

## РАЗВИТИЕ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ

*Н.Н. Иващенко*

Проблема доступности медицинских услуг для населения соединяет в себе административно-управленческие и социальные аспекты. В статье приводятся результаты комплексного экономико-социологического анализа, описывающие тенденции развития сферы медицинских услуг на примере Нижегородской области. Неравномерность качества предоставления медицинских услуг для разных социальных групп требует пересмотра принципов государственного регулирования этой сферы.

Здоровье общества составляет его основной капитал, являясь как частью человеческого капитала, так и естественным потенциалом развития государства. За последние годы накопилось много данных о взаимосвязи здоровья населения и социально-экономического положения общества. Исследования характера распределения доходов граждан и продолжительности жизни в экономически развитых странах показывают, что в каждой стране доля национального дохода, получаемая наименее благополучными семьями, коррелирует с продолжительностью жизни<sup>1</sup>. Причем на состояние здоровья влияет не столько объем валового национального дохода, сколько равномерность его распределения. Жители стран с относительно равным распределением национального дохода характеризуются лучшим состоянием здоровья, чем в странах с менее равным его распределением<sup>2</sup>.

Проблемы социального неравенства не исчерпываются только наличием социального слоя бедных, которые не могут позволить себе здоровый образ жизни. Вопрос состоит в том, насколько эффективно разные страны смягчают вредные для здоровья последствия влияния неравенства и социального расслоения общества на психосоциальные условия воспитания, жизни и работы людей. Одним из важнейших направлений анализа эффективности государственной социальной политики является обеспечение доступности медицинских услуг населению.

Проблемы доступности медицинских услуг населению изучаются в России преимущественно в рамках программ по борьбе с бедностью. В рамках исследования «Адресная социальная помощь. Мониторинг бедности», проведенного группой российских консультантов под руководством члена-корр. РАН Н.М. Римашевской по заказу DFID и правительства Нижегородской области, исследовались проблемы доступности медицинской помощи для населения<sup>3</sup>. По

---

<sup>1</sup> Kaplan, G.A.; Pamuk E.R.; Lynch J.W.; Balfour. J.L. 1996. Inequality in income and mortality in the United States, analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, Vol. 312, pp. 999–1003; Wilkinson, R.G. 1992 Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, Vol. 304, pp. 165–168 – 1996. *Unhealthy Societies, the Affiliation of Inequality*. London, Routledge.

<sup>2</sup> Херима К. Социальные аспекты здравоохранения // Всемирный доклад по социальным наукам. Изд-во ЮНЕСКО / Издательский дом МАГИСТР-ПРЕСС, 2002, с. 366.

<sup>3</sup> Проект реализован осенью 2004 г. В ходе исследования были опрошены 1500 жителей Нижегородской области на трех территориях: в Советском районе Нижнего Новгорода, в городе Арзамасе и в Балахнинском районе.

уровню развития социальной сферы Нижегородская область занимает средние позиции по России, что позволяет использовать полученные данные социологического исследования и административной статистики в ходе изучения доступности медицинских услуг для населения.

Текущие изменения в здравоохранении Нижегородской области находятся в русле общегосударственных тенденций, сложившихся в этой сфере. В здравоохранении в течение последних пяти лет на 10 единиц (5,6%) сократилось число больничных учреждений, уменьшилось число больничных коек, возросла нагрузка на врачей и средний медицинский персонал. Удельный вес суммарных расходов на здравоохранение и физическую культуру в последние годы находится в пределах 12–15% от бюджета области за исключением 2001 г.<sup>1</sup>

Таблица 1

**Развитие здравоохранения в Нижегородской области<sup>2</sup>**

Показатели	Ед. изм.	2003 год отчет	2004 год оценка	2005 год прогноз
Обеспеченность больничными койками	коек на 10 тыс. жителей	123,2	119,7	119,4
Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями	посещений в смену на 10 тыс. жителей	244,2	248,9	252,7
Обеспеченность врачами	тыс. человек на 10 тыс. жителей	45,2	46	46,7
Обеспеченность средним медицинским персоналом	тыс. человек на 10 тыс. жителей	108,1	109,8	111,6
Обеспеченность стационарными учреждениями социального обслуживания	мест на 10 тыс. жителей	22,9	23,2	23,5

Правительство области прогнозировало на 2005 г. рост обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом, рост обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями и снижение обеспеченности больничными койками.

