

УДК 316.405

ББК 65.428.2

© Калашников К.Н., Дуганов М.Д.

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ: БРЕМЯ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВА?



КАЛАШНИКОВ КОНСТАНТИН НИКОЛАЕВИЧ

Институт социально-экономического развития территорий
Российской академии наук
Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а
E-mail: konstantino-84@mail.ru



ДУГАНОВ МИХАИЛ ДАВИДОВИЧ

Департамент здравоохранения Вологодской области
Россия, 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19
E-mail: mduganov@rambler.ru

Целью статьи является анализ актуальной и пока не решенной проблемы коммерциализации российского здравоохранения, которая исследуется авторами в контексте международного опыта, оценок экспертных организаций (ВОЗ, МОТ, Всемирный банк), а также результатов социологических опросов населения одного из типичных российских регионов – Вологодской области, где распространенность платных медицинских услуг на общероссийском фоне достаточно высока. Методический инструментарий исследования объединяет системный анализ комплекса информационных источников, а также социологический опрос населения. В работе представлены итоги социологического исследования, проводимого ИСЭРТ РАН, касающиеся аспектов коммерциализации здравоохранения. Авторский вклад в разработку данного научно-практического направления состоит, прежде всего, в исследовании мотивов и предпочтений граждан, сопутствующих их обращению за медицинской помощью на коммерческих условиях, что и составляет новизну представленного исследования. В итоге установлено, что жители региона оценивают качество медицинской помощи, оказываемой в государственных медицинских организациях, как правило, ниже, чем в коммерческих. Среди привлекательных сторон лечения на платной основе респонденты называют не только сопутствующие лечению преимущества «сервиса» (отсутствие очередей, удобство записи к врачу, вежливое отношение персонала), а также принципиальные моменты – высокое качество диагностического оборудования и лечения, возможность выбрать лечащего врача, что указывает на не-

достатки «приписной» системы приема, сложившейся в государственных медицинских организациях. Из очевидных минусов «платной» медицинской помощи жители региона отмечают высокую стоимость услуг и стремление врачей назначить ненужные анализы и процедуры. Авторы выясняют мотивы граждан, обуславливающие их обращение за платными медицинскими услугами. Среди них – внезапно возникшая необходимость получить анализы или пройти обследование, а также нацеленность на посещение конкретного высококвалифицированного врача (в том числе по причине отсутствия у него бесплатного приема или за неимением в государственном учреждении врача данной специализации), что делает обращение за платной медицинской помощью вынужденным. Результаты исследования могут быть рекомендованы органам исполнительной власти, в частности департаментам/управлениям здравоохранения, для разработки управленческих решений и мер, направленных на стабилизацию ситуации в сфере коммерциализации здравоохранения, а также поиск разумной пропорции между «общественным» и «коммерческим» секторами в структуре медицинской помощи. Материалы статьи также будут полезны в учебном процессе в рамках курсов экономики здравоохранения, общественного здравоохранения, экономики общественного сектора и др. Перспективы исследования связаны с необходимостью и актуальностью поиска разумных границ государственного участия в здравоохранении, а также инструментов консолидации усилий государственного и частного секторов в сфере охраны здоровья населения, в том числе и за счет реализации проектов государственно-частного партнерства.

Здравоохранение, платные медицинские услуги, финансирование, коммерциализация, регион, Россия.

Проблема бремени платных медицинских услуг остро стоит во всем мире. По оценкам ВОЗ, ежегодно из-за расходов на медицинскую помощь около 100 миллионов человек оказывается за чертой бедности [14]. Рекомендации же Всемирного банка, призвавшего страны мира к оптимизации затрат на государственные нужды, были опасно упрощены, в результате использование взносов пациентов на платные медицинские услуги как способ возмещения издержек и предотвращения чрезмерного использования служб здравоохранения и чрезмерного потребления медицинской помощи не оправдало себя. Вместо этого соплатежи больно ударили по карману людей из самых социально уязвимых слоев.

В российской системе здравоохранения проблема коммерциализации медицинской помощи занимает место в целом комплексе серьезных проблем: ограниченные объемы общественных финансовых средств, направляемых на нужды

отрасли, расходуются недостаточно рационально [4; 7; 8; 15; 16]. Реформирование механизмов финансирования, в частности, переход на передовые принципы оплаты медицинской помощи, осуществляемый в российских регионах с 2004 года, не привело к заметным положительным результатам. Во-первых, совершенствование механизмов финансирования идет крайне неравномерно. Во-вторых, изменение каналов и механизмов финансирования здравоохранения не может существенно изменить ситуацию без увеличения размеров государственных ассигнований. В результате на плечи граждан ложится непосильное бремя платных медицинских услуг, которое, по оценкам экспертов и ВОЗ, уже составляет половину всех расходов на медицинскую помощь. Только за 2014 год, по данным Счетной палаты, объем платных медицинских услуг вырос на четверть, заместив бесплатную помощь. Это нарушает конституционные права граждан, а платность является непреодолимым ба-

рьером на пути доступности медицинской помощи, особенно когда доходы населения сокращаются. При этом утрачивается роль охраны здоровья как социального «нивелира», призванного сократить имущественное и социальное неравенство населения.

В фокусе внимания этой статьи – проблема расширения платных медицинских услуг в современной России, при этом в качестве синонимической единицы «платности»¹ нами принято то, что в известном докладе ВОЗ названо «расширением неуправляемой коммерциализации помощи» (*proliferation of unregulated commercial care*), когда распространение платных медицинских услуг наносит ущерб благосостоянию людей, вступает в конфликт с действующим законодательством или, по крайней мере, законодательные основы противоречивы, а контроль над ситуацией со стороны государства ослабляется [3].

Поскольку формы, механизмы, глубина этого процесса могут отличаться существенно, в интерпретации фактологической информации по отдельным странам решающее значение приобретает контекст. По мнению авторов, в России коммерциализация медицинской помощи, темпы которой нарастают ежегодно, имеет особый политический и даже социокультурный колорит. Еще сохранившиеся в сознании россиян «социалистические» взгляды на основные аспекты общественной жизни формируют в целом негативное отношение к коммерческим практикам всякого рода, особенно затрагивающим такую важнейшую сферу, как охрана здоро-

вья (устойчив стереотип: в советские годы здравоохранение было бесплатным). Вместе с тем патерналистские установки значительной части населения и незрелость демократических механизмов затрудняют (вернее сказать – блокируют) достижение общественного согласия по вопросам формирования желаемой модели здравоохранения и ее характеристик. Говоря проще, в обществе и в органах власти отсутствует понимание того, какую систему здравоохранения мы строим. Серьезную проблему составляет и осязаемый недостаток того, что в международной нормативной практике именуется верховенством закона: жители страны не уверены в абсолютном соблюдении действующих нормативно-правовых норм, что делает любые социальные гарантии ненадежными, а условия получения социальных услуг – непредсказуемыми.

В рамках данной статьи представляется важным ответить на три принципиальных вопроса. Насколько распространены платные услуги в РФ по сравнению с другими странами мира? Какие ожидания российские граждане питают к платной медицинской помощи, какие преимущества ей приписывают? Какие мотивы побуждают граждан оплачивать медицинскую помощь? Ответы на данные вопросы позволят более объективно взглянуть на проблему распространения платежей за медицинскую помощь, оценить ее глубину и остроту.

