей каждой специальности на одного сельского жителя в регионе принято за 100%.

Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

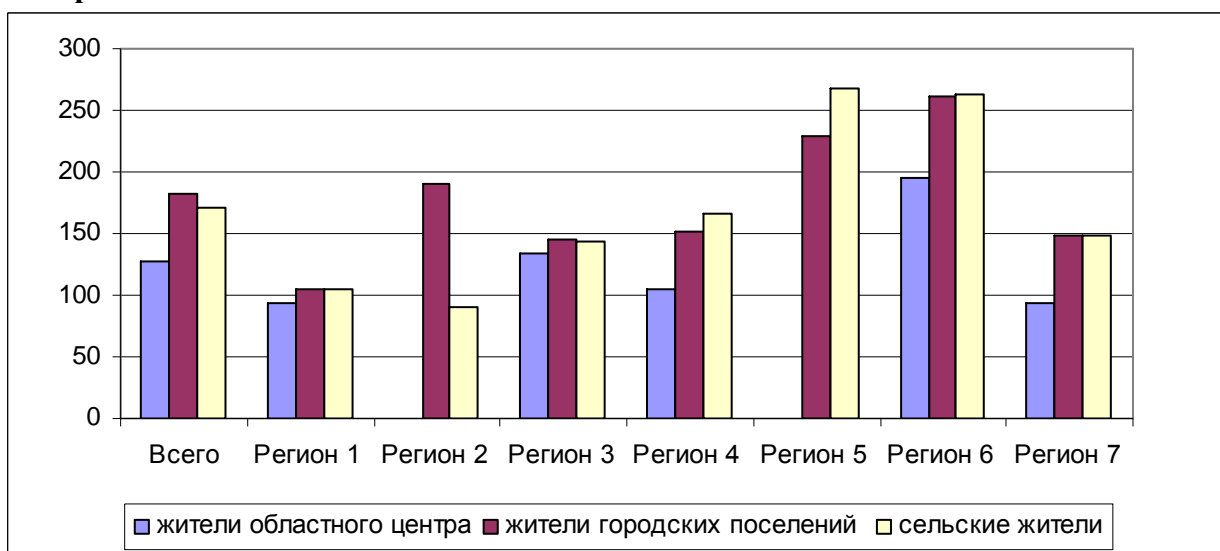
Посещаемость сельскими жителями врачей-эндокринологов, невропатологов и инфекционистов во всех рассматриваемых регионах была ниже, чем посещаемость этих специалистов жителями городских поселений. В шести регионах из семи значения показателя посещаемости врачей-кардиологов, травматологов, урологов, онкологов, отоларингологов и офтальмологов для сельских жителей была ниже, чем для жителей городских поселений. В пяти регионах из семи посещаемость сельскими жителями врачей-пульмонологов, аллергологов, терапевтов, акушеров-гинекологов была также ниже, чем посещаемость этих специалистов жителями городских поселений. Вместе с тем, по отдельным профилям в некоторых регионах наблюдались обратные соотношения или значения показателей были близки. Различия в величине показателей посещаемости вряд ли можно объяснять различиями в структуре заболеваемости жителей разных типов населенных пунктов. Скорее они отражают региональные особенности в организации амбулаторно-поликлинической помощи и служат свидетельством неравенства возможностей получения различных видов специализированной медицинской помощи для разных территориальных групп населения.

5.4.4. Различия в уровне и госпитализации и в структуре стационарной помощи

Сравнение данных об уровне госпитализации жителей разных типов населенных пунктов (рис. 16) показывает, что жители областных центров лечатся в стационарах реже, чем другие жители. Различия же между населением средних и малых городов и населением сельской местности в уровне госпитализации в пяти регионах невелики. Исключение составили регион 2 (в Сибирском округе), в котором уровень госпитализации жителей городских поселений был вдвое выше, чем уровень госпитализации сельских жителей, и регион 5 (в Приволжском округе), где уровень госпитализации сельских жителей был на 16% выше уровня госпитализации жителей городских поселений, что может свидетельствовать о неравномерной доступности стационарной помощи для этих контингентов.

Рисунок 16.

Число госпитализированных на 1000 жителей населенных пунктов разных типов в семи регионах России в 2006 г.



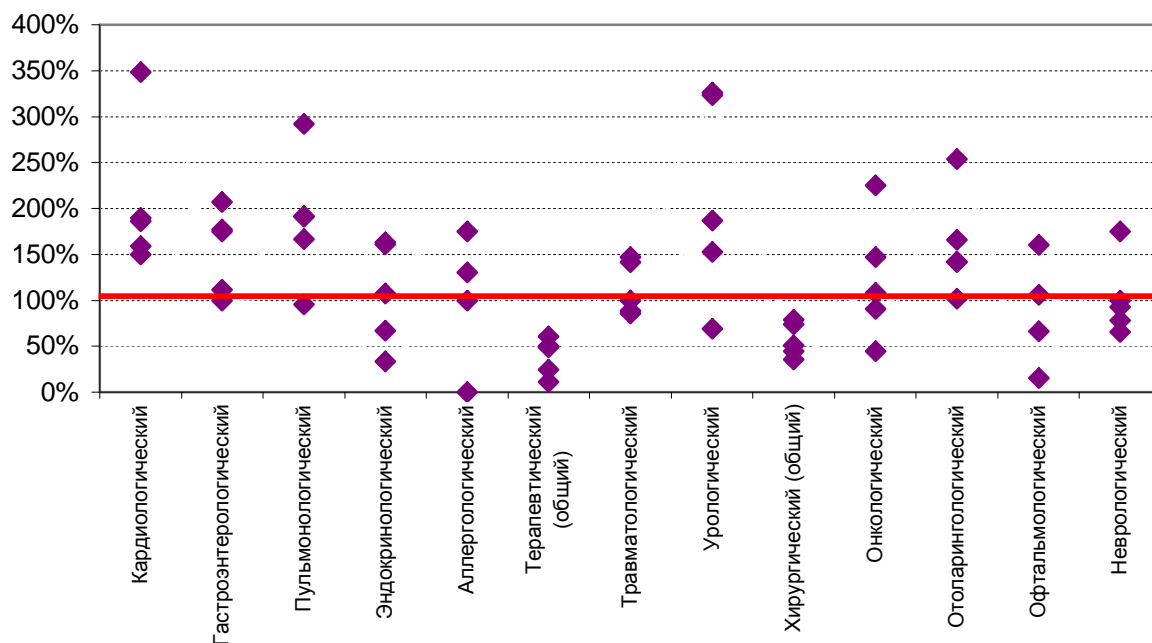
Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

При рассмотрении показателей числа госпитализированных на 1000 застрахованных по профилям больничных отделений (профилям коек), выявлены большие

различия в их величинах, рассчитанных для городских и сельских жителей каждого из регионов (рис. 17 и 18).

Рисунок 17.

Соотношение уровней госпитализации жителей областных центров и жителей села* по профилям больничных отделений в пяти регионах России в 2006 г.

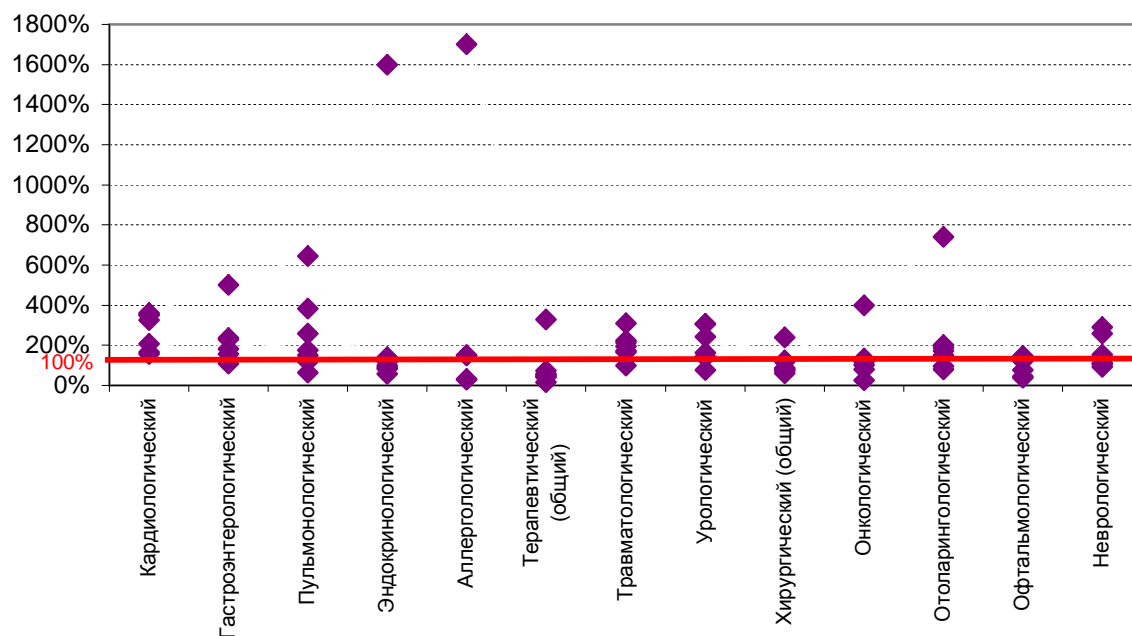


* - среднее число госпитализированных на 1000 сельских жителей в регионе принято за 100%.

Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

Рисунок 18.

Соотношение уровней госпитализации жителей городов и жителей села* по профилям больничных отделений в семи регионах России в 2006 г.**



* - по пяти регионам – данные о посещениях жителей городов за исключением областного центра, в двух регионах - жителями всех городов.

** - среднее число госпитализированных на 1000 сельских жителей в регионе принято за 100%.

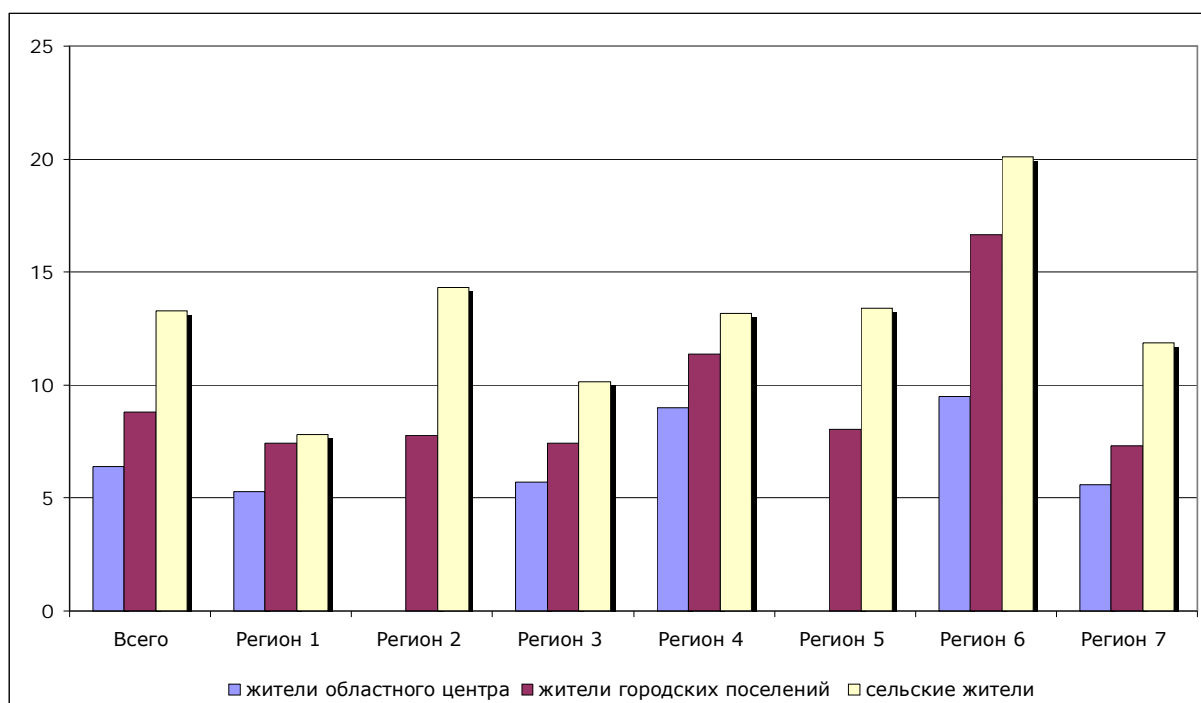
Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

Уровень госпитализации сельских жителей на специализированные койки был, как правило, ниже, чем жителей городских поселений, но существенно выше – на койки общего терапевтического и общего хирургического профиля. Очевидно, это неравенство отражает различия как в организации стационарной медицинской помощи (в городах профили коек в стационарах более специализированы, в сельских же больницах преобладают койки общего терапевтического и хирургического профилей), так и меньшую доступность отдельных видов специализированной стационарной помощи для сельских жителей.