По мере изменения демографической ситуации вопрос о количестве объектов социальной сферы начинает замещаться вопросом о качестве функционирования ее различных отраслей и характере предоставляемых услуг для групп населения, различающихся по уровню материального обеспечения.

**Обязательное медицинское страхование**

Согласно Конституции РФ охрана здоровья населения и вопросы обязательного медицинского страхования (ОМС) относятся к совместному ведению РФ и субъектов РФ, а в сфере организации здравоохранения предметом совместного ведения являются лишь вопросы координации здравоохранения.

<sup>1</sup> Научно-практическая конференция «Проблемы и пути повышения эффективности управления социально-экономическим развитием территорий». Результаты комплексного анализа социально-экономического состояния Нижегородской области, Нижний Новгород, 22 декабря 2004 г., с. 20.

<sup>2</sup> Министерство экономики и развития предпринимательства Нижегородской области. Департамент прогнозирования и программного планирования. Прогноз социально-экономического развития Нижегородской области на 2005 год.

Существующее законодательство разделяет понятия «охрана здоровья» и «здравоохранение». К охране здоровья оно относит обеспечение общественного здоровья населения всей страны и больших групп людей, а к здравоохранению – обеспечение индивидуального здоровья конкретных людей. ОМС, которому уже более 10 лет, задумывалось как система, обеспечивающая, с одной стороны, контроль за качеством предоставления медицинской помощи конкретному жителю, а с другой – дополнительные (помимо бюджетных) средства для здравоохранения.

Полис ОМС имеют 96,4 % жителей области. Не охвачены ОМС менее 4,0% населения. В том числе в Советском районе Нижнего Новгорода (далее – в Советском районе) – 4,2%, в Арзамасе – 4,3%, в Балахнинском районе – 2,5%. Это высокий уровень участия населения, от которого в значительной степени зависит финансовое положение отрасли здравоохранения в области. В целом по стране он равен 90%<sup>1</sup>.

Таблица 2

**Охват обязательным медицинским страхованием населения  
с разным социальным статусом (%)**

Социальный статус	Застрахованы в ОМС	Не застрахованы
Работник по найму	95,3	4,7
Предприниматель, самозанятый	97,4	2,6
Неработающий пенсионер	100,0	0,0
Незанятый	99,0	1,0
Безработный	82,2	17,8
Студент (аспирант)	80,3	19,7
Учащийся колледжа, техникума	83,3	16,7
Школьник	97,4	2,6
Дошкольник	98,2	1,8
Итого	96,4	3,6

Проблемы с получением полиса обязательного медицинского страхования возникают наиболее часто у неработающих: безработных, студентов и учащихся (табл. 2). Среди студентов доля не имеющих полис ОМС составляет 19,7%, среди учащихся колледжей и техникумов – 16,7%. С одной стороны, эта группа более беспечно относится к проблемам здоровья и оформлению необходимых документов, с другой – именно в этой среде часто возникают проблемы с несоответствием мест регистрации (прописки) и обучения. Так, непрописанными зачастую остаются учащиеся, проживающие на частных квартирах.

Для выяснения влияния материального положения семей на доступ к медицинским ресурсам все семьи были разделены на две группы: бедные, располагающие душевыми ресурсами менее одного прожиточного минимума и небедные<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Официальная статистика по этому вопросу отсутствует, поэтому приводим данные из статьи зам. начальника Аналитического управления Аппарата Совета Федерации Г.И. Климантовой в «Аналитический вестник» Совета Федерации ФС РФ № 9(229). М., 2004 г.

<sup>2</sup> Количество бедных семей среди опрошенных в ноябре 2004 года составляло 21%.

Бедное население несколько чаще оказывается лишенным доступа даже к тем благам, которые должны быть обеспечены населению в рамках системы обязательного медицинского страхования (табл. 3). В Советском и Балахнинском районах среди бедных жителей меньше доля тех, у кого есть полис обязательного медицинского страхования. Исключение составляет г. Арзамас: здесь в обеих группах одинаковая доля тех, кто не имеет полиса ОМС.