Анализируя ситуацию с коммерциализацией здравоохранения, важно иметь в виду, что вопрос о ее роли и месте в здравоохранении отнюдь не решен. Позиция власти в этом вопросе колеблется в широких пределах – от призывов учреждений к самостоятельности и достижению самокупаемости до укоризненного повторения незыблемости конституционно закрепленных гарантий на получение гражданами бесплатной медицинской помощи. Здесь

¹ Несмотря на то что между расширением платных медицинских услуг и коммерциализацией существуют определенные смысловые различия (прежде всего, в коммерческом секторе во главу угла ставится максимизация прибыли), в контексте данной статьи при рассмотрении любого участия населения в оплате медицинской помощи эти нюансы не имеют принципиального значения.

могут иметь место две принципиальные, по сути – мировоззренческие, позиции. Первая – категорическое отрицание любой платы за медицинскую помощь со стороны пациента, вторая – поиск разумного компромисса между платными и бесплатными услугами. Первая точка зрения, пусть и представляется популистской, имеет как весомые правовые основания, в частности Конституцию РФ, статья 41 которой гарантирует получение россиянами бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях страны, так и конкретные исторические и «географические» прецеденты². Например, жители СССР получали, а современные кубинцы получают медицинскую помощь абсолютно бесплатно (в Р. Кубе 93% всех затрат на здравоохранение обеспечивается из общественных источников).

Второй подход более реалистичен, он разделяется большинством экспертов и практиков. Более того, и сами граждане, уже привыкшие к существованию платежей в здравоохранении, вряд ли станут горячо протестовать против своего участия в оплате медицинских услуг при условии, что они имеют факультативный характер и предоставляются на более приемлемых, чем в государственных учреждениях, условиях (комфорт, отсутствие очередей и пр.). Однако принятие данной позиции создает ничуть не меньше проблем организационно-экономического и

² Вместе с тем Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» декларирует право граждан на получение платных медицинских услуг, которое реализуется в ряде обозначенных обстоятельств (например, при соблюдении анонимности, на иных, нежели прописанные в программе госгарантий, условиях и пр.). Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

нормативно-правового характера. Если признать правомочие расширения коммерческого сектора в здравоохранении, необходимо продумать его рамки и условия, поскольку в противном случае это может привести к снижению качества и доступности медицинской помощи для граждан.

Как оценивают роль платных медицинских услуг международные экспертные организации? Всемирный банк относит построение государственной системы здравоохранения к минимальным функциям государства, которые в обязательном порядке должны выполнять все страны независимо от их потенциала. Однако проблема многих стран состоит в неэффективном распределении ресурсов в рамках отдельных отраслей, в частности в здравоохранении. Как отмечается в Докладе о мировом развитии за 1997 год, «...правительство часто пытается финансировать предоставление всего спектра услуг здравоохранения. Однако государственным мероприятиям, направленным на улучшение здоровья широких слоев населения (включая бедных), должен быть гарантирован более высокий приоритет» [22]. В пользу этого эксперты выдвигают аргумент, что медицинские услуги являются частными благами, а это фактически означает, что граждане, конечно, исключая неимущих, могут успешно принять на себя груз расходов на медицинскую помощь. Однако воплощение в жизнь этих общих рекомендаций требует не только и не столько инвестиций, сколько колоссальных управленческих усилий по поиску и тиражированию эффективных практик, разработанных с учетом регионального контекста.

В то же время разделение затрат, какие бы разумные основания оно под собой не имело (ниже будет отмечено, что экономическая целесообразность расширения платных услуг не является доказанным

фактом), весьма широко используется как политический инструмент. Одна из причин – привлекательность принципа соучастия в оплате медицинских услуг для политических сил правого толка (тогда как «левые», наоборот, отстаивают принципиальную бесплатность социальных благ). С точки зрения идеологии правых, сборы с пользователей – это составная часть рыночного подхода (экономический аспект) и проявление индивидуальной ответственности (политический аспект). Р. Робинсон, ссылаясь на немецкий опыт, утверждает, что поддержка практики сборов с пользователей может усиливаться и ослабевать «в такт» процессам, происходящим в большой политике. На этом уровне теоретические (или идеологические) аргументы могут значить больше, чем эмпирические – особенно если абсолютно убедительные эмпирические данные отсутствуют [19].

Сборы с пользователей могут принимать различные модификации и формы, которые можно представить как различные отрезки «линейки», на одном конце которой находится нулевое разделение затрат (все платежи осуществляются сторонним плательщиком), тогда как на другом конце – стопроцентные сборы с пользователей (все платежи осуществляются из кармана пользователя). В этом континууме выделяются две области: прямое и косвенное разделение затрат.

Прямое разделение затрат включает совместные платежи (в виде твердого гонорара или отдельной платы за каждую услугу), сострахование (определенный процент расходов), франшизы (вычет определенной суммы из любых страховых выплат) и балансовое выписывание счетов (дополнительный сбор, взимаемый поставщиком вдобавок к тому, что он получает от стороннего плательщика). Косвенное разделение затрат имеет отношение к полисам, которые предполагают

возможность платежей наличными даже в отсутствие сборов, прямо взимаемых с больных. Речь может идти о страховых договорах, не предусматривающих компенсации за некоторые услуги (например, за оплодотворение *in vitro*), и о различных формах фармацевтических регулирующих механизмов, в том числе по замене патентованного средства непатентованным.

Остановимся на «чистых» системах прямого разделения затрат (то есть речь пойдет о прямой доплате пользователей за медицинскую помощь). Следует разделять оплату медицинской помощи в частных медицинских организациях и платежи, вносимые гражданами в кассу государственных медицинских учреждений, что, однако, для российского здравоохранения скрывает серьезную проблему: нередко частные и государственные учреждения связаны теснее, чем этого можно было бы ожидать. В первую очередь это касается кадров. В России в государственных и частных медицинских организациях заняты одни и те же врачи, что скрывает существенные риски снижения доступности медицинской помощи для пациентов и расширения объемов платежей в частном секторе здравоохранения. Это явление можно назвать латентной коммерциализацией.

Эксперты ВОЗ ставят неуправляемую коммерциализацию здравоохранения в ряд наиболее острых проблем, актуальных практически для всех стран с низким и средним уровнем доходов (среди прочих проблем – чрезмерная ориентация на вторичную и третичную медицинскую помощь, фрагментированность). В этих же странах значительную часть кадров нерегулируемого коммерческого сектора составляют работающие по совместительству государственные служащие, другие же прибегают к взиманию незаконной платы за услуги. Как

отмечается в докладе ВОЗ, «первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда бы то ни было», «...в дискуссиях о государственном и частном секторах здравоохранения в последние десятилетия был упущен главный момент: для населения вопрос, в сущности, состоит не в том, является ли поставщик медицинских услуг государственным служащим или частным предпринимателем и являются ли эти медицинские учреждения государственными или частными. Вопрос в том, действительно ли медицинские услуги являются лишь товаром, который можно купить и продать на платной основе без какого-либо контроля или защиты потребителя» [11]. Не углубляясь в дискуссию по поводу участия государства в экономике и в таком ее важном секторе, как здравоохранение, отметим лишь, что следует разделять и различать собственно участие (например, финансирование медицинской помощи) и силу государства, последняя подразумевает контроль за деятельностью институтов здравоохранения и защиту прав пациентов с помощью законов и государственных инстанций³. Платная медицинская помощь может быть весьма эффективной в условиях налаженной работы государственных институтов контроля, но может стать настоящей разрушительной силой при попустительстве власти и слабой системе защиты прав пациентов.