Анализ различий в показателях госпитализации был продолжен путем расчета показателя «отбора на госпитализацию», равного отношению числа случаев госпитализации к числу обращений за амбулаторно-поликлинической помощью, выраженное в процентах. Значение этого показателя для жителей сельской местности в шести регионах из семи было выше, чем для жителей городских поселений (рис. 19). Этот результат, будучи соотнесенным с выявленным более низким уровнем обращений жителей села за амбулаторной помощью, является аргументом в пользу того, что более широкое предоставление стационарной медицинской помощи сельским жителям служит компенсацией меньшей доступности для них амбулаторной помощи.

Рисунок 19.

Отбор на госпитализацию* жителей городских поселений и сельских жителей в семи регионах, 2006 г.



* - отношение числа случаев госпитализации к числу обращений за амбулаторно-поликлинической помощью, в %.

Объемы потребления стационарной помощи (число койко-дней в среднем на одного пациента) были примерно одинаковыми для пациентов, проживающих в городской и сельской местностях (табл. 4). Исключение составили регионы 2 и 7, где на одного пациента – жителя сельской местности приходилось меньшее число койко-дней стационарной помощи, чем на одного пациента - жителя городских поселений.

Таблица 4.

Среднее число койко-дней стационарного лечения, приходящихся на одного пациента, проживающего в городской и сельской местности, в семи регионах, в 2006 г.

	Всего	Регион 1	Регион 2	Регион 3	Регион 4	Регион 5	Регион 6	Регион 7
Жители областного центра	15,4	14,2	н/д	14,7	13,8	0,0	18,3	14,1
Жители городских поселений	14,1	14,4	11,8	14,7	14,5	15,7	17,5	17,1
Жители сельской местности	15,4	14,7	9,5	14,7	14,9	16,0	17,1	15,1

Источник: расчеты по данным страховой компании РОСНО-МС.

Полученные результаты в целом подтверждают тенденции, выявленные по данным социологических исследований: с уменьшением размеров населенных пунктов снижается обращаемость за амбулаторной помощью и увеличивается доля лиц, лечившихся в стационарах.

6. Различия в обращаемости за платной медицинской помощью

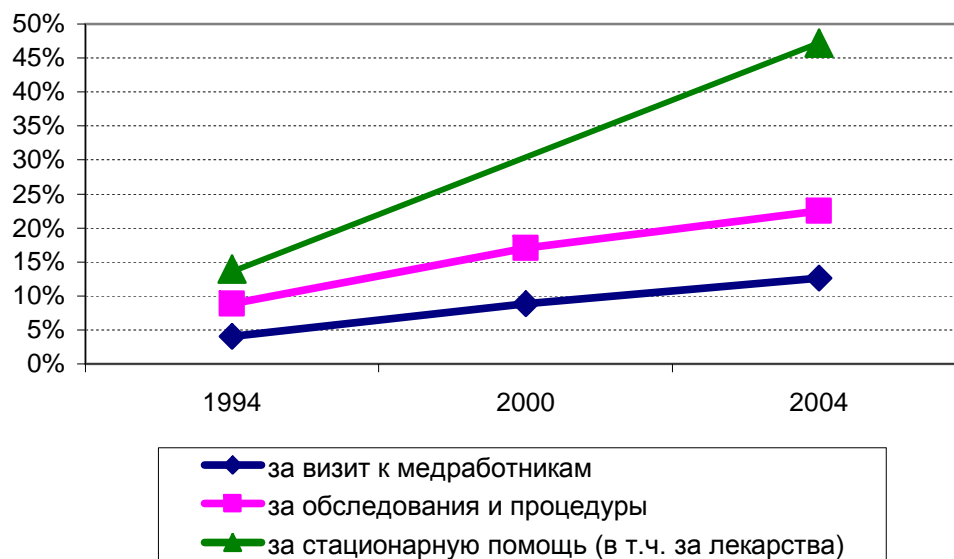
6.1. Различия в распространенности практик оплаты медицинской помощи для населения с разным уровнем доходов

В России происходит интенсивное замещение бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами. О темпах этого процесса можно судить по данным разных раундов панельного опроса РМЭЗ (рис.20). Доля пациентов, плативших за амбулаторную помощь, увеличилась за период с 1994 года по 2004 год в 3,1 раза, доля плативших за дополнительные обследования и процедуры - в 2,5 раза, а за лечение в стационарах – в 3,4 раза. Чаще всего население платит за медицинскую помощь в стационаре, и именно по этому виду услуг наблюдается наиболее значительное увеличение доли плативших. Для большей части домохозяйств оплата лечения из собственных средств стала условием получения медицинской помощи в нужном объеме и нужного качества.

Однако группы с разным уровнем доходов имеют разные возможности прибегать к платной медицинской помощи. По данным РМЭЗ, в 2004 году самые состоятельные платили за визит к медработникам почти в 2,5 раза чаще, чем представители групп с более низким доходом (рис.21). С ростом доходов увеличивается доля пациентов, которые платят за лечение в больницах (рис. 22). Сравнивая эти результаты, стоит обратить внимание на то, что доля плативших за амбулаторную помощь скачкообразно увеличивается при переходе от четвертого к пятому доходному квинтилю, в то время как доля плативших за стационарную помощь резко возрастает при переходе от первого квинтиля ко второму. Это можно объяснить как отражение большей распространенности практик принуждения к оплате медицинских услуг в стационарах по сравнению с поликлиниками. За платной амбулаторной помощью чаще обращается наиболее богатая часть населения по собственному желанию.

Рисунок 20.

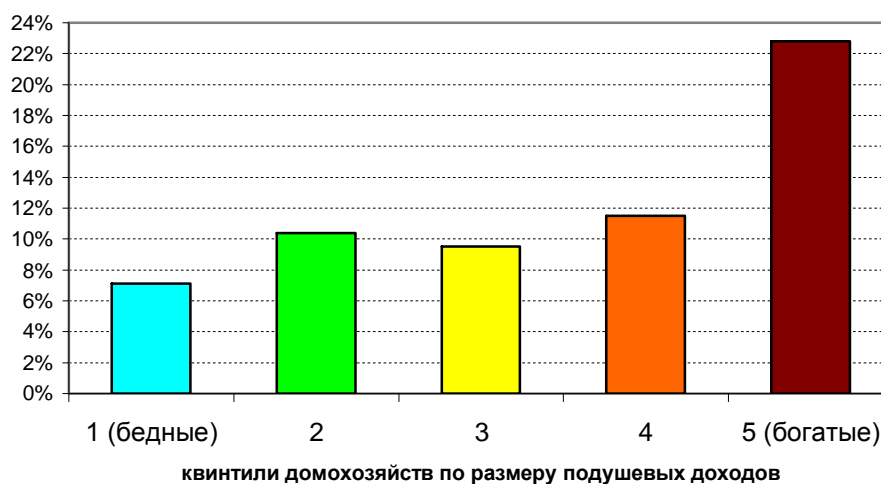
**Доля плативших за различные виды медицинской помощи
в 1994, 2000²² и 2004 годах, в%**



Источник: рассчитано по данным РМЭЗ пятого (1994 г.), девятого (2000 г.), тринадцатого (2004 г.) раундов.

Рисунок 21.

**Доля плативших за визит к медработникам в группах населения с разным
доходом в 2004 году, в%**

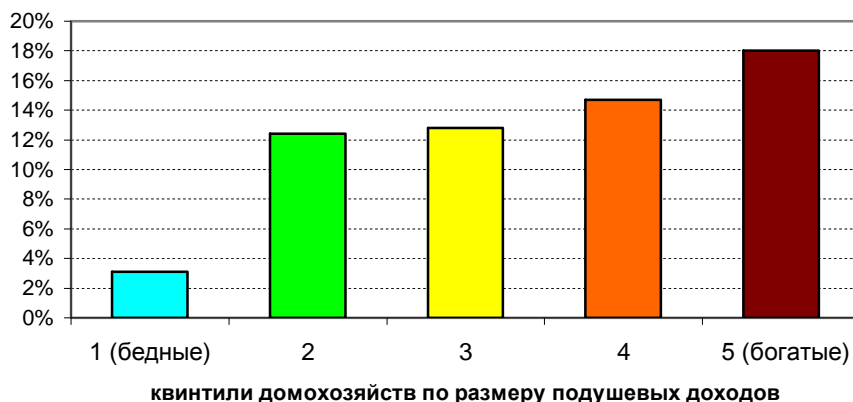


Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г.

²² Данные о плативших за стационарную помощь в 2000 г. исключены из сравнения, поскольку не позволяют учесть плативших за лекарства при лечении в стационаре.

Рисунок 22.

Доля плативших за стационарную помощь в группах населения с разным доходом в 2004 году, в %



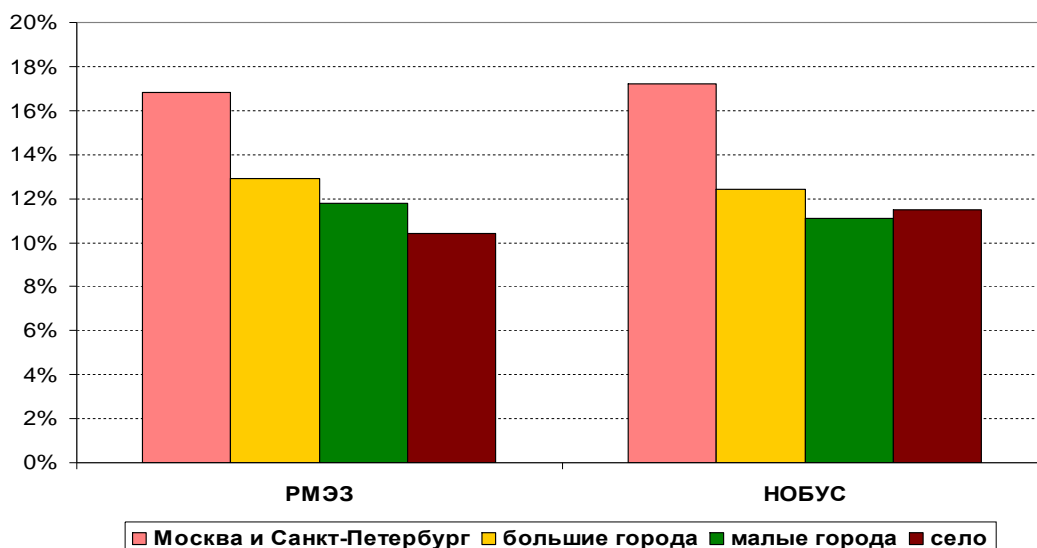
Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г.

6.2. Различия в распространенности практик оплаты медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов

Данные и РМЭЗ, и обследования НОБУС свидетельствуют о различиях в возможностях жителей населенных пунктов разных типов лечиться за плату. Жители крупнейших и больших городов чаще прибегают к оплате амбулаторной помощи, чем жители средних и малых городов и села (рис. 23).

Рисунок 23.

Доля пациентов среди жителей разных типов населенных пунктов, плативших за амбулаторную помощь в 2004 году, в %



Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г.