Таблица 3

**Наличие полиса обязательного медицинского страхования, %**

Наличие полиса	Советский район		г. Арзамас		Балахнинский район	
	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные
Имеют полис	94,6	96,0	96,3	95,6	95,9	98,4
Не имеют полиса	5,4	3,0	3,7	3,7	3,8	1,6
Не имеют, и по закону не должны иметь		1,0		0,7	0,3	
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Самооценки здоровья**

Самые низкие оценки своему здоровью дали жители Советского района: 41% ответили, что имеют «плохое» и «очень плохое» здоровье. В г. Арзамасе и Балахнинском районе доля населения с такой самооценкой здоровья ниже, но не намного – 38,2% и 36,1% соответственно. Что касается различий в самооценке здоровья между бедными и небедными, то неоднократно установленная прямая связь между здоровьем и благосостоянием четко проявилась только в Балахнинском районе – 43,3% против 33,1%, или в средних баллах 2,74 против 2,91. В Советском районе и Арзамасе принципиальных различий между оценками состояния своего здоровья бедными и небедными жителями нет (табл. 4).

Незначительные отличия в самооценке здоровья, которые наблюдаются в бедных и небедных группах, объясняются несколькими причинами: во-первых, группа населения, обладающая располагаемыми ресурсами более одного прожиточного минимума на члена семьи неоднородна и требуется ее более детальный анализ; во-вторых, начинает сказываться культура отношения к своему здоровью, формирующаяся в разных слоях населения. Так более состоятельные жители, обращающиеся к услугам частных медицинских центров, уделяют повышенное внимание своему здоровью. Современная диагностика показывает у состоятельных пациентов наличие проблем со здоровьем, о которых в бедных слоях даже не слышали.

Таблица 4

**Оценка состояния здоровья населением, %**

Самооценка	Советский р-н		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные
Очень хорошее	2,2	2,0	2,3	1,9	2,5	3,4
Хорошее	19,4	15,3	16,9	17,7	12,6	19,5
Удовлетворительное	36,0	42,0	42,7	42,2	41,7	44,1
Плохое	38,7	37,3	36,7	37,0	43,0	30,7

Очень плохое	3,8	3,4	1,4	1,2	0,3	2,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Средняя оценка (балл)	2,78	2,75	2,82	2,82	2,74	2,91

Исследования здоровья населения, проводимые ИСЭПН РАН в Таганроге на протяжении 17 лет, позволили установить достаточно высокую степень совпадения субъективной и медицинской оценок здоровья. Средняя оценка здоровья населения трех пилотных районов в целом не дотягивает даже до уровня «удовлетворительно» (2,87 балла).

Таблица 5

**Самооценка здоровья населением (по данным социологических обследований)**

Исследования	Отличное	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Средняя оценка
Нижегородская область (3 района)	2,4	16,9	12,3	36,3	2,2	2,87
Москва (2004 г.)	3,9	25,2	53,6	14,7	2,6	3,13
Таганрог (1998 г.)	4,1	32,0	44,7	16,0	3,2	3,18
НОБУС (2003 г.)	1,7	31,3	49,6	14,5	3,2	3,13
РМЭЗ (2001 г.)	2,0	29,6	52,6	13,0	2,7	3,14

Обследование здоровья населения Москвы и Таганрога проводил ИСЭПН РАН. Объем выборки в Москве – 1200 чел., в Таганроге – 1000.

НОБУС – общероссийское обследование Госкомстата, размер выборки 117 208 человек, 2003 г.

РМЭЗ – Российский мониторинг экономического положения и здоровья. Размер выборки 10 976 человек, 2001 г.

Сопоставление субъективных оценок здоровья населения по материалам нескольких социологических обследований показывают, что ситуация в Нижегородской области осенью 2004 года была несколько хуже, чем в среднем по России.

**Посещение врачей**

Уровень инвалидизации во многом зависит от доступности для населения медицинского освидетельствования на предмет присвоения инвалидности. Наличие официально подтвержденной инвалидности позволяет претендовать этой категории граждан на получение социальных льгот. Поэтому люди преклонного возраста стремятся получить инвалидность. В больших городах это сделать легче, чем в малом городе или деревне.

По данным административной статистики (социальный паспорт территории), в Советском районе инвалиды составляют 11,1% в общей численности населения, в Балахнинском – 8,9%. Уровень инвалидизации районов превышает среднероссийский показатель, который в 2003 г. составлял 8%.