Сложно оценить ситуацию с финансированием здравоохранения в стране вне контекста международного опыта. Даже поверхностный взгляд на статистические показатели может сказать вполне однозначно, что удельный вес личных платежей граждан («Out of pocket») в общих затратах на здравоохранение выше

в странах со средним и низким уровнем доходов, а в развитых постиндустриальных странах государство берет на себя значительно большую часть финансирования здравоохранения. Так, в странах Западной Европы удельный вес общественных затрат в общей сумме затрат на здравоохранение превышает 70%, тогда как в России составляет чуть менее половины. В развивающихся странах этот показатель варьируется в широких пределах (табл. 1).

По данным Международной организации труда (последние данные – за 2008 год), доля личных платежей граждан составляет 36,4 % от всех затрат на здравоохранение, однако эксперты фиксируют большее участие в соплатежах городского населения, чем сельского: 46,9 против 7,3% соответственно [20]. И хотя эта ситуация имеет и противников, вооруженных аргументами наподобие кризиса государства благосостояния, в сравнении с положением дел в менее развитых странах, где дефицит финансирования здравоохранения вынуждает людей вносить собственные средства за лечение, она выглядит благополучной и желаемой. Вместе с тем отсутствует жесткая связь между уровнем развития страны, измеренным, например, в подушевом ВВП, и степенью участия граждан в оплате медицинских услуг, поскольку страны из разных групп могут иметь сходные доли личных платежей населения в финансовых пулах здравоохранения (например, Руанда и Финляндия имеют приблизительно равные доли частных платежей населения в общем объеме ресурсов здравоохранения, но удельный вес общественных расходов в африканской стране на 20% ниже), однако подобное сходство скрывает институциональную специфику, например, в разной степени осуществляется привлечение иных источников финансирования, различается уровень развития страховых систем и пр.

³ В России к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона РФ «О защите прав потребителей».

Таблица 1. Затраты на здравоохранение в странах мира (2013 г.)

Страна	Всего, в % от ВВП	Общественные затраты, в % от общих затрат	Затраты из личных средств граждан, в % от общих затрат
Постсоциалистические страны			
Российская Федерация	6,5	48,1	48
Беларусь	6,1	65,4	31,9
Украина	7,8	54,5	42,8
Казахстан	4,3	53,1	46,3
Латвия	5,7	62	36,5
Эстония	5,7	77,9	18,9
Польша	6,7	69,6	22,8
Чехия	7,2	83,3	15,7
Румыния	5,3	79,7	19,7
Постиндустриальные страны			
Нидерланды	12,9	79,8	5,4
Франция	11,7	77,5	7,4
Великобритания	9,1	83,5	9,3
Швейцария	8,4	74,7	10,6
Германия	11,3	76,8	12,9
Финляндия	9,4	75,3	18,5
США	17,1	47,1	11,8
Канада	10,9	69,8	15,1
Япония	10,3	82,1	14,4
Развивающиеся страны			
Бразилия	9,7	48,2	30
Уругвай	8,8	70,2	17
Индия	4	32,2	58,2
Мексика	6,2	51,7	44,1
Китай	5,6	55,8	33,9

Источник: данные Всемирного банка.

В целом широкое участие граждан в оплате медицинской помощи не является атрибутом развитых стран, но особенно неблагоприятной выглядит картина там, где в общем объеме затрат на здравоохранение доля платежей из личных средств граждан превышает долю общественных затрат. Это, как правило, страны с низким уровнем экономического развития (Пакистан, Гвинея, Таджикистан, Мали и др.). Здесь финансирование здравоохранения ложится тяжелым бременем на плечи граждан, которые, тратя свои и без того скромные доходы на получение необходимой медицинской помощи, впадают в еще большую бедность. Создается порочный круг, выйти из которого затруднительно. Подобная пропорция в

распределении финансовых ресурсов не отмечается ни в одной из стран с высоким уровнем развития.

Вместе с тем цели введения систем участия граждан в оплате медицинской помощи в развитых и развивающихся странах различаются. Если главным мотивом распространения соплатежей населения в странах с высоким уровнем дохода является стремление ограничить спрос, расширение которого представляет трудности в финансовом обеспечении, то для стран со средним и низким уровнем дохода индивидуальные платежи рассматриваются как источник пополнения ограниченных ресурсов здравоохранения, призванный помочь в получении дополнительного дохода в ус-

ловиях дефицита ресурсов. Это относится в том числе и к ряду стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, где, по словам Р. Робинсона, «...незначительный экономический рост, падение уровня занятости и недоверие к правительственному финансированию серьезно затрудняют опору на общее налогообложение и взносы социального страхования. В подобных обстоятельствах разделение затрат (доплата пользователей за медицинскую помощь) не имеет целью снизить спрос; напротив, если спрос характеризуется отсутствием ценовой эластичности, дополнительные доходы всемерно повышаются» [19].

Согласно результатам исследования, проведенного корпорацией RAND в 1970-е гг. в США (одно из наиболее обстоятельных исследований в данном вопросе), эффективность участия пациентов в оплате медицинской помощи достаточно сомнительна и не оправдывает себя. Несмотря на то что убедительное подтверждение получил факт, что интенсивность потребления медицинских услуг падает по мере роста доплаты населения, было установлено, что разделение затрат сокращает интенсивность использования как эффективных, так и неэффективных, неподходящих процедур. Кроме того, отмечается ухудшение результатов с точки зрения общей ситуации со здоровьем. Таким образом, формальный результат – ограничение спроса, снижение интенсивности потребления услуг и сдерживание расходов – достигается, однако он не имеет ничего общего с эффективностью.

Советская система здравоохранения представляла собой внутренне непротиворечивую социальную систему, построенную, по выражению Е.Ш. Гонтмахера, на «демонстративном эгалитаризме». Имело место тотальное участие государства в социальной жизни, которое выражалось в таких реалиях, как всеобщая обеспечен-

ность бесплатным здравоохранением, образованием и широкая доступность учреждений культуры, что выгодно отличало СССР от многих развитых стран мира. В тот период, несмотря на широкое распространение неформальных платежей, система официальных сборов с населения была принципиально невозможна, поскольку противоречила социалистическим идеалам [1].

С распадом СССР образованные на постсоветском пространстве независимые государства стали вести самостоятельную политику в сфере здравоохранения. В РФ право на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях было закреплено конституционно, что стало одним из важных векторов строительства социального государства. Вопреки расхожему мнению, что в 1990-гг. власть потеряла интерес к социальной проблематике, Е.Ш. Гонтмахер также утверждает, что в этот период отмечается оживление реформаторской активности и стремление улучшить ситуацию, другое дело, что реализовать эти инициативы оказалось затруднительно в силу острого дефицита средств и схлопывания налоговой базы. Эти годы также характеризовались распространением неформальных платежей в здравоохранении.