6.3. Регрессионный анализ влияния факторов обращения за платной медицинской помощью

6.3.1. Описание моделей

Для оценки влияния разных факторов на обращение к платным медицинским услугам был проведен регрессионный анализ по данным РЭМЗ (2004 год). Применялась бинарная логистическая регрессионная модель того же вида, что и при анализе факторов обращаемости за медицинской помощью (см. раздел 5.4.1). Оценивались три модели, в которых зависимые переменные характеризовали шанс воспользоваться платной медицинской помощью следующих видов: визит к медицинскому работнику, прохождение дополнительных обследований и процедур, лечение в стационаре. В качестве независимых переменных рассматривались социально-демографические и экономические характеристики респондентов (пол, возраст, образование, тип населенного пункта, наличие детей, размер подушевого дохода домохозяйства, количество потребляемого алкоголя), состояния здоровья (самооценка здоровья, наличие хронического заболевания) и индикаторов уровня развитости системы здравоохранения в регионе, где проживает респондент (обеспеченность населения врачами, больничными койками, размер подушевого государственного финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи).

Методом пошаговой регрессии были отобраны независимые переменные, которые значимым образом влияют на шанс респондентов, обратившихся за рассматриваемыми видами медицинской помощи, затратить средства на их получение. Регрессионные оценки параметров логистических уравнений для трех зависимых переменных приведены в таблице 5.

6.3.2. Факторы обращения за платной амбулаторной помощью

Первая модель - шанс оплаты амбулаторной помощи - оценивалась для совокупности респондентов, обращавшихся к медицинским работникам. Их число составило 2296 человек. Среди них доля плативших (деньгами либо подарками) достигла 12,4%.

Факторами, оказывающими наиболее сильное влияние на вероятность воспользоваться платной медицинской помощью, являются тип населенного пункта, в котором проживает пациент, и размер подушевого дохода в его семье.

Жители Москвы и Санкт-Петербурга имеют в 4 раза больший шанс оплаты медицинской помощи, нежели лица, проживающие на селе. Шансы обращения за платной медицинской помощью для респондентов из больших, средних, малых городов и для жителей села отличаются незначительно.

Вошедшие в 5 квинтильную группу респонденты (самые состоятельные) оплачивали услуги медицинских работников почти в 3 раза чаще, чем опрошенные с меньшим подушевым доходом.

С ростом уровня образования увеличиваются и шансы воспользоваться платной медицинской помощью. Возможно, более образованные люди выше оценивают свое здоровье и чаще готовы заплатить за услуги медработников.

Шансы заплатить за медицинскую помощь ниже при обращении за ней людей старше трудоспособного возраста и детей.

Размер подушевого финансирования территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи оказывает отрицательное, но очень слабое влияние на шанс пациентов платить за услуги медицинских работников.

6.3.3. Факторы оплаты дополнительных обследований и процедур.

Вторая модель - шанс оплаты дополнительных обследований и процедур - была построена для респондентов, обратившихся за данным видом медицинской помощи. В массиве их 972 человек; 22,4% этой совокупности пользовались платными услугами.

По данным регрессионного анализа, шансы оплаты обследований и процедур у жителей Москвы и Санкт-Петербурга выше в 3 раза, чем у жителей села, малых и средних городов.

Обращаясь чаще за дополнительными обследованиями и процедурами, женщины с большей вероятностью, чем мужчины, оплачивают данный вид услуг.

Пациенты пожилого возраста, вероятно, стремятся избежать платных обследований и процедур: шанс обращения за такими услугами для них почти на 50% ниже, чем для более молодых. Риск оплаты данного вида медицинской помощи снижен на 50% и для детей по сравнению с людьми в трудоспособном возрасте.

С увеличением размера подушевого финансирования территориальной программы государственных гарантий вероятность обращения за платными обследованиями и процедурами практически не изменяется. Наблюдается обратная, но слабая зависимость.

6.3.4. Факторы оплаты стационарной помощи

Третья модель оценивалась для совокупности респондентов, обратившихся за стационарной помощью. Таковых в массиве 636 человек; из них 12% оплачивали свое пребывание в стационаре. Для корректности результатов регрессионного анализа, полученных на таком небольшом количестве наблюдений, мы были вынуждены включить в модель лишь несколько переменных: тип населенного пункта, наличие хронического заболевания, размер фактического подушевого финансирования территориальной программы государственных гарантий и обеспеченность региона больничными койками.

Влияние типа населенного пункта оказалось значимым: для жителей больших и малых городов риск оплаты данного вида помощи оказался выше приблизительно в 3 раза, чем для пациентов, проживающих в сельской местности.

Кроме того, эта регрессионная модель зафиксировала наличие слабой обратной зависимости риска обращения за платной стационарной помощью от числа больничных коек на 1000 жителей в регионе.

Таблица 5.

Результаты регрессионного анализа: модели оплаты услуг медработников, дополнительных обследований и процедур, лечения в стационаре

Независимые переменные	Доля плативших медработникам		Доля плативших за обследования и процедуры		Доля плативших в стационаре	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Наличие хронического заболевания (хотя бы одного)					0,559	1,749
Пол (1 – женский, 0 – мужской)	0,275	1,316	0,405	1,5		
Возраст (контрольная группа – трудоспособный)						
Возраст: старше трудоспособного	-1,168	0,311	-0,683	0,505		
Возраст: дети	-1,043	0,353	-0,752	0,472		
Образование (контрольная группа – высшее законченное и незаконченное)						

Образование: неполное среднее и ниже (респонденты, закончившие 9 и менее классов + дети до 14 лет)	-0,659	0,517				
Образование: полное среднее (закончившие 10 и более классов)	-0,614	0,541				
Образование: среднее специальное и профессионально-техническое (диплом ПТУ, ФЗО, ФЗО, техникума, училища)	-0,516	0,597				
<i>Тип населенного пункта</i> (контрольная группа – село)						
Москва и Санкт-Петербург	1,417	4,125	1,124	3,077	1,289	3,631
Большие города (более 300 тыс. чел.)	0,033	1,033	-0,419	0,658	1,184	3,266
Средние и малые города	0,08	1,083	0,078	1,081	0,904	2,469
<i>Доход</i> ²³ (контрольная группа – первый квинтиль)						
2 квинтиль	0,391	1,478				
3 квинтиль	0,182	1,199				
4 квинтиль	0,279	1,322				
5 квинтиль	1,028	2,796				
<i>Размер государственного финансирования здравоохранения</i> ²⁴ в регионе в 2004 г.	-0,001	0,999	-0,001	0,999	-0,001	0,999
Число больничных коек на 1000 чел. в регионе в 2004 г.					-0,041	0,96
Константа	-0,544	0,58	0,618	1,855	2,279	9,771
Количество респондентов, для которого оценивалась регрессионная модель	2296		972		636	
Объяснительная сила модели (процент случаев, в которых модель предсказывает значение зависимой переменной)	87,60%		77,60%		87,90%	
Log-likelihood	1539,027		981,939		443,016	

²³ Подушевой максимум располагаемых ресурсов (по расходам) и доходов домохозяйства.

²⁴ Размер подушевого государственного финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (с учетом региональных коэффициентов удорожания затрат).

7. Различия в доступности бесплатной медицинской помощи для жителей регионов с разным уровнем экономического развития

Анализ межрегиональных различий в доступности бесплатной медицинской помощи был проведен по данным масштабного обследования НОБУС, относящимся к 2003 году²⁵. Регионы, для которых выборка НОБУС была репрезентативной (46 регионов), были разбиты на четыре группы в соответствии с типологией регионов по уровню социально-экономического развития, предложенной в проекте «Социальный атлас российских регионов»²⁶:

1. Лидеры и развитые в освоенной зоне.
2. Развитые в слабо освоенной зоне.
3. «Середина».
4. «Аутсайдеры».

Рисунок 24.

Доля пациентов, не плативших за стационарную помощь, для разных групп регионов, в %

Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003г.

²⁵ <http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/NOBUS.pdf>

²⁶ http://atlas.socpol.ru/typology/table_types.shtml

В проведенном нами анализе использовались данные НОБУС по следующим регионам:

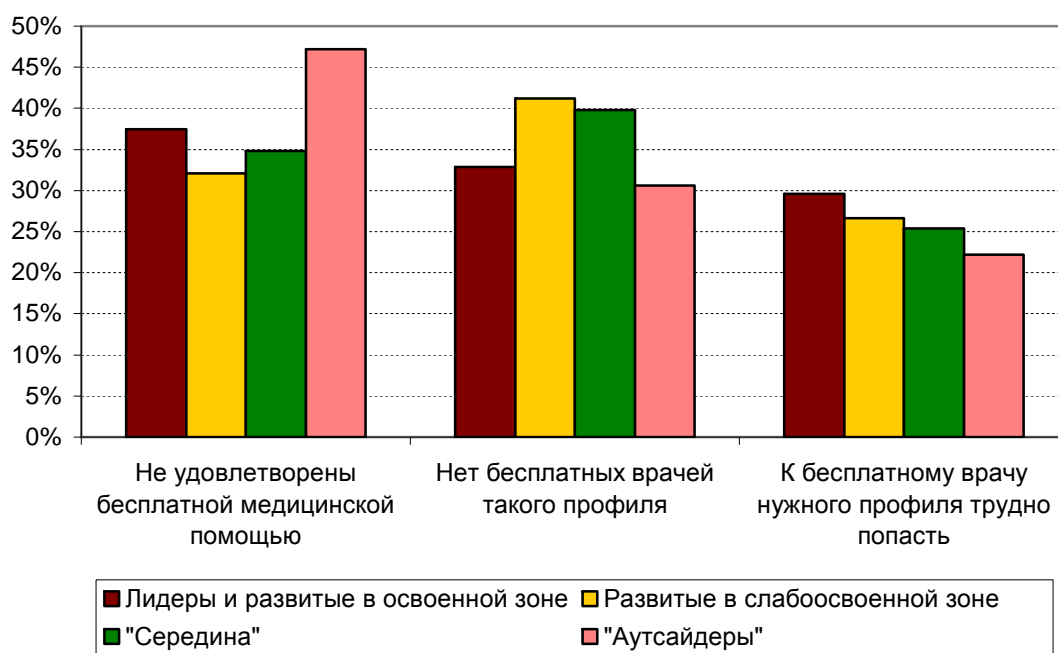
1. Лидеры и развитые в освоенной зоне: Москва, Липецкая область, Республика Татарстан, Санкт-Петербург, Самарская область, Ярославская область, Республика Башкортостан, Челябинская область, Свердловская область.
2. Развитые в слабо освоенной зоне: Тюменская область, Республика Саха (Якутия), Республика Коми, Красноярский край, Сахалинская область, Кемеровская область, Мурманская область.
3. «Середина»: Удмуртская Республика, Нижегородская область, Новгородская область, Тверская область, Костромская область, Псковская область, Кировская область, Брянская область, Омская область, Новосибирская область, Орловская область, Астраханская область, Волгоградская область, Краснодарский край, Тамбовская область, Ростовская область, Воронежская область, Республика Мордовия, Архангельская область, Хабаровский край, Амурская область, Республика Бурятия, Камчатская область, Приморский край, Читинская область.
4. «Аутсайдеры»: Курганская область, Ивановская область, Кабардино-Балкарская Республика, Республика Адыгея, Республика Дагестан.

Значения показателя доли пациентов, получавших бесплатную медицинскую помощь (всех видов), оказались достаточно близки для указанных четырех групп регионов: они находятся в интервале от 87,6% до 90,1%. Более выражены различия в доле пациентов, лечившихся бесплатно в стационарах (см. рис. 24). Этот показатель достигает максимального значения в развитых ресурсодобывающих регионах (74,2%), а минимального – в регионах из группы аутсайдеров (55,7%).

Интересны различия в причинах обращения за платными медицинскими услугами, отмеченные респондентами из разных групп регионов (рис. 25). Неудовлетворенность качеством бесплатной медицинской помощи чаще высказывают жители наименее и наиболее развитых регионов. На отсутствие врачей нужного профиля, у которых можно получить бесплатную помощь, несколько чаще указывают жители регионов второй и третьей групп. Затруднения в том, чтобы попасть на прием к бесплатному врачу, как причины обращения за платной помощью, ослабевают с переходом от более развитой группы регионов к менее развитой.

Рисунок 25.

Причины обращения за платной медицинской помощью, распределение ответов респондентов, в %



Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003г.