В Арзамасе и Балахнинском районе чаще подтвержденную инвалидность имеют представители домохозяйств с уровнем жизни выше прожиточного минимума (табл. 6). В Советском районе доля инвалидов выше среди бедного населения. Третья степень инвалидности чаще встречается у членов небедных семей; в бедных семьях чаще наблюдается первая степень инвалидности.

Балахнинский район отличается большей посещаемостью врачей, двое из каждых трех жителей района обращались к врачу не менее 1 раза за последние

12 месяцев, причем почти каждый четвертый житель – более 4 раз. В Советском районе и в Арзамасе доля лиц, не посещавших врача в течение последнего года, почти на 9–10 процентных пунктов выше, чем в Балахнинском районе (43% и 42% против 33,8%).

Таблица 6

**Официально подтвержденная инвалидность, %**

Наличие инвалидности	Советский район		г. Арзамас		Балахнинский район	
	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные
Не имеют инвалидности	84,9	87,0	89,9	87,8	90,6	88,9
Инвалиды детства	0,5	0,1	1,8	0,4	1,0	0,4
Инвалиды третьей степени	0,5	1,4	0,9	1,3	0,8	1,5
Инвалиды второй степени	11,4	10,9	5,1	9,1	6,0	7,8
Инвалиды первой степени	2,7	0,6	2,4	1,4	1,6	1,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 7

**Частота посещения населением врачей в последние 12 месяцев, (в % к общей численности населения)**

Частота обращений	Советский район		г. Арзамас		Балахнинский район	
	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные	Бедные	Небедные
1 раз	13,5	15,2	14,8	15,7	18,8	17,1
2–3 раза	19,5	20,0	21,9	19,2	20,3	25,8
4–5 раз	3,8	6,6	6,6	6,8	6,3	7,0
6 и более раз	13,0	17,3	11,1	16,1	14,7	18,5
К врачу не обращались	50,3	40,9	45,6	42,3	39,8	31,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* – В рамках обследования не учитывалось обращение в стоматологические кабинеты

К врачам чаще обращаются представители небедных семей. Среди бедных доля тех, кто ни разу не обращался к врачу в течение 12 месяцев, достигает 50% в Советском районе, 45% – в Арзамасе и 40% – в Балахнинском районе. Можно предположить, что это связано как с тем, что в этих семьях отсутствует медицинский полис, так и с тем, что бедные нижегородцы избегают обращений к врачу в связи с отсутствием средств на лечение (табл. 8). Это предположение подтверждается сопоставлением численности тех, кто не обращался к врачу (табл. 7), и тех, у кого не было необходимости в обращении (табл. 8).

Во всех районах бедные и небедные в одинаковой степени (около 40% в общей численности населения Советского района и Арзамаса и свыше 45% в Балахнинском районе) пользовались услугами бесплатной медицины.

В Советском районе платные услуги врачей были больше востребованы небедными (в 5 раз чаще, чем бедными – 8,1% против 1,6%). В Балахнинском районе доля обратившихся к платному врачу среди бедных вдвое ниже (2,8% против 5,8%). Исключение составляет Арзамас.

Среди причин отказа от обращения к врачу чаще встречаются факторы, не связанные со здравоохранением, такие как «нет времени». Во всех районах имеются трудности с записью к врачам (особенно в Советском районе). В Балахнинском районе актуальной является проблема отсутствия специалистов. В бедных домохозяйствах Советского района и г. Арзамаса люди чаще говорят о том, что не смогли оплатить услуги врача. Доля тех, кому не хватило денег на обращение к специалисту, самая высокая среди бедных семей Арзамаса – 2,9%.

Таблица 8

**Получение медицинской помощи и причины отказа от визитов к врачу  
в течение последних 12 месяцев, %**

Обращение к врачу	Советский р-н		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Б	Н	Б	Н	Б	Н
Не было необходимости обращаться к врачу	45,1	38,8	43,6	39,5	43,7	32,2
К врачу обращались всегда, и оплата не требовалась	39,1	40,9	40,1	42,4	45,5	49,1
К врачу обращались всегда, оплатили все, что требовалось	1,6	8,1	4,9	4,4	2,8	5,8
Причины отказа (всего), в том числе:	14,1	12,2	11,6	13,5	8,1	12,9
– трудно записаться на прием к нужному специалисту	4,9	4,3	2,9	4,3	1,5	1,9
– до медицинского учреждения далеко	0,5	0,5	0,6	0,2	1,3	0,5
– в нашем населенном пункте нет врачей нужной специальности			0,3	0,4	1,8	1,8
– не смогли оплатить услуги врача	1,6	1,3	2,9	1,0	0,5	1,2
по другим причинам	7,1	6,1	4,9	7,6	3,0	7,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Б – бедные; Н – небедные.