Как бы ни были широки конституционные гарантии бесплатности медицинской помощи, они звучали и звучат достаточно абстрактно, декларативно и фактически не определяют ни объемов, ни качества медицинских услуг, ни уровня квалификации персонала, который их оказывает, не говоря уже об обеспеченности учреждений оборудованием и налаженности системы технологического сопровождения.

С 1998 года в России ежегодно утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Это

стало важным шагом вперед в развитии механизмов финансового планирования в здравоохранении, но появилась серьезная проблема – необходимость увязки потребностей населения в медицинской помощи с финансовыми возможностями государства, в результате на повестке дня стоял вопрос о снижении дефицита программы, ее балансировке. Поскольку из двух возможных способов балансировки программы – уменьшение объемов бесплатной медицинской помощи и использование неполного тарифа с привлечением средств граждан – второй воспринимался как меньшее зло, к тому же россияне привыкли к неформальным платежам. Достаточно назвать восполнение плохого питания в стационарах продуктами, приносимыми из дома, или поступление в стационар со своим бельем, «добровольные взносы» на покупку мелкого хозяйственного инвентаря, электролампочек и пр.). Создавалась благоприятная почва для неформальных платежей, поскольку официальные не были в достаточной степени легализованы и распространены [5]. Обсуждались и отчасти воплотились в жизнь и более тонкие инструменты расширения участия граждан в оплате медицинской помощи без формального ущемления их конституционных прав. Так, например, изменение организационно-правовой формы учреждений здравоохранения, скажем, с бюджетного на автономное давало организации более широкие возможности для коммерциализации деятельности.

На сегодняшний день, согласно оценкам Г.Э. Улумбековой, личные расходы граждан, включая не только платные медицинские услуги, но и покупку медикаментов, а также вклады в ДМС, превышают 31% в общем объеме расходов на здравоохранение. В структуре личных расходов, к которым Г.Э. Улумбекова относит и дополнительное медицинское страхование (8%), большую долю состав-

ляют расходы на платные медицинские услуги (32%) и оплату лекарств в условиях амбулаторного лечения (53%), платные санаторно-курортные услуги не превышают 7% (данные за 2013 год). Здесь нас в первую очередь будет интересовать участие граждан в оплате медицинских услуг [13].

Важно, что платная медицинская помощь в России стала играть роль не только и не столько дополнительной и факультативной, а по сути замещающей, ориентированной на «латание бреши» дефицитного бюджетного обеспечения отрасли. Острая нехватка государственных средств привела к необходимости формирования многоканальной системы финансирования здравоохранения, одним из каналов которой стала платная медицинская помощь. Однако результат этих изменений не удовлетворил связанных с ним ожиданий. Видный российский ученый А.Л. Линденбратен в своей книге «Современные очерки о здравоохранении» по этому поводу отмечает, что дробление финансовой системы здравоохранения не привело к существенным изменениям ситуации, поскольку источник средств для финансирования здравоохранения (как в части бюджетного, страхового, так и частного секторов) в любом случае один и тот же – трудящийся человек, его заработная плата. Формирование же нескольких каналов для потоков финансовых ресурсов, по крайней мере, в той модели, которая сложилась в России, позволяет только их перераспределять, что, в свою очередь, чревато дополнительными «амортизационными» потерями при перечислении средств, их прохождении по многочисленным звеньям финансовой цепи [9; 10].

Р. Робинсон в книге «Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы» выражает скепсис по поводу возможной роли сборов платежей с населения в повышении доходов здравоохранения

и расширении его ресурсной базы. «Хотя сборы с пользователей могут пополнить государственные доходы, – пишет Р. Робинсон, – количество доходов, получаемых благодаря официальным сборам с пользователей, не оправдывает ожиданий». Несмотря на то что уровень частных затрат и неформальных платежей может быть высок, вклад официальных сборов с пациентов редко превышает 5% общей суммы доходов. Более того, имеются данные о негативном влиянии расширения соплатежей граждан на общее состояние здоровья населения. Наконец, сборы с пользователей заметно снижают интенсивность использования услуг, что непропорционально сказывается на бедных, это противоречит принципу социальной справедливости [19].

На сегодняшний день объем платных медицинских услуг в России достаточно широк, он включает платежи, взимаемые с пациентов как на базе государственных медицинских учреждений, так и при получении медицинских услуг на коммерческой основе в частных медицинских организациях (табл. 2)⁴.

Несмотря на скромную долю в общем объеме платных услуг, оказанных населению, она составила чуть более 4%, масштабы платных медицинских услуг значительны (в 2014 году они превысили 474 млрд руб.) и демонстрируют устойчивую тенденцию к росту (табл. 3).

Даже в сопоставимых ценах динамика затрат на медицинские услуги впечатляет: с 2000 по 2014 год их рост составил 2,3 раза. Отмечается существенное, пусть и при сравнительно небольших абсолютных показателях, увеличение (в три раза) за аналогичный отрезок времени объемов услуг физкультуры и спорта, оказанных

россиянам на платной основе. Масштабы же санаторно-оздоровительных услуг, согласно официальным данным, за указанный период, напротив, существенно снизились – на 26 % (рис. 1).

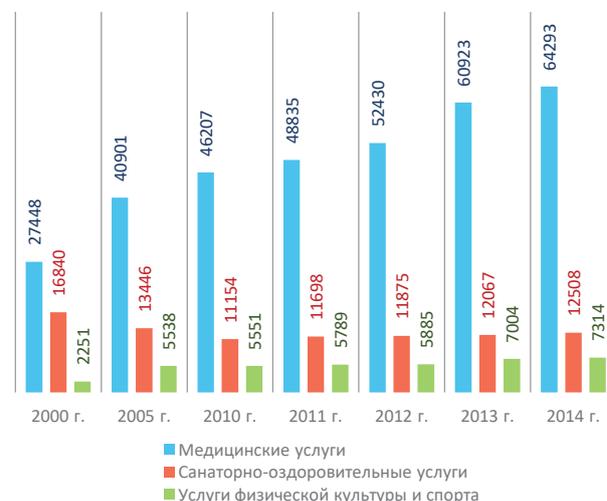


Рис. 1. Объемы платных медико-социальных услуг в России, млн руб. (в ценах 2000 г.)

Источник: рассчитано по данным Росстат.

Диапазон показателя объемов платных медицинских услуг на душу населения достаточно широк в региональном разрезе, наибольший объем платной медицинской помощи в расчете на душу населения отмечается в двух крупнейших мегаполисах – г. Москве и г. Санкт-Петербурге, Новгородской, Свердловской и ряде др. областей (табл. 4).

Более широкие сведения о распространении платных медицинских услуг были получены лишь на основе социологических опросов населения Вологодской области в 2014 году. Согласно им, значительная часть (38%) респондентов признаются, что им приходилось оплачивать медицинские услуги в текущем на момент опроса году, причем в крупных городах положительные ответы респондентов об участии в оплате медицинской помощи более распространены, чем в районах, где коммерческие услуги здравоохранения ограничены слабостью социальной инфраструктуры в целом

⁴ Практика участия частных клиник в системе обязательного медицинского страхования существует, но на сегодняшний день она недостаточно распространена.