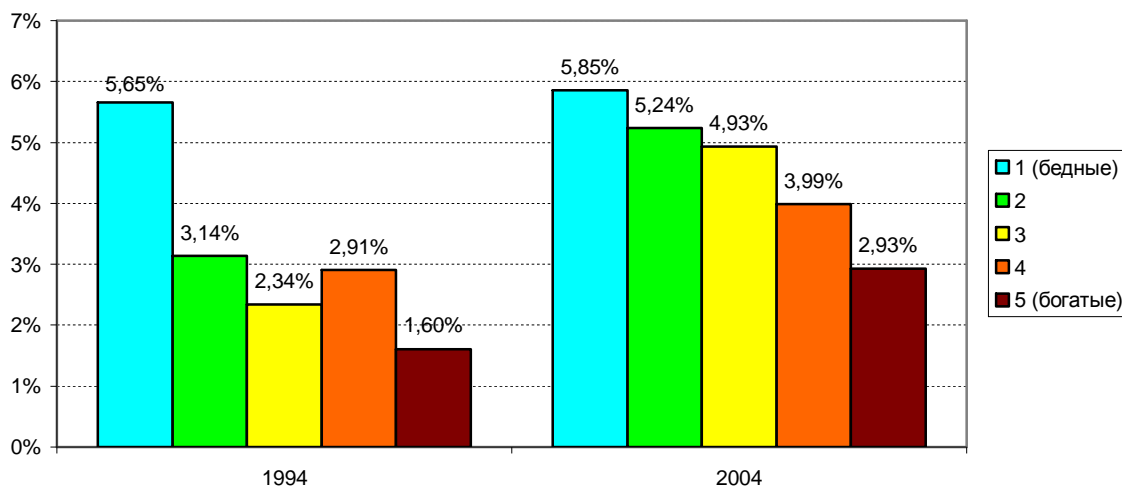
8. Неравенство в распределении бремени расходов на медицинскую помощь среди населения

Для анализа различий между группами населения в бремени расходов на лечение производился расчет показателей доли среднемесячных затрат домохозяйств на лечение в их доходах за вычетом расходов на питание.

Данные РЭМЗ позволяют сравнить распределение бремени расходов домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства, выписываемые врачом, в 1994 и 2004 годах (рис. 26). За эти десять лет бремя расходов на медицинскую помощь усилилось для всех доходных групп, но неравенство в его распределении уменьшилось, хотя и остается весьма значительным: у бедных оно вдвое больше.

Рисунок 26.

Средние доли расходов на лечение* в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, по группам домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов в 1994 г. и 2004 г., в %



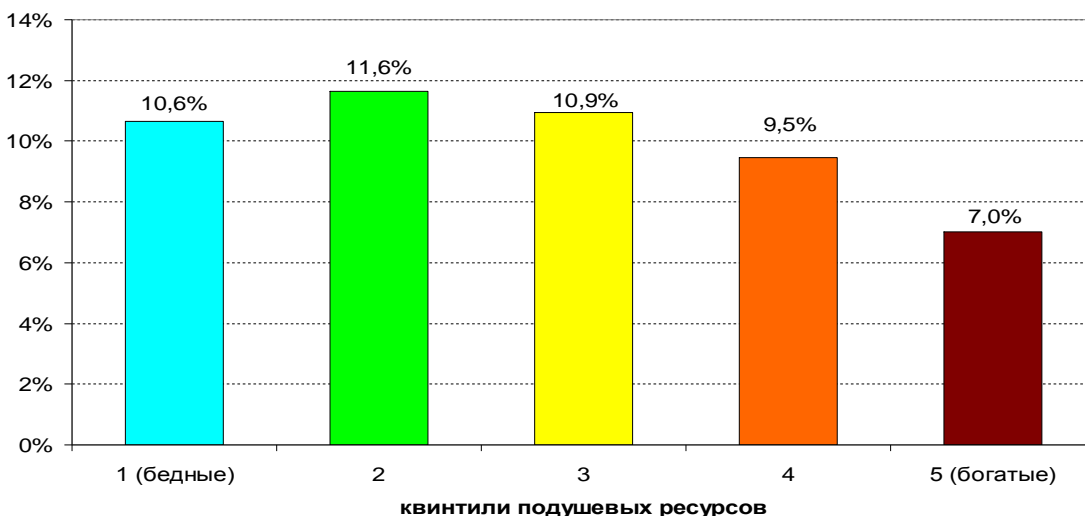
* - расходы домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства, выписываемые врачом.

Источник: расчеты по данным РЭМЗ 1994 и 2004 гг.

Приведенные данные РЭМЗ о расходах домохозяйств на лечение не включают затрат на приобретение лекарств не по рекомендации врача. Для анализа распределения бремени полных расходов домохозяйств на лечение воспользуемся данными обследования НОБУС. Они также свидетельствуют о наличии неравенства по этому показателю между группами домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов (см. рис.27). Значение этого показателя для домохозяйств из первых двух квинтильных групп (то есть для бедных) в 1,5 раза больше, чем для домохозяйств из пятой группы (богатых).

Рисунок 27.

Средние доли расходов на лечение* в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, по группам домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов, в 2003 г., в %



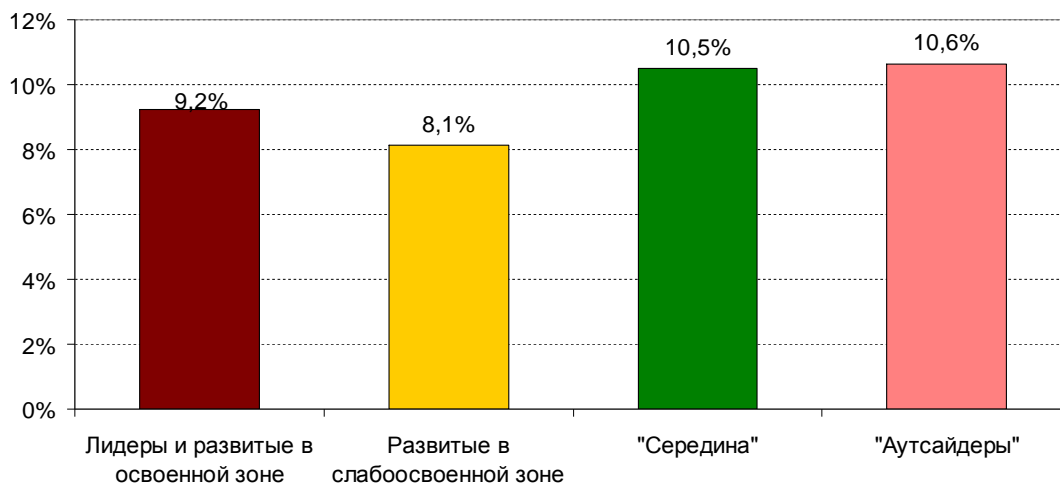
* - расходы домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства.

Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003г.

Аналогичный расчет был выполнен для домохозяйств, проживающих в регионах с разным уровнем экономического развития (см. раздел 7). Согласно полученным данным, бремя несения расходов на лечение выше для домохозяйств, проживающих в регионах с более низким уровнем экономического развития (см. рис. 28).

Рисунок 28.

Средние доли расходов на лечение* в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, для регионов с разным уровнем экономического развития, в %

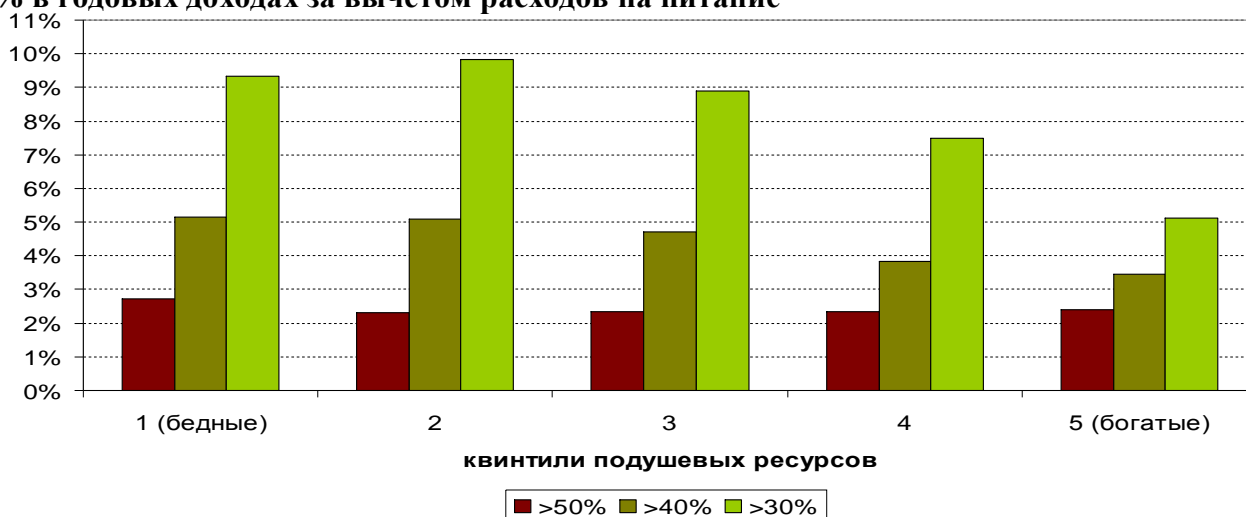


* - расходы домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства
 Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003г.

Наиболее тяжелым для домохозяйств становится необходимость нести очень большие расходы в случае серьезных заболеваний их членов. Для анализа распределения таких катастрофических расходов рассчитывались показатели доли домохозяйств, у которых подушевые затраты на лечение превысили соответственно 50% , 40% и 30% от величины годового дохода за вычетом расходов на питание.

Рисунок 29.

Доля домохозяйств, для которых расходы на лечение превысили 50%,40% и 30% в годовых доходах за вычетом расходов на питание



Источник: расчеты по данным обследования НОБУС, 2003 г.

Доля тех, кто тратил на лечение более 50% своих годовых доходов примерно одинакова для трех средних по доходам групп домохозяйств - 2,3%, чуть выше у самых богатых – 2,4% и достигает максимума для самой бедной группы – 2,7% (рис. 29). Домохозяйства, тратившие на лечение более 30% годовых доходов, распределены по доходным группам уже неравномерно: в двух бедных группах их доля составляет 9,5%, в то время как в группе богатых – всего 5,1%.

9. Представления населения о равенстве доступа к медицинскому обслуживанию

Для полноты анализа существующего неравенства в доступности медицинской помощи важно достоверно знать, каковы представления самого населения о равенстве в возможностях получения медицинской помощи. В настоящее время в России наиболее острыми являются проблемы неравенства в доступности медицинской помощи, связанные с замещением бесплатного медицинского обслуживания платным. Для выяснения позиций населения по отношению к этим проблемам был разработан блок вопросов, который был включен в опрос, проведенный в июле 2007 года в рамках проекта «Индекс потребительских предпочтений». Рассмотрим основные результаты проведенного исследования.