**Покупка лекарств**

В бедных домохозяйствах в связи с более редкими случаями обращения к врачу реже назначались и лекарственные препараты (табл. 9). Дороговизну медикаментов чаще отмечали представители бедных домохозяйств в Советском районе и г. Арзамасе. В Балахнинском районе высокая цена на лекарства стала причиной отказа от их приобретения чаще в небедных семьях.

Во всех районах все назначенные врачом препараты чаще приобретались в семьях с доходом выше прожиточного минимума. Однако среди малообеспеченных с риском бедности, у которых располагаемые ресурсы в расчете на душу ниже 1,5 ПМ, приобретали все необходимые лекарства 39,3%, и 12,2% были вынуждены от них отказаться ввиду высокой цены. В то же время среди относительно обеспеченных жителей таких было соответственно 45% и 5%.

Достаточно остро стоит проблема обеспеченности льготными лекарствами. Около 4% населения в каждом районе были вынуждены отказаться от покупки лекарств из-за отсутствия в аптеке бесплатных или с 50%-ной скидкой. При этом не могли купить льготные лекарства люди с разным материальным положением. По данным административной статистики за октябрь 2004 г. льготой на лекарства

воспользовались в г. Арзамасе 3158 чел., или 2,9% в общей численности населения, и в Балахнинском – 1171 чел., или 1,4%. В октябре 2004 г. льгота на лекарства в среднем на 1 получателя в г. Арзамасе составляла 165 руб., в Балахнинском районе – 310 руб. По данным обследования в целом по трем районам использовали свое право на льготное обеспечение лекарствами в течение последних 12 месяцев 8,1% населения, в Советском районе – 9,2%, в Арзамасе – 7,3% и в Балахнинском районе 7,7%.

Таблица 9

**Приобретение назначенных врачом лекарств и причины отказа от их покупки в августе – октябре 2004 г.**

Приобретение лекарств	Советский р-н		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Б	Н	Б	Н	Б	Н
Лекарства не назначались	61,3	45,7	52,5	44,7	49,2	39,6
Приобретали все назначенное врачом	24,2	42,8	32,8	41,2	39,9	42,6
Отказы от покупки из-за отсутствия в аптеке бесплатных или с 50%-ной скидкой лекарств	4,3	4,0	4,0	4,5	2,3	4,8
Лекарства очень дорогие и на это нет денег	10,2	6,9	10,7	8,8	8,2	11,9
По другим причинам		0,5		0,7	0,3	1,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Б – бедные; Н – небедные.

Размер льготы сопоставим со средними расходами на лекарства в Балахнинском районе и почти вдвое ниже в Арзамасе. Однако среди бедных семей немалая доля таких, кто тратит больше среднего уровня и это связано отчасти как с отсутствием льготных лекарств, так и права на льготу. Говоря о важности льготного обеспечения лекарствами, недостаточно акцентировать внимания только на бедных семьях. Высокие цены на лекарства делают их недоступными для населения из всех экономических страт.

Покупка лекарств нижегородцами не связана напрямую с назначением их врачами. Все большее число семей предпочитают лечиться и поддерживать свое здоровье, самостоятельно покупая лекарства в аптеках. Так, в небедных семьях в течение месяца 75–80% домохозяйств приобретали различные медикаменты (табл. 10). Среди бедных семей покупали лекарства от 60,0% в Арзамасе до 68% в Балахнинском районе.

Таблица 10

**Приобретение лекарств домохозяйствами с разным уровнем материального обеспечения, %**

	Советский район		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Б	Н	Б	Н	Б	Н
Не покупали лекарств и медикаментов	37,9	19,7	39,5	25,5	32,3	19,4
Покупали лекарства и медикаменты	62,1	80,3	60,5	74,5	67,7	80,6

Всего домохозяйств	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
--------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Б – бедные; Н – небедные.