Таблица 2. Упрощенная система и классификация оплачиваемых «из кармана пациента» медицинских услуг в России

Вид платежей	Коммерческие организации (например, ООО)	«Государственные» медицинские организации
Официальные	В соответствии с утвержденным прейскурантом – в кассу организации	В отделениях платных медицинских услуг / на платных условиях в соответствии с 323-ФЗ: – на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий; – при оказании медицинских услуг анонимно; – гражданам иностранных государств, лицам без гражданства и гражданам, не проживающим постоянно на территории России и не являющимся застрахованными по ОМС; – при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг
Неформальные	«Мимо кассы» (непосредственно врачу от пациента)	

Таблица 3. Объемы платных медико-социальных услуг в России

	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Платные услуги населению, млн руб. (в абсолютных ценах)							
Медицинские	27448	109756	250474	286058	333895	416227	474432
Санаторно-оздоровительные	16840	36082	60460	68521	75622	82444	92300
Услуги физической культуры и спорта	2251	14862	30089	33909	37475	47849	53973
Социальные услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам (выделен в состав услуг в 2011 г.)	...	...	...	5391	8200	10851	13361
Удельный вес услуг в общем объеме платных услуг, оказанных населению, %							
Медицинские	4,6	4,8	5,1	5,2	5,5	6,0	6,4
Санаторно-оздоровительные	2,8	1,6	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
Услуги физической культуры и спорта	0,4	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
Социальные услуги, предоставляемые гражданам пожилого возраста и инвалидам	...	...	...	0,1	0,1	0,2	0,2
Источник: Здравоохранение в РФ, 2013, 2015 [Электронный ресурс] : стат. сб. / Росстат. – М. – Режим доступа : http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/Main.htm							

Таблица 4. Объем платных медицинских услуг на душу населения в 2014 г., руб.

Ранг	Регион	руб.
1	Сахалинская область	8054,7
2	г. Москва	5347,0
3	г. Санкт-Петербург	5316,4
4	Новгородская область	4041,5
5	Свердловская область	3781,3
6	Республика Башкортостан	3151,9
7	Республика Татарстан	3117,0
8	Вологодская область	2979,1
9	Новосибирская область	2953,5
10	Республика Коми	2905,7
74	Республика Бурятия	938,3
75	Республика Хакасия	870,5
76	Республика Мордовия	771,7
77	Республика Адыгея	748,3
78	Кабардино-Балкарская Республика	672,9
79	Республика Алтай	633,3
80	Республика Тыва	467,7
81	Республика Ингушетия	375,6
82	Республика Калмыкия	285,2
83	Чеченская Республика	204,5
Источник: Здравоохранение в России – 2015 г. [Электронный ресурс] : стат. сб. / Росстат. – М., 2014. – Режим доступа : http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/Main.htm		

(следует принять во внимание, что речь идет о доле во всей выборке опрошенных, из которых 30% не обращались за медицинской помощью, поскольку не болели), однако для большинства респондентов необходимость оплаты услуг возникала редко – лишь 1–2 раза в году (рис. 2).

Жители региона получают медицинские услуги на платной основе как в государственных учреждениях (поликлиника, больница) в отделе платных услуг (48% ответов респондентов), так и в частных клиниках (57%), однако в муниципальных районах в силу ограниченного распространения частных медицинских практик население чаще получает платные медицинские услуги в государственных учреждениях (рис. 3)⁵.

⁵ Имеются и факты оплаты гражданами лекарств для лечения в стационаре (в этом признались 8% опрошенных). Случаи оплаты операций пока редки (4%).



Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «Приходилось ли Вам расходовать средства на лечение в медицинском учреждении в текущем году?», 2014 г., % от числа ответивших

Источник: Мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области. – Вологда : ИСЭРТ РАН. – 2014.

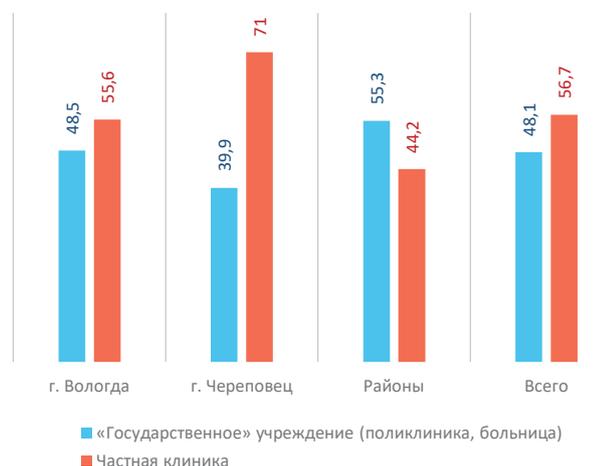


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос «В каком учреждении Вам приходилось платить за услуги?», 2014 г., % от числа плативших

Источник: Мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области. – Вологда : ИСЭРТ РАН. – 2014.

Отношение граждан к платной медицинской помощи достаточно противоречиво. Они видят ее преимущества по сравнению с бесплатной медицинской помощью, оказываемой в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, которые касаются не только параметров качества и доступности медицинской помощи, но и условий ее оказания. Граждане осознают, что обращение за платной медицинской помощью является вынужденной мерой, обуслов-

ленной негативными практиками или ограничениями бесплатного приема и лечения⁶. Среди недостатков «платного лечения» респонденты отмечают его высокую стоимость и стремление врачей к «навязыванию» дополнительных услуг и дорогостоящих лекарств, то есть фактически – реализацию тех рисков, которые обусловлены ситуацией асимметричной информации, описанной Дж. Акерлофом [17]. Так, лишь 5% респондентов, обращавшихся в частные клиники, назвали причиной обращения в нее принципиально недоверие «общественным» учреждениям, однако 13% признались, что поводом стал неприятный опыт лечения в государственном учреждении. Чаще всего пациенты выбирают платные услуги (здесь стоит подчеркнуть, что в контексте данного вопроса рассматриваются платные услуги в целом) по причине возникшей необходимости быстро получить анализ или пройти обследование (об этом сказали 43% опрошенных), нацеленности на прием конкретного высококвалифицированного специалиста (25% опрошенных), который не работает в государственном учреждении или к которому сложно попасть на бесплатной основе, либо отсутствия нужного специалиста в государственных учреждениях (25%) (табл. 5).

Тенденцию широкого распространения коммерциализации медицинских услуг подтверждают и результаты опроса руководителей медицинских организаций: 65% опрошенных отметили, что платные услуги оказываются их врачами во

⁶ Интересные результаты аналогичного исследования были опубликованы Исследовательским холдингом «Ромир». По их данным, несмотря на то что граждане оценивают качество медицинского обслуживания в частных медицинских организациях более высоко, чем в государственных, перечень проблем, с которыми пациенты встречаются в тех и других, является единым (в опросе приняли участие 1500 человек в возрасте 18 лет и старше, проживающие в городах и сельской местности, во всех федеральных округах) [6].