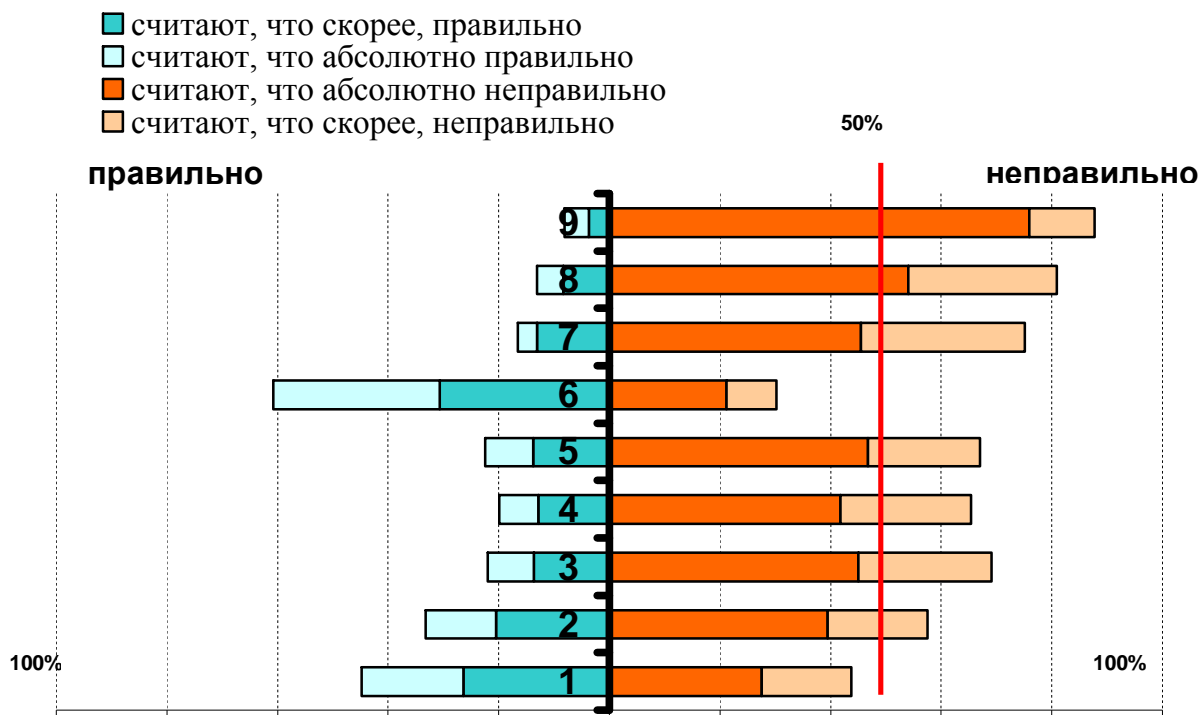
Полученные данные свидетельствуют, что со стороны населения требования к государственным гарантиям оказания медицинской помощи остаются весьма обширными и безусловными (см. рис. 30): большинство опрошенных считает, что следует сохранять права бесплатного доступа к основным видам амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских услуг. Сюда включаются проведение общих анализов и диагностических процедур, ежегодных диспансеризаций и вакцинаций (в том числе от гриппа, ОРВИ), услуги медицинского работника «на дому» у пациента для проведения лечебных процедур. Еще более единодушно требование населения в отношении бесплатного стационарного лечения. Население готово лишь более-менее терпимо отнестись к введению платности за возможность выбора условий комфортности пребывания в стационаре, а также к бесплатному выбору лечащего врача.

Вместе с тем, несмотря на всеобщую приверженность к системе бесплатного здравоохранения в целом, отношение к развитию отдельных видов платных медицинских услуг дифференцировано по основным социальным группам. Носителями наиболее толерантного отношения к развитию платного медицинского обслуживания являются обеспеченные люди, жители столичных городов, молодежь. В перечисленных группах большинство считают скорее правильным («вполне нормальным»), что люди должны сами оплачивать не только дополнительные услуги (выбор врача или выбор уровня комфортности), но даже такие «обычные» медицинские услуги, как:

- приход на дом к больному медицинского работника для проведения процедур (с этим согласны 47% высоко обеспеченных, 43% москвичей),
- проведение общих анализов, стандартных диагностических процедур (с этим согласны 43% высоко обеспеченных, 42% москвичей),
- проведение вакцинации от гриппа или ОРВИ (с этим согласны 40% высоко обеспеченных, 40% москвичей).

Рисунок 30.

Распределение ответов респондентов на вопрос «Правильно ли, что люди сами должны платить за ...»



Типичные виды стационарной медпомощи (оказываемые в больницах)

9	экстренную (срочную) госпитализацию, необходимую для спасения жизни больного
8	лекарства, лечебные процедуры, лечебное питание, назначенные лечащим врачом во время пребывания в больнице
7	несрочную госпитализацию (лечение или проведение плановой операции),
6	бытовые условия повышенной комфортности во время пребывания в больнице (отдельная палата, индивидуальное питание)

Типичные виды амбулаторной медпомощи (оказываемые в поликлиниках):

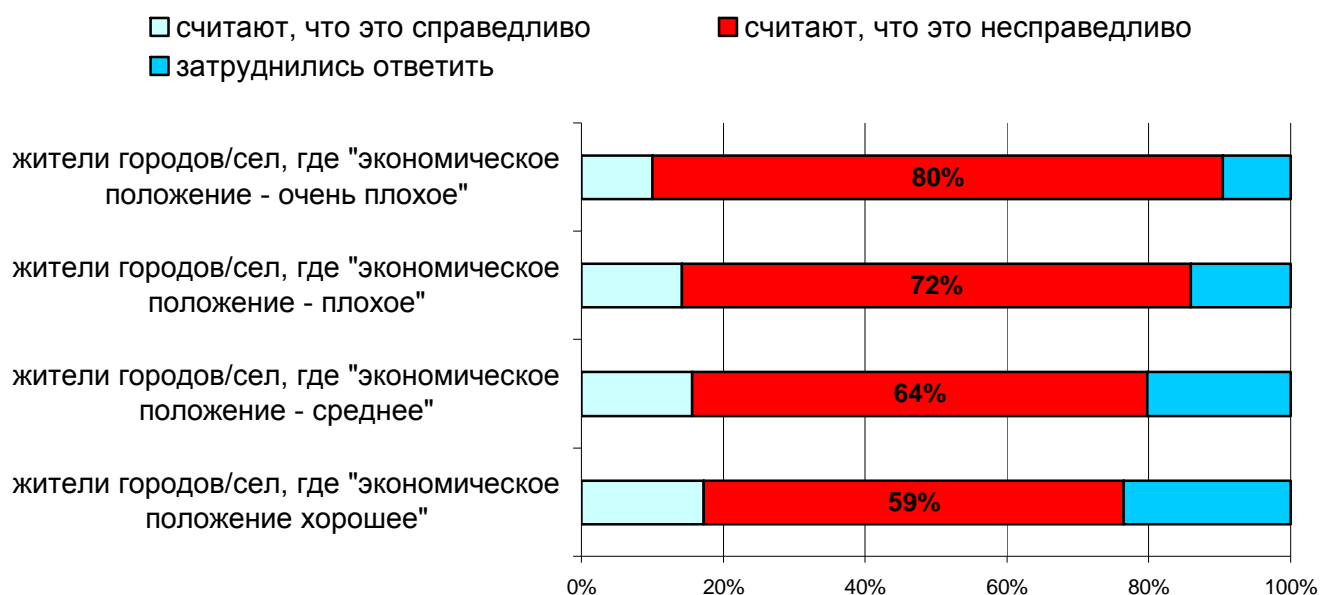
5	вакцинацию от гриппа (ОРВИ), от др. инфекционных заболеваний
4	ежегодную диспансеризацию
3	общих анализов, стандартных рентгеновских, ультразвуковых и других диагностических процедур
2	регулярный приход медработника на дом к лежащему пациенту для измерения давления, уколов, постановки капельницы и др. медпроцедур
1	возможность лечиться у самостоятельно выбранного врача

Источник: данные опроса ИПН в июле 2007 г.

Анализ отношения населения к региональной дифференциации доступности медицинской помощи в зависимости от финансовых возможностей и усилий региональных властей показал, что население негативно оценивает такое положение вещей (рис.31). Восприятие этой дифференциации как несправедливой преобладает даже в относительно благополучных регионах, в которых люди могут воспользоваться преимуществами лучшей организации государственной бесплатной медицины. В неблагополучных регионах еще острее проявляется отрицательное отношение к региональным различиям в доступности услуг здравоохранения.

Рисунок 31.

Распределение ответов респондентов на вопрос «Справедливо ли, что жители более богатых регионов имеют лучшие возможности получения медицинской помощи, чем жители бедных регионов?»



Источник: данные опроса ИПН в июле 2007 г.

Согласно данным проведенного опроса, здравоохранение рассматривается большинством населения как такая сфера человеческой жизни, в которой любые факторы дифференциации доступности являются несправедливыми. Эта не та область человеческого существования, где в какой-либо форме были бы приемлемы принципы «воздаяния за заслуги». Преимущественное право на медицинское обслуживание социально незащищенных слоев населения (малоимущих, людей с ограниченными возможностями здоровья) напрямую не отрицается населением, однако и не безусловно поддерживается.

Уровень материального достатка не признается населением как социально приемлемый фактор доступности оказания медицинской помощи, что подтверждается распределением мнений по поводу справедливых способов организации медицинской помощи в условиях дефицита ресурсов. Этот аспект был протестирован на примере предоставления высокотехнологичной медицинской помощи (табл. 6). По единодушному мнению большинства опрошенных материальный статус человека не должен влиять на возможности ее получения. Равно неприемлемым является как предоставление преимуществ тем, кто в состоянии доплатить за предоставление услуги, так и тем, кто мог бы претендовать на них по причине малообеспеченности. Статус занятости или место проживания также оцениваются как несправедливые факторы дифференциации получения медицинских услуг.

Таблица 6.

Распределение оценок респондентами наиболее предпочтительных способов организации очереди на получение бесплатной высококвалифицированной медицинской помощи (% по столбцу от числа опрошенных)

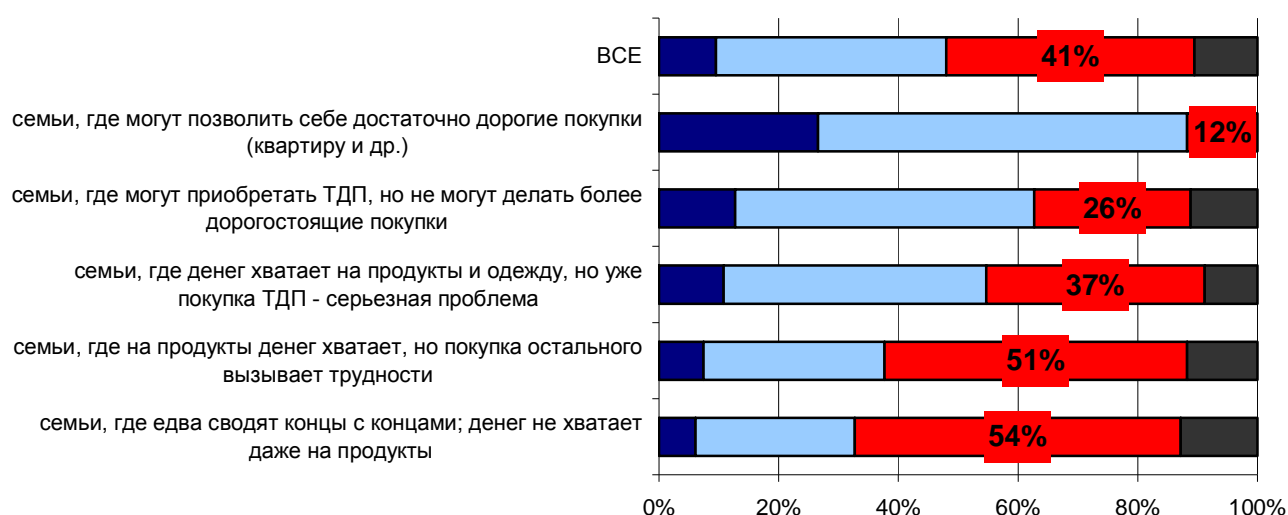
	Самый правильный способ	Второй по правильности способ
Более тяжелые случаи раньше, остальные позже	71	21
По времени поступления больных – «раньше обратился, раньше получил»	23	49
Жители города, в котором расположено медучреждение, - раньше, остальные - позже	1	7
Работающие раньше, неработающие - позже	1	6
За дополнительную плату - раньше, остальные - позже	1	8
Малоимущие раньше, состоятельные - позже	2	7
Нет ответа	1	3

Источник: данные опроса ИПН в июле 2007 г

Рисунок 32.

Распределение ответов респондентов на вопрос «Согласны ли Вы с тем, что люди, которые много работают и хорошо зарабатывают, должны иметь возможность за свои деньги получать медицинскую помощь быстрее, чем другие?»

■ согласны с этим □ согласны, если это не в ущерб здоровью других ■ не согласны с этим ■ з/о



Источник: данные опроса ИПН в июле 2007 г

В среднем население скорее не поддерживает идею предоставления преимущественного права медицинского обслуживания даже тем, кто может оплатить это право за счет «честно заработанных» личных средств (рис. 32). Однако позиции представителей разных имущественных слоев населения здесь принципиально различаются. Среди наиболее обеспеченной части общества социальные преимущества,

обусловленные более высоким денежным доходом, воспринимаются скорее положительно, но, как правило, с ограничением, трудно выполнимым в условиях дефицита ресурсов – «не в ущерб другим». Малообеспеченные слои населения, не способные воспользоваться такими возможностями платной медицины, не признают ни при каких условиях преимущественные права других, более успешных людей.