Суммы расходов на лекарства во многом зависят от уровня развития инфраструктуры медицинских услуг и торговли медпрепаратами. В Советском районе наблюдаются самые высокие средние расходы и высокая дифференциация по расходам на лекарства между бедными и относительно обеспеченными домохозяйствами (403 руб. против 777 руб.), а расходы в среднем на домохозяйство самые высокие из трех районов (501 руб. против 330 руб.). Бедные в Советском районе в 1,8 раза больше тратят на лекарства, чем бедные в Арзамасе и Балахне (табл. 11).

Таблица 11

**Расходы домохозяйств на лекарства в среднем за месяц**

Расходы домохозяйств		Интервалы душевых денежных доходов (расходов в соотношении с ПМ)						Всего
		до 0,5	0,5–1	1–1,5	1,5–2	2–3	> 3	
3 района в целом	Доля домохозяйств, купавших лекарства, %	46	69,6	81,2	78,7	75,5	65,7	75
	Средняя стоимость покупки, руб.	178	280	377	437	436	650	389
	% в текущих расходах	3,1	3,4	4,2	3,6	2,5	2,1	3,3
Советский р-н	Доля домохозяйств, купавших лекарства, %		67,1	81,6	77,4	81,6	74,2	77,6
	Средняя стоимость покупки, руб.		403	411	511	512	777	501
	% в текущих расходах		4,5	4,4	3,8	3	2,7	3,5
Арзамас	Доля домохозяйств, купавших лекарства	48,1	65,9	77,4	76,2	63,5	59,1	70,4
	Средняя стоимость покупки, руб.	215	221	362	378	408	335	330
	% в текущих расходах	4	2,6	3,7	3,1	2,3	1,2	2,9
Балахнинский р-н	Доля домохозяйств, купавших лекарства, %	47,6	73,2	84	84,8	74,1	44,4	77
	Средняя стоимость покупки, руб.	129	268	367	403	282	433	332
	% в текущих расходах	2,2	3,5	4,5	3,8	1,6	1	3,3

Доля расходов домохозяйств на покупку лекарств в структуре семейного бюджета определяется двумя основными факторами: объемом доходов семьи и уровнем затрат на поддержание здоровья. Бедные семьи имеют меньше доходов, но небедные больше тратят на поддержание своего здоровья. Доля расходов на покупку лекарств в 1,5–3 раза выше у бедных по сравнению с относительно обеспеченными.

**Доступность диагностических процедур**

Доступность медицинских услуг оценивается не только возможностью посещения врача и приобретением лекарства, но и возможностью проведения

диагностики (анализов) и лечения (процедур), получения скорой медицинской и стационарной помощи.

В проведении анализов и лечебных процедур наблюдается та же тенденция, что и при анализе доступности лекарств. Назначенные врачом анализы и процедуры доступнее для представителей небедных домохозяйств, т.к. они в большей степени способны оплачивать медицинские услуги (табл. 12). В Советском районе эти услуги оплачивали 9% небедного населения, в Арзамасе – 7% и Балахне – 5,2%. Тогда как среди бедных таких насчитывалось в каждом районе – 2–3%. Врачи стараются не назначать бедным пациентам дорогих лекарств. Платность медицинских услуг стала причиной отказа от них не только бедного, но и небедного населения. В целом по трем районам не смогла оплатить эти услуги такая же доля среди среднеобеспеченных, как и среди бедных и малообеспеченных с риском бедности (3% и более).

Таблица 12

**Проведение назначенных врачом анализов и процедур  
в течение последних 12 месяцев, %**

	Советский р-н		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Б	Н	Б	Н	Б	Н
Назначения не делались	63,9	56,7	67,9	60,4	59,9	52,2
Сделали все анализы, процедуры, оплата не требовалась	29,5	30,3	25,0	29,5	33,9	37,1
Сделали все анализы, процедуры, оплатили все, что требовалось	2,2	9,0	2,6	7,0	3,1	5,2
Трудно записаться на анализы и процедуры	0,5	0,8	0,3	0,4		0,5
До медицинского учреждения далеко		0,2		0,1	1,3	0,6
В населенном пункте делают не все анализы и процедуры			0,3	0,1	0,3	0,8
Не смогли оплатить услуги	2,7	2,2	3,1	2,2	1,3	2,9
По другим причинам	1,1	0,9	0,9	0,3	0,3	0,8
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Б – бедные; Н – небедные.