Таблица 5. Распределение мнений респондентов о преимуществах и недостатках лечения на платной основе, 2014 г., % от числа ответивших

Какие преимущества дало Вам лечение на платной основе?	Доля ответов, в %	Какие минусы в получении платной медицинской помощи Вы ощутили?	Доля ответов, в %
Отсутствие очередей	54	Услуги очень дорогостоящие (что не всегда соответствует их сложности и качеству)	53
Удобство записи на прием к врачу и получения справочной информации	41	Врачи стараются назначить ненужные анализы и процедуры	13
Более качественное лечебно-диагностическое обследование и лечение	28	Врачи выписывают очень дорогие препараты	14
Хорошее отношение персонала к пациентам	28	Врачи рекомендуют только определенные аптеки для покупки лекарств	5
Возможность выбрать лечащего врача	21	Не ощутил разницы по сравнению с бесплатной медицинской помощью	7
Не заметил(а) преимуществ	8	Не заметил(а) минусов	19

Источник: Мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области. – Вологда : ИСЭРТ РАН. – 2014.

внерабочее время, 19% – платные медицинские услуги, организованные в форме кабинетов платных услуг, оказываются непосредственно в их медицинском учреждении. Вместе с этим руководители рассматривают оказание платных услуг как неотъемлемую часть их деятельности и видят их расширение в ближайшие годы как объективную тенденцию. Большинство опрошенных (54%) указали на возрастание в ближайшие три года объемов оказываемых платных услуг, треть посчитала, что останется на том же уровне.

Представляется очевидным, что платность выступает ограничивающим фактором доступности медицинской помощи, а с ростом коммерциализации здравоохранения ее влияние будет только возрастать. Так, по данным российского комплексного обследования, 18% детей из категории 3–14-летних, нуждающихся в медицинском обследовании или лечении, не получили их или получили не полностью из-за отсутствия у родителей средств на предлагаемые платные процедуры.

Обограничении доступности медицинской помощи свидетельствуют и опросы общественного мнения, проведенные в Вологодской области. Жители региона считают, что качество медицинской помощи, оказываемой в государственных

медицинских организациях, ниже, чем в коммерческих⁷ (рис. 4).



Рис. 4. Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество медицинской помощи, оказываемой в государственных поликлиниках, больницах и частных медицинских учреждениях?», 2016 г., % от числа ответивших

Источник: Мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области. – Вологда : ИСЭРТ РАН. – 2016.

Здесь нельзя не упомянуть важное обстоятельство. Доступность медицинской помощи – многоплановое понятие, включающее в себя целый ряд аспектов, начиная с территориальной доступности и заканчивая возможностью получить медицинскую помощь на бесплатной основе. При этом низкая доступность медицинской помощи по одним критериям

⁷ Здесь нельзя не сделать важную методологическую оговорку. В силу объективных причин, прежде всего низкой осведомленности пациента о должном качестве медицинских услуг, в значительной степени определяющей асимметричностью информации, оценки качества медицинской помощи могут быть чрезвычайно искаженными.

может компенсироваться за счет других, которые, нивелируя первые, также могут быть ограничениями доступности. Например, пациент, не желающий выстаивать длинные очереди на прием к врачу в государственном медицинском учреждении, может обратиться в частную клинику, где очереди отсутствуют, но возникнет необходимость оплачивать медицинские услуги. Таким образом, платность услуг, являясь ограничением доступности, становится еще и способом компенсировать другой ограничитель доступности, причем расстановка приоритетов происходит на основе свободного выбора самого человека.

Вместе с тем граждане, расходовавшие средства на оплату медицинских услуг, оказались менее удовлетворены организацией деятельности в государственных медицинских учреждениях, чем те, кто не оплачивал свое лечение. Особенно это касается таких явлений, как очереди, невозможность попасть на прием в удобное время, плохая организация работы регистратур (рис. 5).

В связи с этим представляется логичным, что граждане называют основные преимущества платной медицинской помощи в виде отсутствия очередей (54%), удобства записи к необходимому специалисту (41%), хорошего отношения персонала к пациентам (28%), которые компенсируют негативные моменты, имеющие место в государственных медицинских учреждениях. Немаловажно, что население отмечает в качестве преимущества платной медицинской помощи возможность проведения диагностики и лечения с использованием качественного оборудования (28%), а также возможность выбрать лечащего врача (21%). Основная часть личных расходов граждан на получение медицинской помощи связана с оплатой анализов (35%). Несущественная доля населения (8%) признается, что приходилось платить за медикаменты в условиях стационарного лечения, оплачивать операцию (4%), а 27% тратили собственные денежные средства на оплату лечебных процедур.

Вместе с тем граждан волнует высокая стоимость платных медицинских услуг (53%), а также стремление врачей вы-

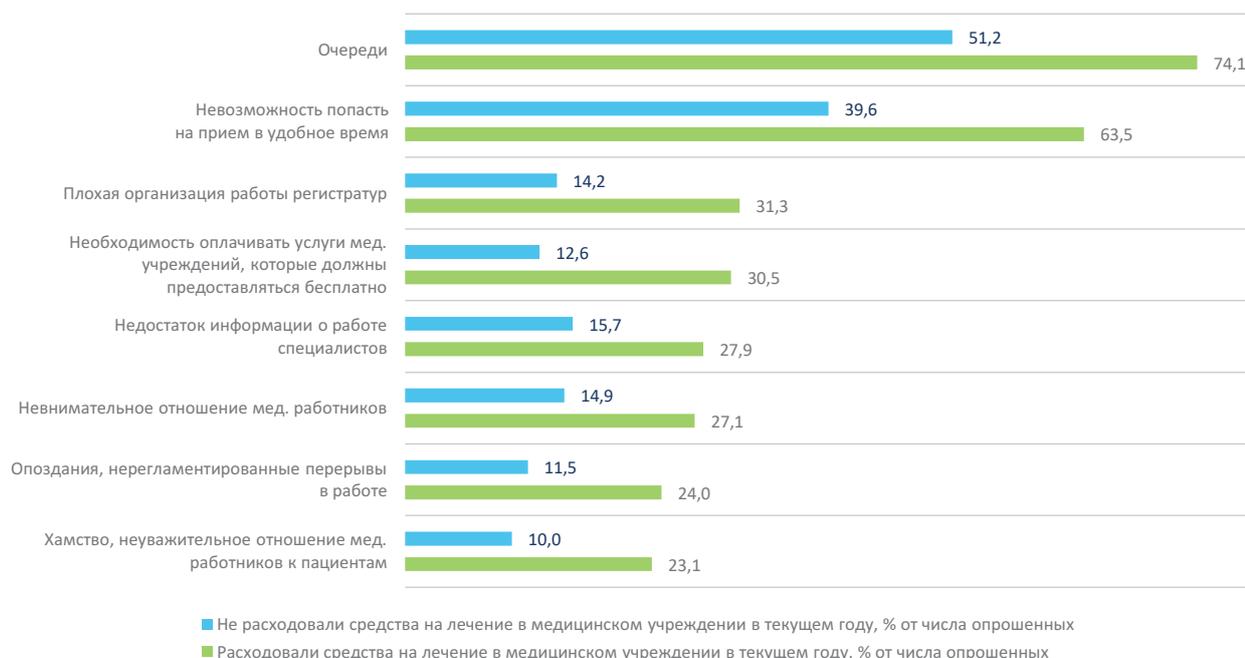


Рис. 5. Неудовлетворенность населения некоторыми явлениями в деятельности медицинских учреждений в зависимости от расходования средств на лечение (2014 г.), %
 Источник: Мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области. – Вологда : ИСЭРТ РАН. – 2014.