Анализ отношения людей к конкретной практике реализации идеи платных медицинских услуг как дополнения к бесплатному медицинскому обслуживанию показал гораздо большее единодушие населения. Получившая развитие в 90-е годы практика решения финансовых проблем здравоохранения путем сочетания платного и бесплатного медицинского обслуживания на базе государственных медицинских учреждений негативно воспринимается большинством населения (рис. 33). Вне зависимости от материальных возможностей, люди чаще всего (около 40% опрошенных) отрицательно оценивают такую практику, полагая, что развитие дополнительной платной медицинской помощи в государственных поликлиниках и больницах приводит к ухудшению функционирования бесплатной системы медицинского обеспечения. И лишь примерно вдвое меньшая доля населения готова согласиться с тем, что такое сочетание платности и бесплатности оказания медицинских услуг может способствовать улучшению или, как минимум, никак не влиять на эффективность предоставления бесплатных услуг здравоохранения.

Рисунок 33.

Распределение оценок респондентами влияния дополнительной платной медицинской помощи, предлагаемой пациентам в государственных поликлиниках и больницах, на качество бесплатной медицинской помощи



Источник: данные опроса ИПН в июле 2007 г

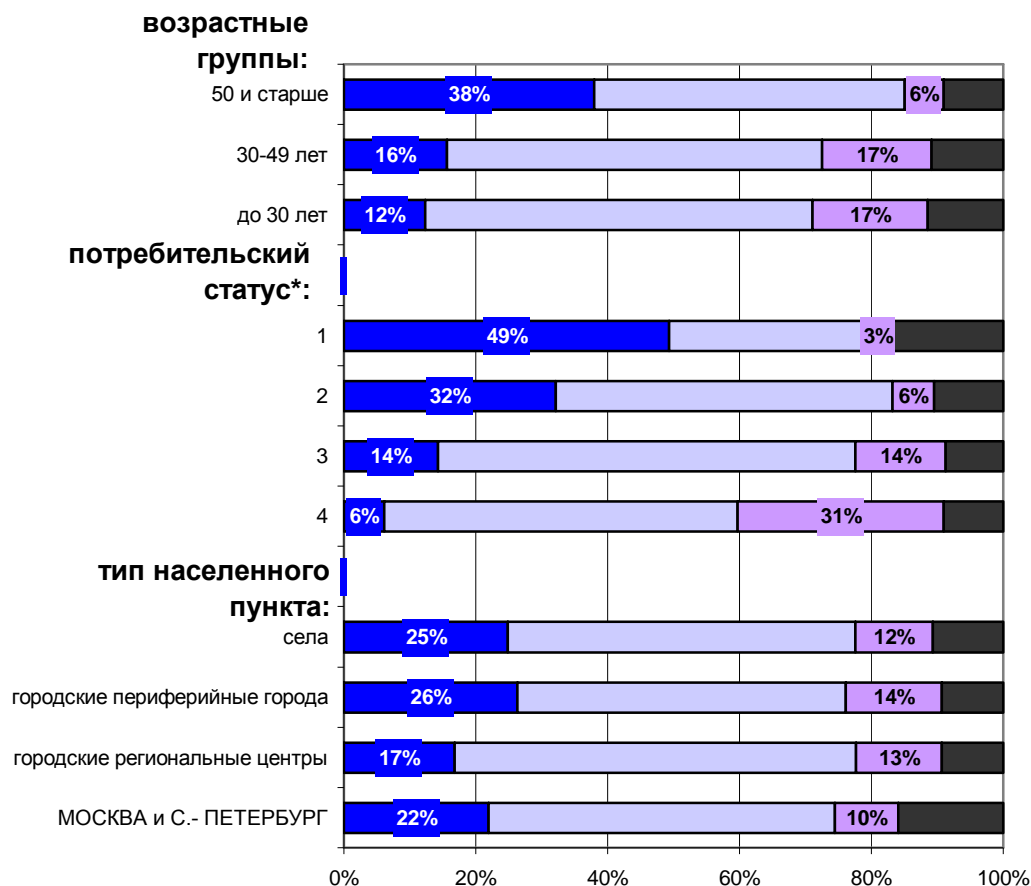
Более терпимое отношение обеспеченной части общества к развитию платных форм здравоохранения, основано, как и следовало ожидать, на имеющихся материальных возможностях оплаты медицинских услуг. Материально обеспеченные слои населения заметно чаще выражают готовность в отдельных случаях перейти на платные формы медицинского обслуживания, даже когда есть формальная возможность получения этих же услуг бесплатно (рис. 34). Однако даже эти слои населения пока не готовы к переходу

на модель финансирования здравоохранения на основе соучастия в страховании медицинских расходов. Это видно из предложенного в рамках исследования гипотетического выбора между моделью индивидуальной оплаты прохождения диспансеризации и впоследствии бесплатного лечения и моделью индивидуальной оплаты медицинских услуг при обращении за медицинской помощью (заведомо обрекающей часть пациентов на катастрофические для их бюджета расходы) (рис. 35). Этот гипотетический выбор оказался весьма сложным для всех респондентов (в среднем 37% опрошенных затруднились ответить), но особенно для людей старшего возраста и малообеспеченных жителей России, не сумевших его сделать в половине случаев. Это еще раз подтверждает безальтернативность позиции населения относительно необходимости сохранения бесплатной медицинской помощи. Даже среди наиболее обеспеченных слоев населения и молодежи только в трети случаев встречается одобрение страховой модели участия в финансировании здравоохранения.

Рисунок 34.

Предпочтения в различных социально-демографических группах в отношении готовности ждать в очереди на бесплатное медицинское обследование или сделать медицинское обследование за плату без очереди

- в любом случае будут ждать в очереди на бесплатное обследование
- только в случае острой необходимости заплатят за обследование
- сразу же готовы заплатить за обследование, чтобы не ждать очереди
- з/о



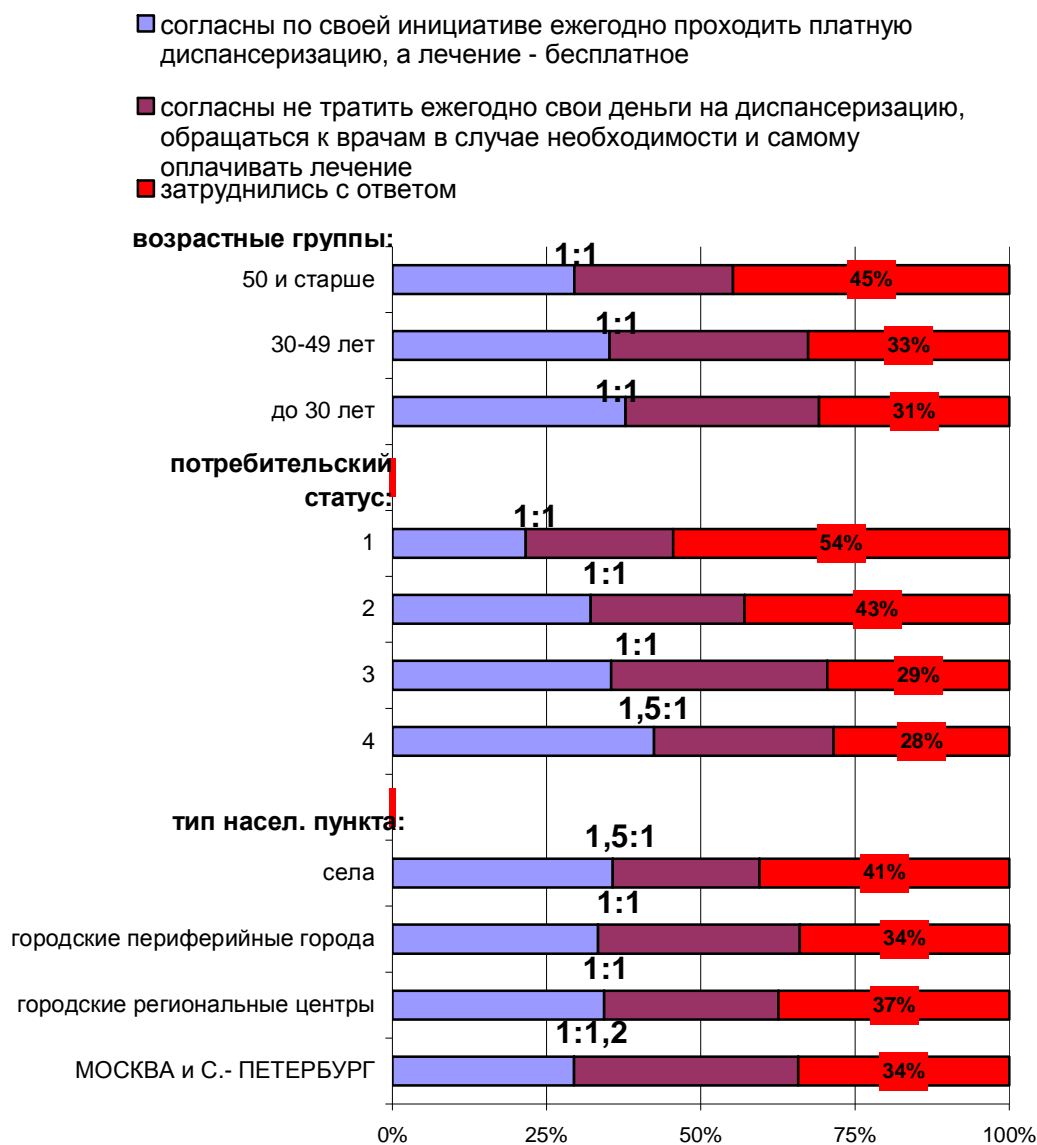
* - Потребительский статус:

- 1 семьи, где едва сводят концы с концами; денег не хватает даже на продукты
- 2 семьи, где на продукты денег хватает, но покупка остального вызывает трудности
- 3 семьи, где денег хватает на продукты и одежду, но уже покупка товаров длительного пользования - серьезная проблема
- 4 семьи, где могут приобретать товары длительного пользования и другие дорогостоящие покупки

Источник: данные опроса ИПН в июле 2007 г

Рисунок 35.

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если бы Вам пришлось выбирать, то что бы Вы предпочли: (1) по своей инициативе ежегодно проходить платную диспансеризацию, а лечение выявленных болезней будет проводиться бесплатно или (2) не тратить ежегодно деньги на диспансеризацию, обращаться к врачам только по необходимости и самостоятельно оплачивать лечение».



* - Потребительский статус:

- 1 семьи, где едва сводят концы с концами; денег не хватает даже на продукты
- 2 семьи, где на продукты денег хватает, но покупка остального вызывает трудности
- 3 семьи, где денег хватает на продукты и одежду, но уже покупка ТДП - серьезная проблема
- 4 семьи, где могут приобретать ТДП и др. дорогостоящие покупки

Более трети россиян (37%) сообщили в ходе исследования, что, если бы они могли выбирать, то предпочли бы иметь достаточно денег для оплаты медицинской помощи, а не иметь возможность ее бесплатного получения в случае необходимости (последний вариант выбрали 56% опрошенных). Повышенную толерантность к иным формам организации здравоохранения в наиболее благополучных слоях населения не стоит расценивать как проявление принципиально иных ценностных ориентаций. Скорее это готовность к компромиссу в условиях, когда желаемая норма (бесплатное государственное медицинское обслуживание) практически недостижима. Терпимое

отношение к невозможности идеального образца основано на относительно высоких материальных возможностях, которых лишено большинство населения страны. Но даже среди наиболее обеспеченных и либерально ориентированных слоев населения нет готовности к полному отказу от патерналистской модели организации здравоохранения

Подведем итоги. Представления подавляющего большинства населения России о способах обеспечения доступности медицинской помощи отражают ценности всеобщего равенства и патернализма. Бесплатное предоставление гражданам медицинских услуг, особенно высокочрезвычайных, а также «по жизненным показаниям», является безусловным требованием, невыполнение которого очень болезненно воспринимается. Медицинская помощь должна быть равнодоступной. Развитие платных форм ее получения оценивается скорее отрицательно. Большинство населения платное предоставление медицинских услуг воспринимается как нетерпимое нарушение прав, как несправедливость, причем отрицается даже принципиальная возможность установления зависимости между материальными возможностями отдельных граждан и их правом на преимущества в получении услуг системы здравоохранения.