Общей проблемой для всех жителей обследуемых районов являются трудности с предварительной записью на анализы и процедуры, что свидетельствует об определенном дефиците медицинских услуг. Эта проблема обостряется еще и тем, что в районах, удаленных от мегаполиса, в медицинских учреждениях делаются далеко не все анализы и процедуры. Кроме того, в Балахнинском районе существует проблема транспортной доступности, которая у бедных стоит острее.

**Получение скорой и стационарной медицинской помощи**

Скорая медицинская помощь входит в программу государственных гарантий и должна оказываться всему населению бесплатно. Она почти в одинаковой степени требуется и бедным, и небедным. Однако бедные чаще сталкивались с невозможностью получения скорой медицинской помощи, причем если в Советском и Балахнинском районах такие случаи у бедных были чаще в 1,6–1,7 раза, то в Арзамасе – в 3 раза чаще, чем у небедных (табл. 13).

Таблица 13

**Вызовы скорой помощи, %**

Выезды скорой помощи	Советский р-н		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Б	Н	Б	Н	Б	Н
Были случаи, когда не смогли вызвать скорую помощь	3,4	2,0	2,5	0,8	3,0	1,9
Скорая приезжала	32,8	27,6	29,4	32,5	29,3	37,4
Скорая не требовалась	63,8	70,4	68,1	66,7	67,7	60,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

На проблему доступности социальных услуг для разных слоев населения начинает накладываться проблема территориальной инфраструктуры бедности. Территории Нижегородской области, находящиеся в более сложном экономическом положении, чем остальные районы, не могут не только предоставить населению возможности зарабатывать себе на жизнь, но и поддерживать удовлетворительный уровень инфраструктуры. В таких районах хуже обеспеченность населения не только и не столько социальными услугами, сколько не развиты дорожные коммуникации или они содержатся в плохом состоянии.

Таблица 14

**Потребление стационарных медицинских услуг за последние 12 месяцев  
(в % к общей численности домохозяйств)**

Потребление стационарных услуг	Советский р-н		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Б	Н	Б	Н	Б	Н
Направление на госпитализацию не получали	67,2	69,5	79,0	74,8	70,7	68,4
Направление на госпитализацию получили, из них:	32,8	30,5	21,0	25,2	29,3	31,6
были госпитализированы	27,6	26,5	17,6	21,0	26,3	25,8
не были госпитализированы	5,2	4,0	3,4	4,2	3,0	5,8
в том числе по причинам:						
не было мест	1,7	1,6	0,9	1,3	0,8	3,0
отказались от госпитализации:						
плохие условия		0,4	0,9		0,8	0,3
не устраивает квалификация врачей		0,2				
не смогли оплатить			0,8	0,9		1,1

предложенные платные услуги						
по другим причинам	3,5	1,8	1,8	2,0	1,4	1,4

Б – бедные; Н – небедные.

Плохое состояние дорог выступает одной из причин, из-за которой население не может получить качественную скорую медицинскую помощь.

Принципиальных различий между бедными и небедными в получении стационарной помощи в трех пилотных районах нет. В каждом районе были случаи, когда госпитализация не проводилась из-за отсутствия мест.

Однако главная проблема состоит не столько в наличии коек, сколько в неудовлетворенности населения качеством предлагаемых услуг. Небедные чаще отказывались от госпитализации вследствие плохих условий, низкой квалификацией врачей. Условия могут быть улучшены за счет организации платных палат. Однако опрос показал, что денег для оплаты медицинских услуг в г. Арзамасе и Балахнинском районе не хватает и у небедных домохозяйств.

#### Расходы на здравоохранение

В России в результате приватизации медицинских услуг доля личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение достигла 50–56%<sup>1</sup>. В развитых странах с рыночной экономикой (24 страны, входящие в ОЭСР) – 24%, в развивающихся странах с высоким доходом – 33%, в развивающихся странах со средним доходом – 43% и в развивающихся странах с низким доходом – 53%<sup>2</sup>.