писать дорогостоящие препараты (14%) и назначить дополнительные (не всегда объективно необходимые) анализы и процедуры (13%). С учетом того, что взгляд граждан на подобные вещи нельзя назвать объективным, перечисленные практики имеют массу прецедентов и стали общим «больным местом» платной медицинской помощи во всем мире. Здесь конкретные примеры из жизни могут быть гораздо красноречивее и убедительнее данных социологических опросов и официальной статистики. Авторам известно отнюдь не исключительный случай, когда врач, осуществляющий прием под вывеской «невролог», настойчиво рекомендует всем своим пациентам пройти якобы необходимый им курс мануальной терапии, который он сам и осуществляет, причем в отдельном кабинете поликлиники и за значительную плату в свободное от работы время. Таким образом, формально права пациентов не нарушаются, поскольку подобные услуги не входят в рамки программы госгарантий, но в этих условиях врач манипулирует своими пациентами, навязывая часто излишние и дорогостоящие процедуры, иными словами, зарабатывает на их проблемах со здоровьем. Разумеется, указанный пример представляется не столь драматичным, как «la chirurgie safari» (хирургия «сафари»), известная в Демократической Республике Конго, когда врачи, стремясь заработать, проводят хирургические операции прямо на дому у пациентов, причем за высокую плату, однако он также подрывает доверие к здравоохранению и медицинским работникам.

Немаловажно, что, отмечая ряд вышеназванных преимуществ платной медицинской помощи, жители региона, как правило, не считают платность гарантией ее качества и не имеют принципиального недоверия к государственным учреждениям здравоохранения (количество данных

ответов не выходит за пределы статистической погрешности). Наконец, получение медицинской помощи в клиниках, несмотря на свою привычность для жителей региона, пока еще не стало чем-то само собой разумеющимся и не вошло в привычку.

Главной причиной обращения в частные клиники жители региона называют возникшую срочную необходимость получить анализ или пройти обследование (43%). Другим важным поводом для обращения в клинику для вологжан является желание получить консультацию и пройти диагностику и лечение у конкретного врача, который имеет высокую квалификацию и пользуется авторитетом (такой ответ дали 25% респондентов). Четверть респондентов назвали причиной обращения в частную клинику отсутствие в государственном учреждении врача данной специальности или отсутствие у него бесплатного приема. Поскольку некоторые врачи совмещают работу в государственном учреждении с платным приемом в частных медицинских учреждениях, а возможность попасть к ним на бесплатный прием ограничена в силу известных причин, единственной возможностью для граждан получить ценную консультацию высококлассного специалиста становится обращение в клиники, клиентский состав которых не ограничен приписным населением.

Традиционной проблемой российского здравоохранения, впрочем, как и других стран постсоветского пространства и Восточной Европы, считалось не распространение платежей как таковых, а чрезвычайная распространенность платежей «мимо кассы», то есть неофициальных платежей, не отражающихся в документальной отчетности. В отличие от официальных сборов, такие платежи идут непосредственно индивидуальным поставщикам, то есть не служат возмещению расходов системы. Конечно, можно сказать,

что подобное участие граждан в оплате медицинских услуг имеет давнюю традицию, но несмотря на ставшую уже притчей во языцех приписываемую, по разным мнениям, И. В. Сталину или наркомхозу здравоохранения СССР Семашко фразу «хорошего врача народ сам прокормит», в условиях развитых институтов и работающих, пусть и не всегда удовлетворительно, системы общего медицинского страхования речь может идти только о легитимных, проходящих «через кассу» учреждения платежей. Борьба с неформальными платежами, замена их формальными практиками, по словам Р. Робинсона, стала для российских властей «особой политической задачей» в 1990-е годы [19].

Сегодня, спустя десятилетия, можно говорить о том, что проблема неформальных платежей стремительно теряет свою актуальность. Если неформальные платежи и имеют место в отношениях администраций и медперсонала медицинских учреждений и пациентов, то их роль весьма незначительна. Исследования, проведенные сотрудниками ИСЭРТ РАН, убедительно свидетельствуют в пользу этого. Большинство платежей (об этом говорит 75% населения области), осуществляемых при лечении, носит официальный характер и поступает в кассу медицинского учреждения, варианты неформальных платежей тоже присутствуют (лечащему врачу, среднему медперсоналу, санитарке и др.), но их вклад статистически незначим и не превышает квоту статистической погрешности (3–5%)⁸.

Это, с одной стороны, свидетельствует о позитивном моменте – увеличении прозрачности платежей, но, с другой стороны,

нельзя забывать, что распространенность теневого сектора оказания медицинских услуг снизилась в связи с повышением эффективности здравоохранения в целом и расширением легальных платежей. Последнее является признаком активной коммерциализации здравоохранения, неизбежного ограничения доступности медицинской помощи для граждан.

Критические замечания, приведенные в этой статье, относятся не к объективной и, вероятно, неизбежной практике распространения платных медицинских услуг, а к сложным институциональным условиям ее реализации, а также к тем организационно-экономическим и социальным проблемам, в частности снижению доступности медицинской помощи, которые ей сопутствуют. С одной стороны, развитие платных медицинских услуг имеет положительное значение и для граждан, и для региональной экономики. Развивается малый и средний бизнес, появляются новые рабочие места, а население (в первую очередь, состоятельные слои) получает предпочтительную альтернативу государственным организациям здравоохранения с их традиционными проблемами сервиса. Последнее соответствует рекомендации Всемирного банка по оптимизации государственных расходов на финансирование частных благ, к которым относятся и лечебные услуги. Однако параллельно с этим отмечается и ряд негативных практик, которые требуют не только вмешательства государственных структур, но и формирования принципиально иных механизмов регулирования. В частности, возникают риски того, что в условиях ограниченной транспортной доступности медицинских организаций, недостаточного финансового обеспечения отрасли и дефицита кадров (а развитие частных клиник обусловит отток высококвалифицированных врачей из государственных организаций)

⁸ Вопрос о том, кому приходилось платить деньги за лечение в поликлинике или больнице (врачу, среднему медицинскому персоналу, санитарке и т. д.), включался в опросный лист только в 2013 году.