Результаты проведенного исследования заставляют сделать вывод, что сохранение финансируемой государством системы бесплатного оказания медицинской помощи выступает общественным императивом. От этой системы население ожидает обеспечения равного доступа к медицинской помощи. Развитие платных форм медицинского обслуживания предстает в качестве допустимого постольку, поскольку оно не будет угрожать принципу равенства возможностей получения бесплатного лечения.

10. Рекомендации о приоритетах государственной политики в отношении неравенства в доступности медицинской помощи

10.1 Приоритетность решения проблем неравенства в доступности медицинской помощи

С точки зрения повышения справедливости системы оказания медицинской помощи выявленные проявления неравенства неоднородны по двум наиболее важным критериям. Первый - острота неравенства: в какой мере с определенным видом неравенства можно мириться, принимая во внимание очевидные ресурсные ограничители, прежде всего, возможности государственного финансирования здравоохранения. Второй – степень влияния системы здравоохранения на показатели неравенства, то есть зависимость неравенства от организации медицинской помощи, сложившейся системы управления и финансирования отрасли. Исходя из этих критериев, можно выделить две группы проявлений неравенства:

Неравенство первого порядка - самые недопустимые различия в доступности медицинской помощи. Они отражают слабость государственной политики поддержки наиболее уязвимых слоев населения, недостатки системы здравоохранения. Их сохранение, а тем более усиление может привести к обострению проблемы бедности, дальнейшей поляризации общества, нарастанию структурных диспропорций в отрасли. С этим неравенством можно бороться наличными и ожидаемыми ресурсами государства при решающей роли здравоохранения.

Неравенство второго порядка – менее острые проявления неравенства, а также те различия, с которыми сложно бороться в настоящее время и в обозримом будущем. Основная часть этих различий отражает действие общих социально-экономических и поведенческих факторов, которые могут быть устранены только в ходе длительной эволюции общества.

10.1.1 Неравенства первого порядка

Дискриминация лиц старше трудоспособного возраста. Как следует из результатов проведенного исследования, пожилые люди вынуждены ждать госпитализации дольше, чем лица в трудоспособном возрасте. Между тем потребности первых в стационарной помощи в 2-3 раза выше. Пожилым людям значительно трудней восполнить нехватку бесплатной медицинской помощи приобретением платных услуг. С учетом ожидаемой тенденции заметного повышения их доли в общей численности населения преодоление этой дискриминации должно стать приоритетной задачей государственной политики.

Более высокий уровень риска «катастрофических» расходов на медицинскую помощь у бедных домохозяйств, обусловленный низким уровнем их финансовой защиты от подобного рода расходов на медицинскую помощь при особо сложных заболеваниях. Не имея возможности получить бесплатную медицинскую помощь при особо сложных заболеваниях, они вынуждены тратить недопустимо высокую долю своего располагаемого дохода на платные услуги или отказываться от лечения. Их первоочередная поддержка – моральный императив прогресса общества.

Сложности с получением бесплатной медицинской помощи у пациентов с хроническими заболеваниями. Об этом свидетельствует более высокая распространенность платной медицинской помощи для лиц с хроническими заболеваниями, что, несомненно, ограничивает их возможности получения всех необходимых услуг. Слабая ориентация здравоохранения на борьбу с осложнениями хронических заболеваний, наличие финансовых барьеров, обуславливают существенное отставание России от западных стран по показателям продолжительности жизни с момента установления хронического заболевания. Правительство ставит задачу улучшения данного показателя - с 10 лет в 2005 г. до 14,5 лет в 2010 г.²⁷ Это сделать невозможно без существенного улучшения финансового обеспечения и организации бесплатной медицинской помощи при хронических заболеваниях.

Более низкий уровень доступности специализированной амбулаторной помощи для жителей малых поселений по сравнению с жителями крупных городов. Как отмечалось выше, жители села, малых и средних городов относительно реже обращаются за первичной и специализированной амбулаторной помощью, но при этом чаще – за стационарной помощью. При этом жители малых поселений потребляют меньше услуг врачей специалистов не только по заболеваниям, лечение которых требует определенной концентрации ресурсов (хирургия, урология, онкология и проч.), но и по наиболее распространенным заболеваниям, лечение которых должно осуществляться на местах (акушерско-гинекологическая помощь, отоларингология, травматология, неврология, стоматология).

Все это является очевидным признаком нерациональной организации медицинской помощи и дискриминации жителей малых поселений. Сохранение такой диспропорции недопустимо не только с точки зрения обеспечения справедливости, но и по экономическим соображениям. Слабость первичного звена и специализированной амбулаторной помощи в малых поселениях является фактором роста затрат в здравоохранении в целом: нехватку врачей-специалистов приходится возмещать наращиванием объемов стационарной помощи.

То обстоятельство, что жители крупных городов относительно чаще испытывают проблемы с записью на прием к участковым врачам и специалистам и больше не удовлетворены их деятельностью, не опровергает данный вывод. Можно предположить, что этот результат отражает с одной стороны более интенсивный урбанистический стиль

²⁷ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года.

жизни, в меньшей мере допускающий промедление удовлетворения потребностей, с другой – относительно более высокий уровень образования жителей крупных городов, позволяющий более критично оценивать организацию и качество помощи.

Развитие здравоохранения в малых поселениях, на наш взгляд, следует сделать приоритетом государственной политики. Без этого невозможно изменить общий социально-психологический климат жизни в сельской местности и малых городах, сложно обеспечить растущие требования к качеству рабочей силы, занятой в сельском хозяйстве.

В то же время при реализации этого приоритета нельзя не учитывать действия факторов, повышающих потребность в медицинской помощи в крупных городах. Во-первых, в ближайшие годы можно ожидать интенсификации перемещения населения в крупные города, многие из которых являются центрами экономического роста и поэтому нуждаются в существенном улучшении состояния здравоохранения. Во-вторых, в городах будет активно формироваться средний класс с более высоким уровнем образования и жизненных притязаний, а значит и потребностей в медицинской помощи. В-третьих, будут действовать технологические и экономические факторы, диктующие необходимость концентрации дорогих ресурсов в крупных медицинских центрах.

Действие этих разнонаправленных факторов требует проведения гибкой политики реструктуризации региональных систем здравоохранения, основанной на укреплении специализированной медицинской помощи для жителей малых поселений в рамках более широкой стратегии создания многоуровневой системы оказания услуг, ориентированной на нужды всего населения региона (см. ниже).

10.1.2. Неравенства второго порядка

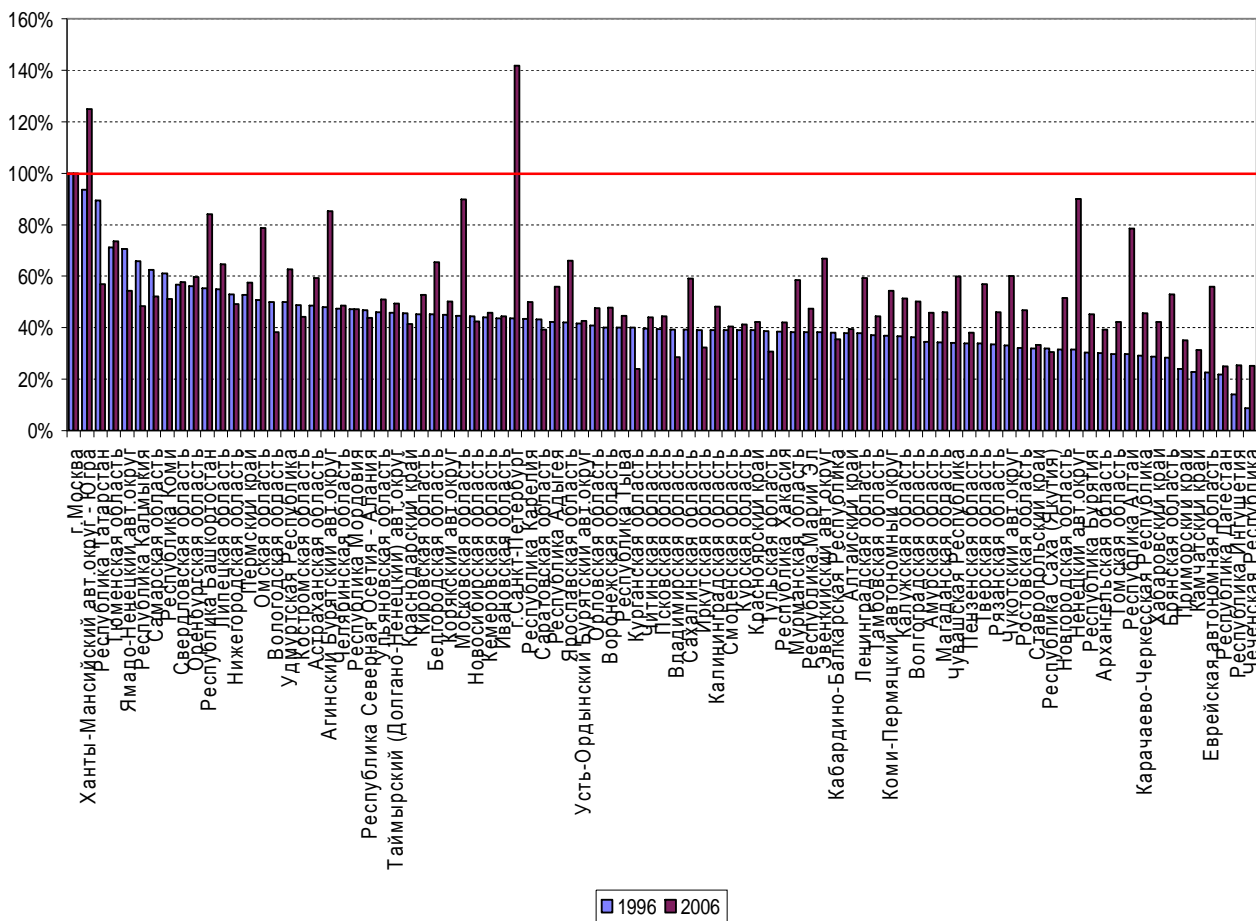
Различия по уровню образования. Лица с более низким образованием реже обращаются за амбулаторно-поликлинической помощью (особенно за обследованиями) и чаще лечатся в стационаре. С одной стороны это является признаком менее рационального отношения к своему здоровью (менее осознанного интереса к профилактике и лечению заболеваний на ранних стадиях), с другой – свидетельствует об относительно ограниченных возможностях (материальных и информационных) обращений к врачам. Эти различия не могут быть признаны оправданными. Система здравоохранения должна быть ориентирована на формирование здорового образа жизни и рациональных форм потребления медицинской помощи с акцентом на менее образованные категории населения - прежде всего, путем активизации санитарно-просветительской работы для этой группы населения.

Однако сглаживание различий по уровню образования во многом носит производный характер от реализации приоритетов первого порядка – борьбы с дискриминацией нетрудоспособных, повышения уровня финансовой защиты бедных семей, улучшения состояния специализированной помощи жителям малых поселений. Именно эти категории населения имеют более низкий уровень образования. Решение их проблем буди способствовать повышению доступности медицинской помощи для менее образованной части населения.

Межрегиональные различия. Эти различия весьма значительны и определяются разными условиями финансового обеспечения. Разрыв между самыми бедными и самыми богатыми регионами по уровню государственного финансирования здравоохранения на душу населения составляет 10-12 раз (с учетом объективно обусловленных различий в зарплате медицинских работников и расходов на коммунальные расходы – в 4-5 раз). Причем за последние десять лет территориальное неравенство в значении этого показателя выросло (см. рис. 35). Величина индекса Джини, рассчитанного для распределения размеров финансирования здравоохранения из бюджетов субъектов РФ в расчете на одного жителя увеличилась за период с 1996 г. по 2006 г. с 0,195 до 0,225.

Рисунок 35.

Соотношения размеров расходов бюджетов субъектов РФ на здравоохранение и физическую культуру в 1996 г. и 2006 г., в расчете на одного жителя*, Москва = 100%



* с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги.