Таблица 15

**Расходы домохозяйств на платные медицинские услуги в течение последних 12 месяцев, (в %)**

Расходы домохозяйств	Советский р-н		г. Арзамас		Балахнинский р-н	
	Б	Н	Б	Н	Б	Н
Приобретали медицинские услуги (всего) в % в общей численности домохозяйств	10,3	30,3	17,6	20,7	6,0	17,5
Расходы на медицинские услуги (руб.), в том числе:						
до 100		3,6	8,3	4,8	0,0	1,6
101 – 200		7,1	33,3	9,5	12,5	4,9
201 – 300		3,6	16,7	15,9	0,0	6,6
301 – 400		1,8	16,7	6,3	12,5	6,6
401 – 500		7,1	0,0	11,1	37,5	8,2
501 – 1000	66,7	14,3	16,7	27,0	12,5	24,6
1001 – 1500		10,7	8,3	9,5	12,5	8,2
1501 – 2000		17,9		4,8	0,0	14,8
2001 – 3000		14,3		4,8	0,0	11,5
3001 – 6000	33,3	10,7		4,8	12,5	8,2

<sup>1</sup> Социальная защита населения. Российско-канадский проект/ Под редакцией Н.М. Римашевской. М.: РИЦ ИСЭПН, 2002, с. 59.

<sup>2</sup> Chappell, Rosalie. Social Welfare in Canadian Society. Scarborough, Ontario: International Thomson Publishing.

свыше 6000		8,9		1,6	0,0	4,9
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В среднем в год на домохозяйство, руб.	1767	2770	382	1094	970	1824
В среднем в месяц на домохозяйство, руб.	147	231	32	91	81	152
В % к среднемесячным доходам	3,5	3,1	1,9	3,8	3,6	3,2

Обладая сопоставимым уровнем самооценок здоровья, небедные, как правило, чаще обращаются за услугами платной медицины, чем бедные домохозяйства (табл. 15). Так, в Советском районе практически каждое третье домохозяйство с располагаемыми ресурсами выше ПМ пользовалось платными медицинскими услугами (30,3%), среди бедных – каждое десятое (10%). Примерно такие же различия в числе домохозяйств с разным уровнем материального положения, оплативших эти услуги, наблюдались и в Балахнинском районе (17,5% и 6% соответственно). И только в Арзамасе разница незначительна (20,7% против 17,6%). В размерах этих затрат прослеживается та же тенденция, что и при покупке лекарств. Наиболее сопоставимые суммы расходов наблюдаются в Советском районе. В Арзамасе расходы небедных семей превышают расходы бедных в три раза, в Балахнинском районе – в два.

Закрепленные в Конституции России права граждан на бесплатное медицинское обслуживание, а также специфика потребления медицинских услуг объясняют тот факт, что в состав потребительской корзины ПМ медицинские услуги не входят. Однако данное обследование, как и целый ряд других специальных исследований, подтверждает факт наличия таких расходов у бедного населения, хотя сам размер их не столь значителен.

Подводя итог анализу доступности медицинских услуг для населения, можно сделать следующие выводы:

- Ø подтвердилась гипотеза о неравномерности качества предоставления медицинских услуг в территориальном разрезе: чем дальше от областного центра, тем медицинское обслуживание менее доступно, в том числе из-за плохой инфраструктуры (дорог и связи) в районах области;

- Ø доходы части небедного населения обеспечивают ему более высокую мобильность и возможность получить медицинскую помощь за пределами своего населенного пункта; существенные различия в объемах получения платных услуг наблюдаются между районами и Нижним Новгородом, где платная медицина развивается быстрыми темпами;

- Ø исчезновение из государственных поликлиник ряда медицинских специалистов с редкой квалификацией, перемещение их в сферу платного здравоохранения приводит к недоступности медицинских услуг и снижению здоровья населения;

- Ø значительного различия в восприятии своего здоровья в бедных и небедных семьях не зафиксировано; это связано в том числе с отношением к своему здоровью. Бедное население, решая массу жизненных проблем, предпочитает обращаться к врачам только в крайнем случае. Небедные почти в два раза чаще оплачивают все назначенные врачом лекарства; сектор платных

медицинских услуг в два раза быстрее втягивает в обслуживание небогатое население;

Ø уровень расходов населения на приобретение лекарств показывает, что замена льгот денежными выплатами не в состоянии решить проблемы их доступности для большинства населения.

The problem of availability of medical services combines administrative and social aspects. The article presents the results of complex economic and social analysis describing the trends of development of the sphere of medical services in Nizhny Novgorod region. Unevenness of the quality of medical services for different social groups requires revision of the principles of state regulation in this sphere.