выбор платных услуг окажется не результатом взвешенного решения потребителя, а вынужденной мерой. Более того, опасность нарушения пропорции между платной и бесплатной медицинской помощью может привести к снижению и без того низкой медицинской активности населения (необходимость оплачивать диагностические и лечебные услуги естественным образом ограничит спрос, что приведет к распространению хронических заболеваний в запущенной форме). Наконец, фундаментальная проблема, которую силами ведомственных органов власти решить не удастся, – дисфункциональность демократической системы, сложившейся в России, и отсутствие политической традиции в достижении консенсуса между гражд-

данским обществом и органами власти, прежде всего законодательной, в формировании желаемых параметров и ориентиров развития системы здравоохранения. Без этих процедур невозможно сформировать систему здравоохранения, которая бы удовлетворяла принципу сбалансированности групп интересов и элементарному здравому смыслу. Непрозрачность схем получения медицинской помощи (реализовать установленные гарантии гораздо сложнее, чем их декларировать), отсутствие четких «правил игры» на рынке медицинских услуг и вместе с тем ригидность системы охраны здоровья составляют основные проблемы, сопутствующие реализации возможных позитивных эффектов от коммерциализации здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гонтмахер, Е. Ш. Российская социальная политика как сфера взаимной ответственности государства, бизнеса и гражданского общества / Е. Ш. Гонтмахер // SPERO. – 2004. – № 1. – Режим доступа : http://spero.socpol.ru/docs/spero_no1.pdf
2. Григорьева, Н. С. Гражданин и общество в контексте реформ здравоохранения [Текст] / Н. С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2004. – № 4. – С. 12–23.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо [Текст]. – Женева : ВОЗ, 2008. – 152 с.
4. Дуганов, М. Д. Опыт постиндустриальных стран в реструктуризации медицинской помощи и уроки для России [Текст] / М. Д. Дуганов, А. А. Шабунова, К. Н. Калашников // Проблемы развития территории. – 2016. – № 2. – С. 65–81.
5. Дуганов, М. Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях [Текст] / М. Д. Дуганов. – М. : ИЭПП, 2007. – 192 с.
6. За здоровьем – в очередь. Россияне оценили качество обслуживания в сфере медуслуг [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://romir.ru/studies/840_1478120400
7. Ильин, В. А. Российское общество как объект социологических исследований. Опыт региональных измерений [Текст] / В. А. Ильин, А. А. Шабунова, М. В. Морев // Российское общество: трансформация в региональном дискурсе (итоги 20-летних измерений) : монография. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2015. – Гл. 1. – С. 16–92.
8. Кадыров, Ф. Н. Платные медицинские услуги: с чего начать? [Текст] / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 12. – С. 58–61.
9. Линденбратен, А. Л. Актуальные проблемы финансирования здравоохранения [Электронный ресурс] / А. Л. Линденбратен // БЮДЖЕТ.RU. – Режим доступа : <http://bujet.ru/article/40147.php>
10. Линденбратен, А. Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении [Текст] / под. ред. О. П. Щепина. – М. : Медицина, 2005. – 124 с.
11. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо [Текст] : доклад о состоянии здравоохранения в мире. – Женева : ВОЗ, 2008. – 152 с.
12. Трагакес, Э. Системы здравоохранения: время перемен [Электронный ресурс] / Э. Трагакес. – Режим доступа : <http://www.publichealth.ru/docs.php?view=220>

13. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать [Текст] / Г. Э. Улумбекова. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.
14. Чен, М. Воздействие глобальных кризисов на здоровье: деньги, погода и микробы [Электронный ресурс] / М. Чен // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – Режим доступа : http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/ru/index.html
15. Чубарова, Т. В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты: научный доклад / Т. В. Чубарова. – М. : Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.
16. Шабунова, А. А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий / А. А. Шабунова, К. Н. Калашников, О. Н. Калачикова. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.
17. Akerlof, G. A. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism [Text] / G. A. Akerlof // The Quarterly Journal of Economics. – 1970. – Vol. 84. – P. 488–500.
18. Blizzard, R. Healthcare System Ratings: U.S., Great Britain, Canada [Electronic resource] / R. Blizzard // GALLUP. – Available at : <http://www.gallup.com/poll/8056/healthcare-system-ratings-us-great-britain-canada.aspx>
19. Funding health care: Options for Europe [Text] / edited by E. Mossialos [et al.]. – Buckingham, Philadelphia : Open University Press, 2002. – P. 329.
20. ILOSTAT. The world's leading source on labour statistics [Electronic resource] / International Labour Organization (ILO). – Available at : <http://www.ilo.org>
21. The world health report 2008: primary health care now more than ever [Text]. – WHO, 2008. – P. 15.
22. World Bank. 1997. World Development Report 1997: The State in a Changing World [Electronic resource]. – N. Y. : Oxford University Press. – Available at : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5980>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Калашников Константин Николаевич – кандидат экономических наук, научный сотрудник отдела исследования уровня и образа жизни населения. Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук. Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а. E-mail: konstantino-84@mail.ru. Тел.: (8172) 59-78-10.

Дуганов Михаил Давидович – кандидат медицинских наук, заместитель начальника. Департамент здравоохранения Вологодской области. Россия, 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19. E-mail: mduganov@rambler.ru. Тел.: (8172) 76-99-18.

Kalashnikov K.N., Duganov M.D.

WHAT IS PAID MEDICAL SERVICE: A BURDEN OR AN ALTERNATIVE?

The aim of the article is to analyze a current and as yet unresolved problem of the commercialization of Russian public health service, which is explored by the authors in the light of international experience, views of expert organization (WHO, ILO, World Bank), and the results of sociological surveys of the population of one of typical Russian regions - the Vologda oblast, where the prevalence of paid medical services in comparison with other regions is quite high. The methodological tools of the study combine system analysis of a complex of information sources, as well as a sociological survey of the population. The scientific work presents the results of a sociological survey conducted by ISEDT RAS on aspects of commercialization of public health service. The author contributes to the development of the scientific and practical issue by developing, first of all, motives and preferences of citizens when they seek for medical assistance on commercial terms, thus

underlining the novelty of the study. As a result, it was found that the inhabitants of the Vologda oblast evaluated the quality of medical care provided by government health institutions, as a rule, lower than the quality provided by commercial ones. Among the attractive aspects of treatment on a fee-based basis, respondents note the benefits of "service" (lack of queues, the convenience of medical appointment booking, friendly service), as well as principal issues of quality of diagnostic equipment and treatment and the ability to choose a doctor, which indicates the disadvantages of the so-called "pripisnaya" system of making an appointment, established in government health institutions. The obvious disadvantages of "paid" medical care, according to the residents of the Vologda oblast, are high costs of services and the desire of doctors to order unnecessary labs and medical procedures. The authors try to find out the motives of citizens, seeking for paid medical service. Among them there is an urgent need to get medical labs or to undergo medical examinations, as well as a visit to a particular highly qualified doctor (because he does not consult for free or there is no such specialization in a government health institution), therefore, people are forced to seek for a paid medical service. The results of the study can be recommended to the executive authorities, in particular to the health departments/offices, for developing management decisions and measures aimed at stabilizing the situation in the sphere of commercialization of health care, and also for searching for a reasonable proportion between the "public" and "commercial" sectors in the structure of medical care. The results of the article will also be useful in the academic activity within the framework of educational courses of economics of public health service, public health, public sector economics, etc. The prospects of the research are related to the need and urgency of searching for reasonable boundaries of state participation in health care, as well as tools to consolidate efforts of the public and private sectors in the field of public health, in particular, by implementing public and private partnership projects.

Public health service, paid medical service, funding, commercialization, region, Russia.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Kalashnikov Konstantin Nikolaevich – Ph.D. in Economics, Research Associate at the Department for Living Standards and Lifestyle Studies. Federal State Budgetary Institution of Science Institute of Socio-Economic Development of Territories Russian Academy of Science. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation. E-mail: konstantino-84@mail.ru. Phone: +7(8172) 59-78-10.

Duganov Mikhail Davidovich – Ph.D. in Medicine, Deputy Chief. Healthcare Department of the Vologda Oblast. 19, Predtechenskaya Street, Vologda, 160000, Russian Federation. E-mail: mduganov@rambler.ru. Phone: +7(8172) 76-99-18.