Источник: рассчитано по данным Минфина РФ.

Это требует проведения активной перераспределительной политики государства с использованием ресурсов федерального центра. Но возможности реализации такой политики будут ограничиваться особенностями экономического роста в России. В обозримой перспективе он будет сопровождаться усилением дифференциации регионов по уровню экономического развития и размеру первичных доходов. С одной стороны появится группа регионов, являющихся «локомотивами» экономического роста, в которых потребность в высококачественной медицинской помощи будет расти особенно быстро (прежде всего, потребность расширяющегося среднего класса). С другой – сохранится, а может быть, расширится группа регионов-аутсайдеров. Разрыв между самыми богатыми и самыми бедными регионами по способности своими силами обеспечить потребности здравоохранения будет нарастать, что объективно усложнит задачу ликвидации региональных различий за счет ресурсов федерального центра.

Проблема межрегиональных различий заключается не только в самом факте различий, но и, прежде всего, в том, что большинство жителей регионов - экономических аутсайдеров не обеспечиваются минимально необходимым (с точки зрения представлений сегодняшнего дня) уровнем медицинской помощи. Поэтому повышение общего уровня

экономического развития страны в целом, даже при неизбежном сохранении межрегиональных различий, должно способствовать, по крайней мере, снижению остроты межрегионального неравенства в доступности медицинской помощи.

10.2. Меры по сглаживанию неравенства

10.2.1. Приоритетные задачи

В государственной политике целесообразно сделать более сильный акцент на сокращение неравенства в здравоохранении. Достижение декларированной государством цели повышения доступности и качества медицинской помощи требует обеспечить приоритетное удовлетворение потребностей социально уязвимых категорий населения. При этом можно выделить следующие наиболее важные направления необходимых действий:

- преодоление дискриминации лиц старше трудоспособного возраста;
- повышение уровня финансовой защиты больных с «катастрофическими» расходами на лечение;
- расширение мер по борьбе с хроническими заболеваниями и предупреждению их осложнений;
- улучшение организации специализированной помощи жителям малых поселений;
- повышение уровня информированности населения в вопросах здравоохранения;
- смягчение межрегиональных различий в состоянии здравоохранения.

Каждой из этих целей должны соответствовать конкретные показатели. Их следует включать в бюджетные доклады субъектов бюджетного планирования и оценивать достижение на основе принятых процедур.

Неотъемлемой частью новой стратегии должны стать конкретные мероприятия по сокращению неравенства.

10.2.2. Меры по сглаживанию неравенства первого порядка

Преодоление дискриминации лиц старше трудоспособного возраста. Минимальное условие - сохранение действующей единой системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Обсуждаемое сегодня возможное разделение этой системы на две: для работающих и неработающих, на наш взгляд, должно быть исключено. Оно приведет к усилению неравенства в условиях получения медицинской помощи, усугубит проблемы нетрудоспособной части населения.

Для повышения финансового обеспечения медицинской помощи пожилым людям целесообразно внести коррективы в действующую тарифную политику в системе ОМС, в частности:

- Сильней дифференцировать норматив финансирования страховых медицинских организаций в системе ОМС – сделать обязательным использование половозрастных коэффициентов (часть регионов их не используют), дополнить их коэффициентами, отражающими оптимизированные предыдущие расходы на дорогостоящие виды помощи (прежде всего стационарную). Это позволит учесть особенно значительные риски, свойственные нетрудоспособной части населения, и на этой основе обеспечит более справедливое распределение ресурсов.
- При оплате амбулаторной помощи корректировать подушевой норматив финансирования поликлиник и врачей общей практики на возрастную структуру

приписанного населения. Обслуживание нетрудоспособной части населения должно быть обеспечено более высокими финансовыми ресурсами.

Повышение уровня финансовой защиты от «катастрофических» расходов.

Помимо очевидного усиления контроля соблюдения государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, целесообразно предусмотреть следующее:

- Повышение эффективности действующей системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную помощь из федерального бюджета; первоочередное удовлетворение потребностей в лекарствах лиц с заболеваниями, лечение которых сопряжено с особо значительными расходами.
- Включение программу ДЛО больных с кумулятивными личными расходами на медицинскую помощь свыше установленного лимита в годовом исчислении.
- Обязательное ведение в каждой больнице листов ожидания по дорогостоящим видам плановой медицинской помощи. При этом необходимо сформулировать ясные правила их ведения и обеспечить участие представителей страховщиков и органов социальной защиты в соблюдении этих правил.
- Постепенное расширение набора дорогостоящих лекарств, финансируемых из федерального бюджета (в 2008 г. планируется финансирование лекарственного обеспечения по семи группам тяжелых заболеваний).
- При проведении страховщиками экспертизы качества и обоснованности медицинской помощи в больницах делать акцент на контроль условий оказания бесплатной помощи лицам с особо сложными заболеваниями на основе письменных обращений последних.
- Создать более благоприятные условия для добровольного медицинского страхования, в частности предоставить работодателям в отраслях с вредными для здоровья условиями труда право на отнесение большей доли затрат на ДМС в состав себестоимости (сейчас действует общий для всех лимит – 3%).

Расширение мер по управлению хроническими заболеваниями, предупреждению их осложнений.

Прежде всего, это вышеизложенные меры по повышению финансовой защиты, поскольку значительная часть особо высоких финансовых рисков связана с хроническими заболеваниями. Кроме того, целесообразно на уровне отдельных учреждений в системе ОМС принимать программы управления хроническими заболеваниями, используя при этом опыт их реализации, накопленный в западных странах (прежде всего опыт Германии, и Великобритании).

Необходимо финансировать эти программы в рамках ОМС по особым правилам, имеющим целью повышение заинтересованности участия медицинских организаций и отдельных врачей в их реализации. В частности, использовать подушевой норматив на комплексную медицинскую услугу по лечению определенного заболевания – с правом использования экономии на стационарной помощи по этому заболеванию. Например, формировать группы врачей первичного звена и эндокринологов для ведения больных диабетом и оплачивать их работу по подушевому нормативу ожидаемых затрат на лечение этого заболевания.

Для более существенного финансового обеспечения программ управления хроническими заболеваниями целесообразно предусмотреть фиксированный личный платеж граждан, приписавшихся к таким группам (регистрационный взнос – раз в год). При этом одновременно освободить их от подоходного налога в размере данного платежа.

Улучшение состояния специализированной помощи жителям малых поселений. Необходимо ликвидировать сложившийся разрыв в уровне обеспеченности узкими специалистами жителей крупных городов и малых поселений. Для этого следует создать экономические и организационные условия для притока специалистов в малые и средние города, а также крупные сельские поселения. В то же время повышение обеспеченности жителей малых поселений специалистами следует проводить избирательно - с учетом доказательной потребности в конкретных видах помощи и способности узких специалистов функционировать с полной нагрузкой и на достаточно высоком медико-технологическом уровне. Речь идет не о том, чтобы в каждом муниципальном образовании иметь замкнутую систему здравоохранения, способную удовлетворить все потребности местного населения, а о формировании управляемой многоуровневой системы оказания медицинской помощи в каждом регионе. Для этого необходимо создание медицинских округов, объединяющих соседние муниципальные образования. На базе центральных районных больниц создавать отделения специализированной помощи, обслуживающие население несколько муниципальных образований. При этом необходимо восстановить порядок направлений пациентов с одного уровня оказания медицинской помощи на другой.

Данный процесс ускорится по мере перехода на одноканальную систему финансирования муниципального здравоохранения – за счет средств ОМС.

Необходимо также обеспечить использование в пределах региона единых клинических стандартов, основанных на принципах «доказательной медицины». Они устанавливают по каждому заболеванию требования к объемам конкретных медицинских услуг и лекарственных средств, а также уровню оказания медицинской помощи (в участковой, центральной районной, городской, областной клинической больнице). Эти стандарты должны стать основой построения многоуровневой системы оказания помощи для всех жителей региона.

С учетом ограниченных финансовых ресурсов в каждом регионе целесообразно выделить группу наиболее распространенных заболеваний, лечение которых будет приоритетом в ближайшие 2-3 года. При этом взять курс на то, чтобы лечение этих заболеваний проводилось строго по клиническим стандартам – с одинаковыми результатами безотносительно к месту проживания больного. Сфера использования стандартов постепенно будет расширяться в соответствии с установленными приоритетами на среднесрочную и долгосрочную перспективу.

Повышение доступности первичной и специализированной для жителей малых поселений предполагает разработку в каждом субъекте РФ стратегического плана реструктуризации сети оказания медицинской помощи. В нем необходимо отразить планируемые действия на уровне областного центра и отдельных муниципальных образований и их групп. Часть мероприятий может быть реализована в ближайшие 2-3 года, например создание медицинских округов, другие – в последующие годы (по мере улучшения финансового обеспечения муниципального здравоохранения).

Повышение уровня информированности населения в вопросах здравоохранения - активизация санитарно-просветительской работы (индивидуальной, групповой и массовой), направленной на формирование здорового образа жизни и рациональных форм потребления медицинской помощи, повышение уровня правовой культуры населения в вопросах здравоохранения с использованием современных средств массовой информации.

10.2.3. Меры по сглаживанию неравенства второго порядка

Сглаживание межрегиональных различий. Необходима долгосрочная федеральная целевая программа сглаживания неравенства в финансовом обеспечении здравоохранения отдельных регионов, рассчитанная примерно на 20 лет (в Великобритании такая программа действовала 15 лет и завершилась существенным

снижением региональных различий). Финансирование этой программы, на наш взгляд, должно быть одноканальным (только через Федеральный фонд ОМС) и целевым (предоставление федеральных субсидий строго на нужды здравоохранения).

Важный элемент этой программы – конкретный план разработки и реализации системы стандартов (стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях, стандартов оснащения медицинских учреждений, перечней лекарственных средств, предоставление которых финансируется государством, и др.). Система стандартов включает федеральные стандарты и соответствующие им региональные стандарты. При этом отдельные регионы могут устанавливать более высокие требования к медицинским технологиям, оснащенности, медицинских учреждений, гарантируемым лекарственным средствам. Программа должна определить перечень наиболее распространенных и социально значимых заболеваний, лечение которых обеспечивается использованием системы федеральных и региональных стандартов. Федеральные субсидии должны предоставляться регионам при условии первоочередного ресурсного обеспечения реализации этих стандартов в регионах.

Необходимо создание более прозрачной системы квотирования регионов на оказание высокотехнологичной помощи в федеральных учреждениях здравоохранения. При этом следует определять размер региональных квот с учетом экономических возможностей регионов. Экономически слабые регионы, не имеющие собственной клинической базы для ее оказания, должны получать более высокие квоты.

11. Направления продолжения анализа неравенства в доступности медицинской помощи

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о важности продолжения анализа различий в доступности медицинской помощи для населения России. Необходимо более углубленного изучение уже выявленных различий.

Можно выделить следующие перспективные направления такой работы.

1. Анализ влияния факторов различий в образе жизни и отношении к своему здоровью и факторов организации оказания медицинской помощи и информирования населения на различия в обращаемости за различными видами медицинской помощи жителями населенных пунктов разных типов и лицами с разным уровнем образования.

2. Изучение влияния региональных различий в организации оказания специализированной медицинской помощи населению, включая пространственные различия в размещении сети медицинских учреждений и различия в организации потоков пациентов, на различия в доступности услуг врачей-специалистов и диагностических исследований для жителей разных типов населенных пунктов в различных регионах.

3. Углубленный анализ причин существующих различий в уровне госпитализации жителей разных типов населенных пунктов.

4. Углубленный анализ причин выявленных различий в доступности специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи для населения в трудоспособном возрасте и старше трудоспособного возраста.

5. Анализ различий в составе медицинских услуг, в степени соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам лечения заболеваний, в клинической результативности оказанной медицинской помощи категориям населения, различающимся по месту жительства, возрасту, уровню образования и уровню доходов.

6. Выявление различий в доступности бесплатной медицинской помощи и в бремени несения расходов на лечение для больных разными видами заболеваний.

7. Необходимо создание системы мониторинга неравенства в доступности медицинской помощи для разных категорий населения. Следует разработать систему показателей и методологию оценки изменений в доступности медицинской помощи с учетом возможностей существующих информационных систем и их развития.